



GovReg Notes

Encadrement réglementaire et concurrence dans le domaine des assurances santé complémentaires : un système paradoxal

Éric Brousseau, Joëlle Toledano,
Alexandre Volle



Encadrement réglementaire et concurrence dans le domaine des assurances santé complémentaires : un système paradoxal

Éric Brousseau, Joëlle Toledano, Alexandre Volle

Novembre 2021

Remerciements

Cette note résulte pour partie d'un programme de recherche ayant impliqué Eric Brousseau, Daniel Herrera-Araujo, Lilas Pastré, Ju Qiu, Joëlle Toledano, Alexandre Volle et Jean-Marc Zogheib sur la concurrence entre organismes d'assurance complémentaire maladie et sur la régulation du secteur dans le cadre de la Chaire « Gouvernance et Régulation » de l'Université Paris-Dauphine/PSL. Ce programme a fait l'objet d'une subvention de recherche de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Dans ce cadre un comité de pilotage constitué d'experts indépendants — François-Xavier Albouy, Thimothée Duverger, Dominique Polton, Claude Le Pen — ainsi que de membres de la FNMF — Didier Balsan, Thierry Beaudet, Jean-Martin Cohen Solal, Albert Lautman, Severine Salgado — nous a apporté beaucoup d'aide, tant pour nous permettre d'accéder à l'information, que pour discuter nos résultats intermédiaires. Nous sommes reconnaissants auprès des membres de ce comité, d'avoir accepté de partager leur expertise avec nous. Il va de soi que les analyses développées dans cette note ne reflètent en rien ni les analyses des experts sur lesquels nous nous sommes appuyés, ni les positions de la FNMF. Nous sommes aussi très reconnaissants aux experts listés en Annexe 3 pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

Table des matières

Introduction	11
Éléments de cadrage historique	12
Le développement d'une couverture santé volontaire ou paritaire jusqu'en 1945	12
Le développement d'un système dual à partir de 1945	12
Les profondes mutations du marché à partir de la fin des Trente Glorieuses	13
Deux tournants majeurs pour la concurrence en 1989 et en 2001	14
D'une large couverture à une couverture presque généralisée : la croissance « folle » du début du XXIème siècle	14
L'Universalisation de l'accès aux complémentaire santé : CMU-C et ANI	15
Une transformation profonde de la logique du système, au prix d'incohérences	16
Une mise en concurrence... administrée	17
Trois catégories d'opérateurs	17
Des évolutions réglementaires favorisant la concurrence et une homogénéisation de l'offre	19
Une incitation à l'homogénéisation de l'offre de contrats	19
Un affaissement des barrières à l'entrée	20
Des incitations à la concentration	21
Une forte redistribution du marché entre les différentes catégories d'acteurs	22
Le paradoxe d'une concurrence administrée	24
Un marché dual	24
Deux segments contrastés, animés par des acteurs différents et délivrant des couvertures très contrastées aux bénéficiaires	24
Deux segments de marché aux dynamiques contrastées	27
La rentabilité supérieure- du marché individuel	28
Une couverture plus généreuse dans le collectif	29
Des opérateurs aux structure de coûts contrastées	31
La dualité du marché des contrats collectifs	32
Un marché animé par des professionnels et intermédié	33
Grandes entreprises vs. TPE	35

Contrats individuels : segmentation des clientèles et homogénéisation des offres	36
Une tarification fondée de manière croissante sur le risque individuel au détriment de la solidarité	36
Une segmentation croissante du marché	39
Une différenciation par les services ?	41
Pourquoi s'assure-t-on, et comment sont choisis les fournisseurs et les niveaux de couverture ?	42
Coûts de recherche et de changement	46
Quel avenir pour la régulation et l'organisation du secteur des complémentaires santé ?	49
Politiques Publiques : un écart significatif entre objectifs et résultats	49
Logique de la concurrence/logique de l'offre	51
La dépense de santé : entre nécessité de soins et préférences individuelles	52
La prévoyance : une garantie complémentaire aux garanties de la complémentaires santé.	53
Des mécanismes créateurs d'inégalités.	55
Les potentialités d'une gestion plus décentralisée et responsable	56
Bibliographie et sources :	57
Annexe 1 : Éléments de cadrage Historique	61
Le développement d'une couverture santé volontaire ou paritaire jusqu'en 1945	61
Les bases « mutualistes » de la couverture santé	61
L'effet de la loi sur les Assurances Sociales de 1930	62
Le développement d'un système dual à partir de 1945	62
L'impact majeur de la création de la Sécurité Sociale	62
Les profondes mutations du marché à partir de la fin des Trente Glorieuses	64
L'Intervention croissante des Pouvoirs Publics	65
Deux tournants majeurs pour la concurrence en 1989 et en 2001	65
L'Universalisation de l'accès aux complémentaire santé : CMU-C et ANI	68
Une transformation profonde de la logique du système, au prix d'incohérences	69
Annexe 2 : Les performances comparées du modèle français par rapport à quelques alternatives étrangères ..	71
Annexe 3 : Liste des personnes interviewées	73

Executive Summary

Les complémentaires santé : un secteur articulant trois types d'acteurs

1. Les organismes d'assurance complémentaire maladie (OCAM) assurent 13,4 % des dépenses de santé au bénéfice de 95% de la population française. Leur activité s'articule avec celle de d'assurance maladie obligatoire (AMO). Certains types de dépenses de santé, sont essentiellement couvertes par l'AMO, tandis que d'autres— dont les plus emblématiques sont le dentaire et l'optique— sont substantiellement couvertes par l'assurance maladie complémentaire (AMC).
2. A l'origine, les OCAM ont été créés suivant une logique d'assurance volontaire, soit dans une logique de mutualisation du risque santé (entre les membres d'une profession ou d'un territoire), soit dans une logique paritaire de coopération entre le patronat et les organisations représentatives des salariés (le plus souvent au niveau des branches d'activité). Les compagnies d'assurance ont aussi progressivement, à partir des années 1960, proposé leurs services.
3. A partir de la fin des années 1970, la couverture par des complémentaires tend à se généraliser à une part de plus en plus large de la population. Ce mouvement accompagne celui de la généralisation de l'AMO à la quasi-totalité des habitants comme volet essentiel du pacte national. Les OCAM permettent de couvrir la partie des dépenses de santé mal couverte par l'AMO. Ce faisant, l'assurance complémentaire santé apparaît de plus en plus comme un mécanisme permettant de contribuer hors bilan fiscal au financement des dépenses de santé. Cette évolution correspond à la transformation d'un modèle bismarckien de couverture solidaire volontaire avec cotisation à un modèle beveridgien de couverture universelle et de solidarité obligatoire fondé sur des transferts quasi-fiscaux.
4. Aujourd'hui, l'assurance complémentaire santé se caractérise par l'intervention d'opérateurs privés aux statuts juridiques, régimes fiscaux et logiques économiques contrastés :
 - a. Les mutuelles (50% du marché) sont des sociétés à but non lucratif et sont gouvernées par des représentants élus par leurs sociétaires/assurés. L'essentiel de leur activité (85%) réside dans la couverture du risque santé ;
 - b. Les Instituts de Prévoyance (17% du marché) sont des sociétés sans but lucratif régies par une gouvernance paritaire entre représentant des employeurs et des salariés/bénéficiaires. La couverture du risque santé représente 49% de leur activité qui consiste également à couvrir les risques liés à l'incapacité et à la perte de revenus ainsi qu'à verser des retraites complémentaires.
 - c. Les sociétés d'assurance (33% du marché) sont des sociétés anonymes à but lucratif. Leur activité de santé représente 6% de leur activité globale et est associée à la fourniture d'autres services d'assurance (vie et non-vie) ainsi qu'à la prévoyance. Une partie des assureurs actifs sur le marché de l'AMC sont des filiales de groupes bancaires — les bancassureurs — qui associent la commercialisation d'assurance santé à la distribution de produits bancaires, voire de services très éloignés du cœur de métier des banques et des assurances (e.g. forfaits téléphoniques).

Une intervention publique visant une généralisation et homogénéisation de l'offre

5. A partir de la fin des années 1980, les pouvoirs publics vont intervenir pour réduire la disparité des pratiques entre OCAM, de manière à accompagner et approfondir le mouvement de généralisation de la couverture santé complémentaire. Il va s'agir à la fois de réduire les spécificités institutionnelles qui marquent chacune des trois catégories d'acteurs de l'AMC, et d'encadrer de plus en plus étroitement leurs pratiques contractuelles ; ceci pour garantir un socle

commun à tous les assurés. Les pouvoirs publics vont aussi favoriser la concurrence entre OCAM pour favoriser un alignement des cotisations sur les dépenses couvertes.

6. Sur le plan institutionnel, les exclusivités qui bénéficiaient aux mutuelles ou aux instituts de prévoyance vont être progressivement levées. Leurs statuts juridiques et fiscaux vont également évoluer pour favoriser une concurrence équitable entre opérateurs. Enfin, en lien avec les engagements européens de la France, la réglementation prudentielle va être harmonisée.
7. En parallèle, les pratiques contractuelles des OCAM vont être de plus en plus encadrées. Des incitations fiscales vont être mises en œuvre pour favoriser la souscription de contrats conformes aux objectifs des pouvoirs publics. Les cahiers des charges permettant aux dits contrats de bénéficier de réduction de taxes vont ensuite être étoffés en instaurant à la fois des planchers de couverture (en matière de panier de soins à couvrir et de taux de prise en charge) et des plafonds de remboursements (pour lutter contre la dérive inflationniste de certains postes de dépenses (tel l'optique ou le dépassement d'honoraires des spécialistes).
8. Les évolutions institutionnelles vont favoriser une concurrence de plus en plus frontale entre les OCAM et induire pour partie une convergence de leurs comportements en matière tarifaire. Les organismes historiquement fondés sur le principe de solidarité entre membres et pratiquant une tarification fondée sur le revenu vont faire évoluer leurs pratiques pour résister à la concurrence des assureurs qui assoient leurs tarifs sur les risques, très liés à l'âge et à la localisation géographique (la discrimination en fonction des risques individuels étant interdite en matière d'assurance santé). Pour autant, la concurrence ne va pas donner lieu à une convergence des couvertures de risque et au contraire favoriser des stratégies de discrimination de la clientèle par une très forte diversification des prestations offertes.
9. Les évolutions institutionnelles et le renforcement de la concurrence vont impulser un mouvement très important de fusion, touchant surtout le monde très hétérogène des mutuelles ; avec un triple effet. Tout d'abord, les acteurs de très petite taille vont disparaître et le nombre d'opérateurs, même s'il demeure important, va drastiquement se réduire. Deuxièmement, la concentration va fortement augmenter avec une part de marché de plus en plus importante détenue par les plus grands groupes. Enfin, la réunion au sein des groupes d'opérateurs relevant de statuts différents va conduire à une hybridation croissante entre les trois types d'opérateurs ; participant de l'homogénéisation de certaines pratiques. La physionomie du marché examinée sous l'angle des « têtes de groupes » plutôt que sous l'angle des statuts des entreprises fournissant les prestations montre qu'à la domination des entreprises mutualistes il convient de substituer une vision où les groupes coordonnés par des assureurs détiennent une part de marché comparable à celle des groupes mutualistes (34% versus 39%).

Deux marchés distincts marqués par des dynamiques concurrentielles très contrastées

10. L'analyse de la dynamique concurrentielle entre les différents types d'opérateurs ainsi que des conséquences des politiques publiques doit s'appuyer sur la prise en compte de l'existence de deux marchés aux logiques de fonctionnement très contrastées :
 - a. Le marché des contrats collectif, où les contrats sont conclus par l'employeur pour le compte de ses salariés, concerne aujourd'hui l'ensemble des salariés du secteur privé. C'est un marché fortement intermédié où la négociation s'organise entre professionnels (employeurs, courtiers, gestionnaires, assureurs) et où la couverture par la complémentaire santé est un élément du dialogue social entre DRH et représentants des salariés à côté d'autres éléments, notamment la prévoyance et la rémunération. La cotisation des salariés est financée à hauteur d'au moins 50% par l'employeur (en moyenne significativement plus), si bien que le ratio couverture des dépenses/cotisation acquittée par l'assuré est en moyenne supérieur à 150% ; résultant en un système très généreux au profit des salariés du privé. Dans le même temps, la vigilance des employeurs,

et des partenaires sociaux, conduit à aligner très étroitement le niveau des cotisations sur celui des prestations. Pour les OCAM, ce marché est globalement peu rentable et la concurrence sur la qualité et les prix y est effectivement très forte.

- b. Le marché des contrats individuels concerne l'ensemble des autres catégories sociales : salariés du secteur public, étudiants, retraités, indépendants, sans emplois. C'est un marché très majoritairement désintermédié dans lequel les individus souscrivent un contrat d'assurance directement auprès des OCAM. C'est un marché par essence plus hétérogène que celui du collectif puisqu'il concerne des individus relevant de situations socio-professionnelles et d'âge beaucoup plus variés. Il regroupe cependant à la fois les bénéficiaires des plus fortes prestations du fait du risque santé lié à l'âge, et les cotisants les moins solvables. La concurrence y est forte, mais la demande semble globalement moins en mesure d'évaluer de manière précise le ratio qualité/coût. In fine, le marché des contrats individuels assure une rentabilité positive aux OCAM, tout en ne délivrant qu'un taux de retour sur cotisation versée médiocre aux assurés (64% en tenant compte des taxes).
11. La taille des deux marchés est aujourd'hui comparable, mais la part du marché des contrats collectifs dans le marché global a crû de manière régulière au cours des vingt dernières années. Historiquement, le marché collectif concernait pour l'essentiel les grandes entreprises et certains secteurs d'activité particulier. L'extension progressive de la couverture collective à l'ensemble des salariés du privé, à travers des négociations décentralisées puis nationales (Accord National Interprofessionnel, ANI) a contribué à déstabiliser l'équilibre des OCAM sur le marché individuel du fait du transfert de cotisants à forte capacité contributive et à faible niveau de dépense vers le marché collectif. La concurrence pour les parts de marché sur ce marché a contribué au maintien de marges très faibles, voire négatives, tandis que sur le marché individuel le ratio prestation/cotisation s'est mécaniquement dégradé pour les cotisants.
12. En dynamique, les assureurs ont été les principaux bénéficiaires de la croissance du marché depuis le début du millénaire. Ils ont notamment réussi dans la période 2008-2012 à consolider leur position sur le marché individuel. Le marché du collectif, avec l'arrivée des salariés des PME/TPE, a constitué leur relais de croissance depuis 2014. Leur stratégie de conquête des nouveaux arrivants sur les marchés de l'individuel puis du collectif a pu induire des pratiques contraires à la volonté des pouvoirs publics de maîtriser l'évolution de la dépense de santé et celle des cotisations de l'AMC.
13. L'évolution des parts de marché au bénéfice des assureurs au cours des 20 dernières années, s'expliquent moins par une mobilité significative des assurés d'une catégorie d'OCAM vers une autre, que par la déformation structurelle du marché en lien avec le développement de la couverture collective et avec l'arrivée de nouvelles catégories de bénéficiaires. Assureurs et IP sont historiquement mieux positionnés sur le marché collectif que les mutuelles. Par ailleurs, les bancassureurs, en particulier, se sont montrés offensifs sur certains segments du marché individuels, en particulier les fonctionnaires et les indépendants, qui ont des capacités contributives significatives et des profils de dépenses favorables. Les mutuelles ont adapté leurs tarifs et prestations pour répondre à cette concurrence, avec un impact sur leur capacité à maintenir leur logique traditionnelle de solidarité intergénérationnelle et entre niveaux de revenus.

L'interaction entre les évolutions réglementaires et les stratégies concurrentielles

14. Ne pouvant sélectionner les risques, les OCAM sont fortement incités à attirer les assurés à fort potentiel contributif pour couvrir les dépenses des faibles contributeurs à risque élevé. Il en résulte une discrimination significative sur le marché des contrats individuels, et une guerre pour les parts de marché sur le collectif. La généralisation progressive de la couverture collective pour les salariés du privé et du public accentue cette tendance.

15. Si la mobilité des assurés est relativement faible, ils sont cependant amenés à réexaminer leurs choix de contrats et de prestataires à l'occasion de changements de statut professionnel ou familial. La concurrence entre OCAM pour capter/conserver les cotisants à capacité contributive significative a conduit à augmenter les prestations en leur faveur, avec des effets inflationnistes sur certaines dépenses de santé ainsi qu'une amplification des inégalités dans l'accès au soin. Les assurés à fort potentiel contributif bénéficient d'une meilleure couverture moyenne tout en supportant un taux d'effort moindre. Par ailleurs, elle a contribué à une inflation des dépenses d'acquisition de clientèle par les OCAM, notamment les assureurs, ce qui pèse sur le taux de retour sur cotisation des ménages.
16. Sur le marché individuel, la lisibilité des contrats est structurellement difficile du fait de la multiplicité des catégories et systèmes de tarification des soins, sur lesquels s'appliquent des règles évolutives de prise en charge par l'AMO et se surajoutent les grilles des complémentaires. Les assurés ont en conséquence du mal à juger de l'adéquation de leur couverture AMC à leurs besoins. Ils peuvent par ailleurs être influencés par les stratégies des OCAM qui cherchent à influencer la « qualité perçue », notamment à travers la mise en avant de « produits d'appel », tels les taux de remboursement en optique. Dans ce contexte, les assurés à fort potentiel contributif ont tendance à souscrire des contrats leur assurant une protection excessive par rapport aux risques réels de RAC auxquels ils ne pourraient faire face.
17. Les assureurs semblent avoir su déployer des stratégies de ciblage fin de la demande sur le marché individuel, mais aussi sur le marché collectif quand il s'agit des employeurs de petite taille, qui leur a permis de capter une part significative des nouveaux arrivants alors même que le taux moyen de retour sur cotisations des contrats qu'ils proposent est inférieur de près de 10 points à ceux des mutuelles ou des IP ; cette mauvaise performance s'expliquant pour une large part par le niveau très élevé de leurs efforts commerciaux. Au total, la concurrence semble avoir abouti à une segmentation très fine du marché et une discrimination tarifaire plus qu'à une baisse des prix, et ceci au détriment avant tout des titulaires de contrats individuels.
18. La dégradation du ratio prestation/contribution de l'AMC, dans un contexte où, par ailleurs, l'AMO est confrontée à une limitation de l'évolution de ses prestations du fait des contraintes pesant sur le niveau des prélèvements obligatoires, a conduit les Pouvoirs Publics à imposer le subventionnement par les cotisants de l'accès à l'AMC pour les ménages à faible capacité contributive. Ce qui est devenu la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) depuis fin 2019 permet, sous conditions de revenus, de bénéficier d'une couverture complémentaire santé gratuite ou à faible coût. Le financement de ce dispositif par des taxes sur les cotisations dégrade le taux de retour sur ces dernières. Plus généralement, les mesures tendant à intégrer les actifs dans le système des contrats collectifs — à l'instar de l'ANI ou des réformes engagées en faveur des fonctionnaires — ou à améliorer le financement d'un panier de soin minimal pour tous les bénéficiaires de complémentaires santé — à l'instar de la philosophie du 100% santé ou « reste à charge zéro » — conduisent à augmenter « mécaniquement » (vieillesse, diminution du nombre de cotisant, augmentation des prestations, etc.) la cotisation moyenne des contrats individuels, engendrant une augmentation des besoins de financement du système de solidarité obligatoire au bénéfice des plus pauvres.

Une remise à plat nécessaire du cadre réglementaire et des stratégies des opérateurs

19. Si l'intervention publique sur le marché de l'AMC a indéniablement conduit à une augmentation de la couverture au bénéfice des ménages à faible capacité contributive, elle a généré des inégalités fortes (entre salariés du privé et autres catégories) et n'a pas permis une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et des cotisations à l'AMC. Ceci s'explique par l'instrumentalisation des OCAM au service d'un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, neutre du point de vue de l'évolution des prélèvements obligatoires. La concurrence a été perçue comme un vecteur de réduction des marges et des inégalités d'accès, sans anticiper ni les

comportements stratégiques des acteurs cherchant à éviter une guerre des prix, ni la faible mobilité de la clientèle entre les catégories d'opérateurs. De plus, la socialisation — de plus en plus large, involontaire et anonyme — de la prise en charge des dépenses de santé a nuis à la mise en œuvre de mécanismes de contrôle de la dépense, puisque les comportements vertueux en la matière ne sont récompensés par une évolution favorable des cotisations que sur le marché collectif (pour les salariés des grandes et moyennes entreprises).

20. L'intervention publique sur le marché des AMC semble caractérisée par une faible compréhension du comportement de la demande, négligeant notamment la segmentation du marché en segments où l'organisation des rapports entre l'offre et la demande est contrastée et où la sensibilité au prix et à la qualité semblent assez hétérogènes. La régulation du secteur devrait tenir compte du fait que la partie des dépenses de santé plus couverte par les AMC concerne un mélange de dépenses liées à des soins ou de la prévention et des dépenses que l'on peut qualifier de confort ou liées aux préférences individuelles. Par ailleurs, elle devrait tenir compte de la capacité des OCAM à observer finement les relations entre offreurs et bénéficiaires de soins de manière à mieux maîtriser la dépense. Ceci suppose que les OCAM puissent mettre en place des mécanismes permettant aux bénéficiaires comme aux offreurs de soins de partager les bénéfices de comportements vertueux.
21. Du côté de l'offre de service, il serait utile de distinguer plusieurs volets dans les fonctionnalités des AMC : assurance pour couvrir les dépenses de santé mal couvertes par l'AMO ; service de lissage de la dépense pour répondre à la composante confort/préférence individuelle sans recourir au couple épargne/crédit ; assistance à la gestion du parcours de soin pour mieux maîtriser la dépense (et in fine les cotisations) et le RAC individuel ; prévoyance pour faire face aux risques de perte de revenus ou de dépenses engendrées par les pertes de capacité. Les services offerts par les différents types de contrats sur ces différents registres devraient être explicités pour qu'ils soient valorisés par les utilisateurs et le régulateur.

Introduction

Cette note analyse l'encadrement institutionnel et la concurrence entre les acteurs du secteur de ce que le langage commun qualifie de « mutuelles santé », terme trompeur s'il en est puisque les acteurs de l'assurance maladie complémentaire (AMC) sont loin d'être systématiquement des opérateurs mutualistes. Si, historiquement, des « mutuelles » se sont impliquées dans la couverture des risques santé, elles ne sont pas les seules. D'autres acteurs, en particulier les « instituts de prévoyance » (IP) sont aussi historiquement intervenus dans ce secteur tant le risque santé est articulé avec d'autres risques (perte de rémunération, invalidité, décès). Dans un passé plus récent, les « sociétés d'assurance » se sont également intéressées à ce secteur.

Aujourd'hui, ces trois types d'acteurs — les Mutuelles, les Instituts de Prévoyance (IP) et les sociétés d'assurance — se concurrencent sur un « marché » représentant 38 milliards d'Euros de cotisations en 2019. Elles assurent 13,4 % des dépenses de santé (CSBM) au bénéfice de 95% de la population française.¹ Leur activité s'articule avec celle de d'assurance maladie obligatoire (AMO, ou « sécurité sociale »). Certains types de dépenses de santé, sont essentiellement couvertes par l'AMO, tandis que pour d'autres — dont les plus emblématiques sont le dentaire et l'optique — sont substantiellement couvertes par l'AMC (respectivement à hauteur d'environ 40 et 70%). Une part significative des dépenses de prothèse, audio ou non, de petits matériels ainsi que certaines dépenses liées à l'hospitalisation sont également financés par l'AMC².

L'équation économique des complémentaires santé est fortement déterminée par trois facteurs institutionnels. Tout d'abord, l'AMC s'articule avec le système d'assurance maladie obligatoire (AMO) (ou sécurité sociale) qui joue en France non seulement un rôle de financement mais aussi un rôle de maîtrise des dépenses de santé et ainsi, pour partie, de pilotage de l'offre de soins. Ensuite, le secteur des assurances, quel que soit la nature des organismes impliqués, est soumis à une régulation prudentielle, qui est conçue au plan européen et mis en œuvre en France par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Enfin, la manière dont s'organise l'offre de soins joue un rôle clé dans la mesure où les modalités d'accès aux soins et la fixation des tarifs pèsent sur le niveau des risques couverts par les assureurs et leur capacité à les maîtriser. Sur ce dernier point les pouvoirs publics — à travers la sécurité sociale et via l'administration du Ministère de la Santé — jouent un rôle très important d'organismes de l'offre alors que de très nombreux opérateurs de l'offre de soins comme de l'assurance sont privés. Si les usagers et les prestataires de l'offre disposent d'une liberté encadrée de choix, les relations contractuelles entre la plupart des acteurs sont extrêmement encadrées réglementairement et administrativement.

L'économie du secteur des AMC, la qualité du service rendu aux usagers et à la collectivité, ainsi que la concurrence que s'y livre différents acteurs, ne peuvent dès lors être analysés sans comprendre les racines historiques d'un système où coexistent des acteurs marqués par des logiques — et des contraintes réglementaires — différentes. Ces logiques entrent en partie en conflit les unes avec les autres et le système actuel résulte de compromis successifs. Une certaine profondeur historique est donc nécessaire pour développer un diagnostic informé de la situation actuelle et analyser les voies potentielles d'évolution.

Cette note s'ouvre donc par une remise en perspective historique de l'émergence du système d'assurance maladie/santé en France et de son évolution notamment au cours des 20 dernières années (ces éléments étant détaillés dans l'Annexe 1). Elle conduit à expliquer la structure

¹ L'AMO couvre quant à elle 78,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et les ménages en financent directement (Reste à Charge, RAC) 6,9% soit 213 Euros par habitant (Source : DREES, 2020)

² Le RAC (après AMO) lié à l'hospitalisation dépend de manière cruciale de la durée du séjour et des dépassements d'honoraires. Son niveau découle aussi de l'opérateur de l'hospitalisation (public vs. privé), alors que le choix d'une hospitalisation dans le privé peut s'expliquer par le besoin d'éviter les files d'attente, ou par le rôle des prescripteurs de soins.

extrêmement fragmentée du marché, marqué à la fois par la coexistence de différents segments de demande (notamment l'assurance individuelle vs. l'assurance collective) où les avantages comparatifs des différentes catégories d'acteurs cités plus haut sont contrastés. Ces segments de demandes se différencient en effet non seulement par les caractéristiques socio-professionnelles des assurés, mais aussi par des modalités contrastées d'organisation de la relation entre demande d'assurance et offre, et entre cette dernière et prestataires de santé. Dans un troisième temps, on analyse les effets des politiques publiques et des stratégies concurrentielles sur ces différents marchés sur les caractéristiques de la couverture des dépenses de santé pour les usagers, ainsi que sur la dynamique des dépenses de soins. Des inégalités de même que des effets pervers résultant du modèle de gouvernance sont mis en évidence. Elles ne peuvent être comprises et des modalités d'évolution ne peuvent être analysés qu'au regard d'une réflexion plus générale sur l'offre de soins et la maîtrise des dépenses de santé au pilotage duquel les opérateurs privés pourraient sans doute être mieux associés.

Éléments de cadrage historique

Dans ce qui suit, nous aborderons brièvement les grandes étapes d'évolution de la couverture santé complémentaire en insistant sur la dynamique récente du marché des complémentaires sous forme d'un état des lieux général sur les acteurs et la régulation. L'annexe 1 décrit plus en détail les différentes phases synthétisées ici.³

Le développement d'une couverture santé volontaire ou paritaire jusqu'en 1945

Le système contemporain prévalant dans le domaine de la santé trouve son origine dans trois mouvements différents. L'AMO découle de la volonté du mouvement syndical d'étendre les droits des travailleurs, en coopération avec les pouvoirs publics et le monde politique ; alliance qui sera consacrée dans le mouvement de refondation politique et sociale de l'après-guerre. L'AMC, quant-à-elle résulte du mouvement mutualiste dont les racines plongent dans l'ère préindustrielle et qui organise des solidarités sur une base volontaire ancrée dans les professions ou les territoires. Enfin la prévoyance résulte d'une tradition apparue au moment de la révolution industrielle de gestion paritaire entre le patronat et les syndicats d'assurance sociales créée initialement dans une logique que l'on peut qualifier de paternaliste, ou en tout état de cause de contrôle social par les employeurs. Ces trois logiques, en partie antagoniques à l'origine, expliquent la coexistence de systèmes hétérogènes.

Le développement d'un système dual à partir de 1945

Après la seconde guerre mondiale, émerge un système dual articulant une Assurance Maladie Obligatoire gérée par les partenaires sociaux et les pouvoirs publics et un système d'Assurance Maladie Complémentaire, au départ assis très majoritairement sur le mouvement mutualiste, mais qui va progressivement accueillir de nouveaux acteurs, notamment à partir de la fin des trente glorieuses. Les compagnies d'assurances, d'une part, les instituts de prévoyance, de l'autre s'intéressent de plus en plus à un marché croissant du fait des évolutions démographiques et de l'extension de l'assurance maladie à toutes les catégories de la population. Au départ la concurrence entre les acteurs n'est pas frontale. Les Mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels

à leurs sociétaires. Les IP et les compagnies d'assurances ciblent en particulier les contrats d'assurance collective négociés avec les employeurs au bénéfice de leurs salariés. A partir de la dernière décennie du XXème siècle, cependant, les trois catégories d'opérateurs sont amenées à se concurrencer à la fois sur le marché des assurances individuelles et des contrats collectifs.

Les profondes mutations du marché à partir de la fin des Trente Glorieuses

A partir du milieu des années 1970, le ralentissement de la croissance, l'extension des droits des usagers et des populations couvertes, ainsi que l'évolution démographique se conjuguèrent pour faire peser de nouvelles contraintes sur le système de sécurité sociale. Les déficits récurrents du système paritaire induisirent une étatisation progressive de la gestion du système de sécurité sociale.

A partir du début des années 1980, on assiste à un recul relatif de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire, compensé par la montée en charge des complémentaires dont le rôle va devenir essentiel pour assurer la solvabilisation de la demande de soins. Ceci engendre un effet mécanique de croissance des cotisations et du chiffre d'affaires. Cette croissance du marché est à la fois le fruit de l'augmentation de la couverture de la population couverte, et de l'extension de cette dernière. La part de la population couverte est en effet passée de 30 % en 1960, à 49 % en 1970, 68 % en 1980 et 77 % en 1987 (Rapport du Sénat, 1989).

Ce contexte de croissance favorise une évolution de la structure de l'offre. La période est marquée par une intervention croissante des sociétés d'assurances. De la même façon, les IP, concentrés historiquement sur la prévoyance, s'intéressèrent à la complémentaire santé qui devient pour les employeurs un élément du dialogue social. Par ailleurs, le code de la Mutualité fut réformé par la loi du 25 juillet 1985 qui clarifia le statut des mutuelles, leur imposa de nouvelles règles de solvabilité tout en leur permettant de s'intéresser à la prévoyance collective. La réforme initia un premier mouvement de concentration au sein du secteur mutualiste qui se caractérisait alors par une prolifération de mutuelles de très petite taille.

Dans ce contexte de croissance du marché et de concurrence émergente entre acteurs reposant sur des modèles économiques différents, la disparité de leur régime social et fiscal de même que le fait qu'une partie des assurés n'est pas toujours bien protégée commence à préoccuper les pouvoirs publics dans la mesure où ils sont générateurs d'inégalités dans l'accès à une complémentaire santé, voire d'anomalies (cf. Rapport du Sénat, 1989). Tous les acteurs, par exemple, ont des pratiques d'exclusion, même si les compagnies d'assurances « *opèrent une sélection plus stricte que les autres organismes* ». (Domin, p.58).

Ces éléments vont conduire les pouvoirs publics à intervenir de manière de plus en plus prégnante dans le fonctionnement du marché à partir du début des années 1990. Cette intervention va cependant être marquée par une pluralité d'objectifs dont la combinaison va s'avérer en partie contradictoire. Tout d'abord, les complémentaires saines vont être un des vecteurs utilisés pour améliorer l'accès aux soins dans un contexte où le contrôle de l'évolution des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires pèse sur la capacité de financer cette politique via l'AMO. Ensuite, il s'est agi de remédier à certains dysfonctionnements du secteur qui se traduisaient, entre autres, par des inégalités dans l'accès à une complémentaire ou l'accumulation de réserves financières par certains acteurs. Pour ce faire la concurrence a été promue. Cette dernière ne s'est pas nécessairement organisée autour des prix, mais au contraire autour de la couverture des dépenses, ce qui a pu nourrir des tensions inflationnistes tant sur les dépenses de santé que sur les cotisations des complémentaires. Enfin, la tension va aller croissante entre un objectif de « responsabilisation » des usagers via une tentative d'augmentation du Reste à Charge (RAC) et la volonté d'étendre la couverture offerte par les complémentaires à la quasi-totalité des assurés sociaux ainsi que d'étendre sa portée.

³ Pour une présentation de l'histoire longue du système, on consultera notamment Chadelat (2016). Le rapport du HCAM de 2021 sur les complémentaires santé est très précis sur les évolutions des politiques publiques et de l'encadrement juridique des complémentaires santé depuis les années 1980.

Deux tournants majeurs pour la concurrence en 1989 et en 2001

La loi Evin du 31 décembre 1989 et les Ordonnance du 19 avril 2001 ont eu un impact majeur sur la construction du marché des complémentaires santé.⁴ Il s'est agi, tout d'abord, d'établir une concurrence loyale entre acteurs de l'AMC, à la fois en mettant fin à diverses mesures réglementaires qui réservaient certains segments de marchés à certaines catégories d'acteurs, d'autre part en harmonisant leurs conditions d'exercice de leur activité sur le plan réglementaire et fiscal. Ce mouvement d'harmonisation des conditions de concurrence entre opérateurs de l'AMC est en large partie lié à la construction européenne qui conduit à considérer le marché de l'assurance comme un marché où une concurrence équitable doit jouer. Cela a conduit à imposer aux Mutuelles de distinguer leur activité d'assurance de leurs autres activités (en particulier la fourniture de soins) ainsi qu'un régime prudentiel et fiscal de plus en plus comparable à celui des sociétés d'assurance. De ce mouvement, résulte également une réglementation du contenu des contrats. En effet, pour mettre fin à des avantages auparavant statutaires — les IP et les Mutuelles bénéficiant d'accès exclusifs à certains segments de marchés, certaines clientèles —, une labélisation des contrats est instituée pour permettre à tout organisme d'assurance complémentaire de bénéficier des mêmes avantages fiscaux.

L'autre grande caractéristique des réformes engagées en 1989 et 2001 fut de renforcer la protection des assurés contre la sélection des risques, à la fois par des mesures d'interdiction — par exemple de hausse des cotisations en cas d'accidents de santé — soit par des mesures fiscales — par exemple en exonérant de taxes les contrats qualifiés de « solidaires » ne recueillant pas d'information médicale auprès des assurés.

L'offre des complémentaires santé va être progressivement encadrée, voire standardisée, à partir des années 2000 avec le développement des contrats dits « responsables » qui bénéficient d'incitations fiscales. Il s'agit dans un premier temps (à partir de 2004) de limiter certains remboursements pour responsabiliser les assurés, puis dans un second temps (à partir de 2013) de maîtriser la dérive inflationniste sur certains postes de dépenses (notamment l'optique et les dépassements d'honoraires). L'objectif des pouvoirs publics étant aussi de lutter contre le renoncement aux soins pour ceux qui sont mal couverts par l'AMO, ils vont aussi imposer des planchers de remboursement sur certains paniers de dépenses donnant naissance à la notion de contrats « solidaires et responsables ». La réforme du 100% santé (ou « reste à charge 0 ») en 2019 s'inscrit dans cette lignée. Des garanties minimales — que l'on peut qualifier de généreuses, Adjerad, R (2020), p. 12 - en adéquation avec la volonté de permettre un accès universel à ce dernier.

D'une large couverture à une couverture presque généralisée : la croissance « folle » du début du XXIème siècle

En 2003 un des paragraphes du rapport Chadelat titrait (p.10), « la couverture (...) n'a cessé de s'étendre (mais) n'est pas généralisée » (86% en 2000). En 2013, le HCAAM cette fois titrait « une couverture presque généralisée » (HCAAM, 2013, p. 39). Entre temps, la couverture santé a atteint en 2010, 96% de la population dont 5% au titre de la couverture gratuite des personnes aux revenus les plus modestes (CMU-C cf. infra). L'augmentation de la couverture s'accompagne d'une très forte augmentation du chiffre d'affaires (mesurée via l'assiette de la taxation des contrats). Entre 2001 et

2010 la croissance totale est de 79%, soit 6,7% en moyenne annuelle. Les taux annuels de croissance atteignent 5,8% par an pour les mutuelles, 9,8% pour les assureurs et 5,3% pour les IP !

Outre l'augmentation de la couverture, cette croissance s'explique par de nombreux facteurs. Le premier est une forte augmentation des prix. L'indice des prix des CS augmente d'après l'INSEE de 29,4% entre janvier 2002 et janvier 2011.⁵ À titre de comparaison l'augmentation de l'indice des prix à la consommation était de 16,4%.⁶ À l'évolution des prix, il convient d'ajouter le vieillissement de la population (les plus de 60 ans augmentent de 10%), l'augmentation des dépenses remboursées⁷ (la contribution aux dépenses totales de santé passent de 12,8% à 13,5%, alors que ces dernières augmentent elles-mêmes de l'ordre de 45%), et celle de la fiscalité sur les contrats (de 1,75% à 5,9% en 2010).⁸

Dernière caractéristique de ces transformations structurantes, l'augmentation des prix ne se retrouve pas complètement dans les dépenses de remboursements : le ratio remboursements/soins passe de 89% en 2002 à 80% à partir de 2006. Il a peu varié depuis. Il convient de noter que l'augmentation de la fiscalité contribue à détériorer ce taux de retour.

Pendant cette période, les pertes de part de marché des mutuelles et des IP (cf. figures 5 et 6) ont probablement été masquées par l'augmentation du nombre de clients, la hausse des prix ainsi que l'intense mouvement de concentration qui fait passer le nombre de complémentaires santé cotisant au fond CMU-C de 1702 en 2001 à 784 en 2009 (Drees, 2016).

L'Universalisation de l'accès aux complémentaire santé : CMU-C et ANI

Les complémentaires santé ont été associées à la mise en œuvre d'un principe de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) instauré la loi du 27 juillet 1999 organisant une protection complémentaire de santé gratuite pour les ménages dont les ressources sont inférieures à un certain seuil.⁹ La CMU-C définit un panier de soins permettant un meilleur accès aux soins des plus démunis, en particulier dans les domaines où les interventions de l'AMO sont les plus faibles. La CMU-C est complétée en 2005 par l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé), aide financière dont le montant varie selon l'âge, qui vise à limiter l'effet de seuil créé par la CMU-C (ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et le plafond d'attribution de la CMU-C majoré de 35 %). Cette aide permet d'atteindre un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018 (DREES, n°1142, 2020). Depuis fin 2019, ces deux dispositifs sont remplacés par un dispositif unique et simplifié, la complémentaire santé solidaire (CSS) qui devrait permettre en particulier de faire baisser les restes à charges.

Afin de généraliser l'accès des salariés à une couverture complémentaire cofinancée par les employeurs, l'Accord National Interprofessionnel (ANI), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016, rend désormais obligatoire la proposition d'un contrat collectif par tous les employeurs du secteur privé (qu'ils financent à minima à 50%). Un an après, 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés proposaient une complémentaire santé d'entreprise contre 50 % employant 74 % des salariés l'année précédente. Cette augmentation s'inscrit dans une tendance de long terme, en 2009 les chiffres

⁵ Indice base 100 en 2015 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001764271#Graphique>. (Identifiant 001764271).

⁶ D'autres sources annoncent des taux de croissance plus élevés. Il est difficile toutefois de mesurer l'indice des prix d'un service aussi complexe, d'évaluer correctement l'augmentation de la couverture et de la « qualité », ce qu'en principe l'INSEE réalise.

⁷ Cette dernière n'étant pas sans lien avec les politiques de déremboursement de l'AMO

⁸ En 2011 une nouvelle augmentation fait passer le taux à 6,27% et le taux sur contrat responsable de 0 à 7%.

⁹ Voir [CMU-C - 27 juillet 1999](#).

⁴ Ces deux textes ont été complétés par de nombreux autres ; telle la loi du 1^{er} août 2003 qui instaure l'Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles (devenue ensuite Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) suite à sa fusion avec le régulateur bancaire ; ou encore la loi de finance rectificative de 2011 qui soumet les Mutuelles et les IP au même régime fiscal que les sociétés d'assurance.

étaient respectivement de 44 % pour les entreprises et de 72 % pour les salariés (Perronnin, 2019). En 2020, on peut estimer qu'environ la moitié de la population est couverte par un contrat collectif contre 40% au début du siècle.

Une transformation profonde de la logique du système, au prix d'incohérences

Cette mise en perspective historique souligne au fond le glissement progressif d'un modèle de couverture santé, d'abord, puis de complémentaire santé, ensuite, fondé sur un principe de couverture solidaire volontaire avec cotisation (de type bismarckienne) à un modèle de couverture universel et de solidarité obligatoire fondé sur des transferts quasi-fiscaux (de type beveridgien) dans lequel les complémentaires santé constituent un élément intégré dans le système mais comptabilisés comme des variables d'ajustement « hors-bilan » fiscal. C'est ainsi que à partir des 77% de bénéficiaires d'une assurance complémentaire en 1987, assez majoritairement avec des contrats individuels, on dépasse aujourd'hui les 95% de couverture dont la moitié avec des contrats collectifs. L'augmentation de la population couverte résulte aussi pour partie du développement de la Complémentaire Santé Solidaire qui couvre plus de 7 millions de bénéficiaires début 2021.

Ces évolutions ont contribué à déstabiliser le modèle économique des opérateurs traditionnels qu'étaient les mutuelles et qui reposait sur une adhésion de facto à vie des assurés-sociétaires à une mutuelle le plus souvent établie sur une base professionnelle. Dans un tel modèle, une logique de redistribution entre générations et avec des contrats individuels, pouvait apparaître comme soutenable, et conforme à l'esprit de solidarité volontaire du mouvement mutualiste. Or, le marché collectif a pris une place croissante — si l'on s'en tient à la période 2011-2019, la part du collectif est passée de 41% à 48% du total des cotisations — alors que son modèle économique, on le verra plus loin, est très différent. Progressivement le marché individuel se réduit aux indépendants, étudiants, sans-emplois retraités et fonctionnaires, ces derniers ayant vocation à en sortir dans les prochaines années¹⁰, déstabilisant le modèle économique historique des acteurs qui y était prépondérants.

L'accroissement de la concurrence entre complémentaires a aussi joué un rôle en encourageant la comparaison et l'ajustement des offres (avec des limites que nous verrons plus loin), soit pour attirer, soit pour conserver, les assurés. Notons d'emblée que l'on dispose de peu d'éléments précis (enquêtes exhaustives, suivi de cohortes, etc.) pour analyser le comportement des assurés (notamment en matière de « nomadisme »). La concurrence semble avoir avant tout joué sur l'acquisition des nouveaux souscripteurs (appartenant à des catégories auparavant non-couvertes ou changeant de statut socio-professionnel), d'un côté, et la montée en gamme des contrats (montée des taux de couverture et élargissement de la gamme de services offerts), de l'autre, pour dissuader les assurés de changer de fournisseur.

Les acteurs du monde des complémentaires, et singulièrement les mutuelles qui avaient pu avoir un rôle historique de co-gestionnaire du système de protection sociale et du système de santé, ont vu leur marges de manœuvre s'éroder au profit d'un pilotage du système par les pouvoirs publics qui ont progressivement imposé des contraintes accrues aux acteurs des complémentaires santé, les instrumentant dans leur stratégie d'universalisation de l'assurance maladie et de contrôle de l'évolution des dépenses de santé.

Compte tenu de la multiplicité des domaines de soins couverts, de la diversité des acteurs aux modèles économiques contrastés, des multiples enjeux socio-politiques de l'organisation de l'offre de soins, de la sensibilité de la question de l'accès à ces derniers pour toutes les catégories d'usagers, le pilotage

centralisé du système par les pouvoirs publics ne va pas sans une multitude de défauts d'ajustements, d'incohérence liées à des compromis entre intérêts contradictoires et de choix d'options inefficaces.¹¹

Pour autant, le système n'est pas sans marges significatives d'améliorations, comme la suite de cette note le suggère pour ce qui concerne tant son coût de fonctionnement que son efficacité dans la maîtrise de la progression des dépenses de santé et l'amélioration de la qualité des prestations.

Une mise en concurrence... administrée

Trois catégories d'opérateurs

L'assurance complémentaire santé se caractérise par l'intervention d'opérateurs privés aux statuts et régimes juridiques et fiscal contrastés, ce qui n'est pas sans influence sur les performances économiques de ces derniers et les stratégies concurrentielles qu'ils peuvent adopter.

Si les opérateurs du marché de l'assurance sont soumis à une réglementation prudentielle et concurrentielle établie à l'échelle européenne, les dynamiques historiques évoquées plus haut expliquent la présence d'opérateurs relevant de trois régimes réglementaires différents et régissant quatre formes juridiques contrastées : (i) le Code des Assurances qui distingue deux formes juridiques (les sociétés anonymes et les mutuelles d'assurance), (ii) le Code de la Sécurité Sociale, qui dans son Livre IX est dédié aux Instituts de Prévoyance, et (iii) le Code de la Mutualité, qui traite dans son Livre II des mutuelles pratiquant des opérations d'assurance et consacre son Livre III à celles qui dispensent des actions sanitaires et sociales.

Les mutuelles sont des sociétés à but non lucratif et sont régies par des représentants élus par leur sociétaires/assurés. Elles reposent sur des principes d'égalité de traitement entre membres et d'absence de sélection des risques. Sociétés à but non lucratif, elles se financent majoritairement grâce aux cotisations de leurs membres. Trois fédérations représentent aujourd'hui les mutuelles : la plus importante, la FNMF, représenterait 90% des adhérents à une mutuelle ; la Fédération nationale indépendante de mutuelle (FNIM), créée en 1989, réunirait une trentaine de mutuelles de tailles en moyenne plus réduite ; et la dernière-née, en 2009, la Fédération Diversité et Proximité Mutualiste (FDPM), a pour objet de regrouper les mutuelles de petite taille et opposées au mouvement de fusion induit par les évolutions réglementaires et concurrentielles. Il convient en effet de noter l'extrême hétérogénéité du monde mutualiste et son évolution profonde ces dernières années sous l'impact d'un mouvement de fusions et acquisitions extrêmement important (qui a aussi conduit à une hybridation entre mutuelles, assurance et IP puisque certaines mutuelles ont été intégrée dans des groupes dont la tête est une société d'assurance ou une institution de prévoyance et vice versa.¹²

¹¹ Dans le même temps, les autorités en charge de la santé mettent fréquemment en avant les relativement bonnes performances du système français de santé et de protection sociale qui, pour synthétiser (cf. Annexe 2), permet d'obtenir une des meilleures espérance de vie des pays à haut niveau de protection sociale (comparable à celle de la Suisse), à un coût global parmi les plus modestes (comparables à eux de la Grande-Bretagne), tout en garantissant une des contributions individuelles (reste à charge) les plus faibles (ce qui constitue un déterminant important du non-renoncement de l'accès aux soins et donc de l'accès universel effectif à la santé).

¹² La transposition au début du millénaire des directives européennes sur les opérateurs d'assurances ont contraint les mutuelles à séparer leurs activités d'assurances de leurs œuvres sanitaires et sociales, et ont renforcé les exigences prudentielles auxquelles elles sont soumises (Le nouveau code a été adopté en avril 2001 et est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003). Ces exigences ont renforcé la technicité nécessaire pour réaliser des opérations d'assurances, qui, ajoutée aux besoins de constitutions de réserves, ont eu un impact négatif sur la viabilité des opérateurs de petite taille, ce qui a contribué à la concentration du secteur par fusion entre mutuelles

¹⁰ Avec néanmoins une incertitude très forte sur la manière dont les pouvoirs publics comptent opérer pour faire bénéficier aux salariés du public de conditions équivalentes à celles qui sont proposées aux salariés du privé.

Deuxièmement, les Instituts de Prévoyance sont des sociétés de droit privé sans but lucratif régies par les partenaires sociaux. Le code de la Sécurité Sociale définit trois types d’IP : les instituts de prévoyance d’entreprise, les institutions professionnelles, et les instituts de prévoyance interprofessionnelle.¹³ Les IP se caractérisent par une gouvernance paritaire, avec représentation égalitaire au sein du conseil d’administration des employeurs et des salariés. Les potentiels excédents peuvent servir à fournir de meilleures garanties ou encore au renforcement des capacités financières de l’organisation. Les IP adhèrent au Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP), créé en 1986.

Troisièmement, les sociétés d’assurance sont des sociétés anonymes à but lucratif.¹⁴ Leur activité de santé est régie par les directives européennes sur l’assurance, séparant l’assurance-vie et l’assurance non-vie. Les sociétés d’assurance peuvent demander un agrément pour ce qui concerne la couverture des risques de dommages corporels (i.e., dépendance, santé, etc.). On les qualifie alors de sociétés d’assurance « mixte ». Les sociétés d’assurance sont représentées par la Fédération Française de l’Assurance (FFA), créée en 2016, à la suite de la fusion de la FFSA et du Groupement des Entreprises Mutuelles d’Assurance (GEMA).

Plus récemment, le secteur des complémentaires santé a attiré une nouvelle catégorie de prestataires avec l’offre de contrats par des banquiers-assureurs ou « bancassureurs ». Après s’être intéressées à l’assurance vie, les banques ont commencé à créer des filiales pour les contrats dommages puis santé au début des années 2000. S’il est important de prendre en considération la spécificité des bancassureurs d’un point de vue concurrentiel, ils sont, dans les approches statistiques, agrégés au sein du secteur des assurances puisqu’ils sont des opérateurs à but lucratif et qu’ils sont régis par le code des assurances. Les bancassureurs et les courtiers en assurance ont conquis des parts de marché significatives dans les années 2000 (alors qu’a contrario les agents généraux en perdaient).¹⁵

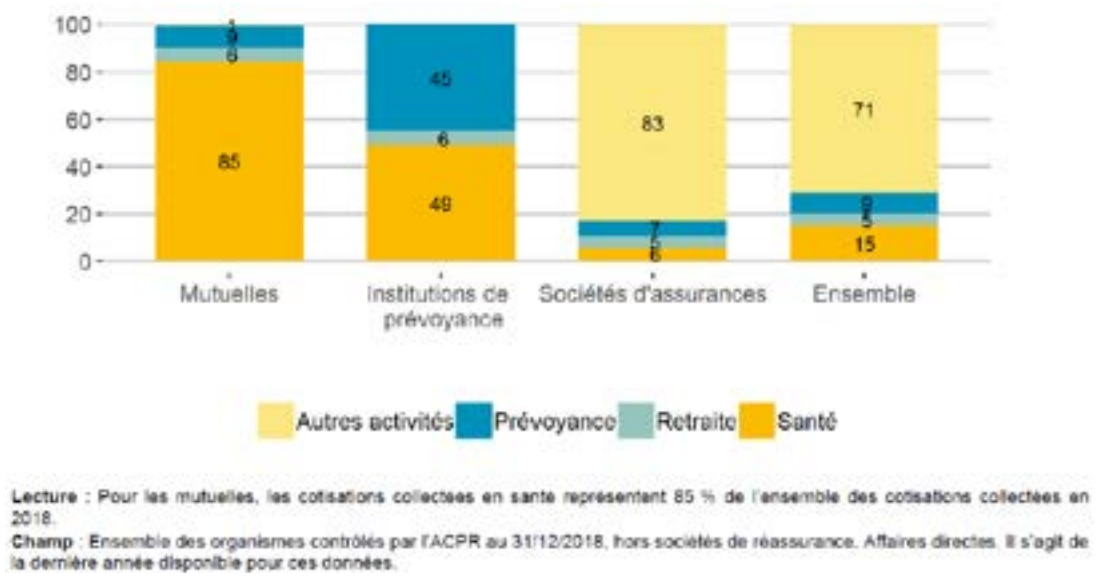
De manière générale, la part du risque santé chez les différents acteurs est un élément fortement différenciant (cf. Figure 1). Les IP et les mutuelles sont très fortement spécialisés dans le champ des risques sociaux – santé, prévoyance et retraite- alors que les sociétés d’assurance opèrent une vaste gamme d’activités assurantielles (17% seulement pour les risques sociaux ; cf. Barlet et al., 2019). Par ailleurs les mutuelles sont essentiellement spécialisées sur le risque santé, tandis que pour les IP, la santé n’est qu’une des dimensions de leur offre de couverture. In fine, la santé ne représente en 2018 que 6% des cotisations collectées par les sociétés d’assurances, contre 49% pour les IP et 85% pour les mutuelles (les chiffres pour la prévoyance sont respectivement de 7%, 45% et 9% ; cf. Adjrad, 2020, p. 12).

¹³ Les institutions professionnelles sont créées par accords de branche ou d’entreprises. Les instituts de prévoyance interprofessionnelles sont créés par délibération des représentants de leurs salariés.

¹⁴ Comme évoqué plus haut, les sociétés d’assurances mutuelles (SAM) et les sociétés mutuelles d’assurances (SMA) sont des sociétés créées après-guerre pour offrir des services d’assurances hors-santé à leurs sociétaires. Régies par le Code des Assurances, au même titre que les sociétés anonymes, elles sont soumises aux mêmes règles prudentielles. Ne disposant cependant pas de capital social, les SAM et les SMA n’ont pas d’actionnaires à rémunérer. Ces établissements sont des sociétés à but non lucratif.

¹⁵ Cf Annexe 1 et HCAAM, 2013, p.22 : « (...)la diffusion des produits par le réseau des bancassureurs a progressé de 2 points, celle par les courtiers de 5 points, quand celle par les réseaux traditionnels (agents généraux) a perdu 4 points de part de marché »

Figure 1
Répartition des cotisations collectées par les organismes sur le champ des risques sociaux en 2018



Source : ACPR calculs DREES 2019

Des évolutions réglementaires favorisant la concurrence et une homogénéisation de l’offre

Une incitation à l’homogénéisation de l’offre de contrats

Les évolutions réglementaires concernant l’offre de services des complémentaires santé au cours de ces dernières décennies sont motivées par la poursuite de deux objectifs majeurs pour les pouvoirs publics : un objectif de justice sociale se traduisant par la volonté d’homogénéiser et d’universaliser l’offre de services par les complémentaires, en instaurant notamment des planchers de contractualisation pour ensuite les relever ; associé à un objectif de prévention des dérives inflationnistes de l’offre de soins, qui passe en particulier par la fixation de « plafonds » de remboursements. Cela semble aussi relever de la volonté de limiter la capacité de différenciation des complémentaires santé, avec l’idée que cette dernière limite la concurrence en prix en induisant une faible lisibilité de l’offre de services pour les assurés.¹⁶ Comme évoqué plus haut, un double mécanisme est mis en place. Tout d’abord, des incitations fiscales conduisent les acteurs à établir des contrats « responsables », puis une réglementation est mise en œuvre pour en homogénéiser le contenu et les rendre plus lisibles.¹⁷

En 2001, une exonération de la taxe spéciale sur les conventions d’assurance (TSCA) de 7% a été accordée sur les contrats considérés comme « solidaires ». Ces derniers interdisent aux acteurs de

¹⁶ Il faut noter à cet égard que l’un des éléments qui rend le service peu lisible pour les assurés est que la plupart d’entre eux ont du mal à la fois à lire les offres de services qui s’appuient sur les conditions de remboursement liées aux règles de l’AMO (plutôt qu’aux prix réel des prestations) et que, par ailleurs, les bénéficiaires de remboursements ne distinguent que rarement la part AMO et AMC dans les sommes qu’ils perçoivent, s’intéressant principalement au reste à charge, voir à la somme qu’ils doivent décaisser pour régler des factures de soin quand le tiers payant ne s’applique pas.

¹⁷ Des avantages fiscaux sont accordés en échange de la conformité des contrats d’assurance proposés par la complémentaire avec un cahier des charges qui s’est étendu au fil du temps. Depuis 2011, les contrats « solidaires et responsables » sont taxés à 13,27 %, soit un abattement de 7 points par rapport à la TSA appliquée aux contrats ne respectant pas les critères. Pour être précis, la TSA est née en 2012 de la fusion de deux taxes antérieures, mais la fixation du taux date bien de 2011.

recourir à un questionnaire médical et de faire dépendre les tarifs de l'état de santé.¹⁸ En 2004 sont créés les contrats « responsables » qui encadrent les modalités de prise en charge des frais de santé par les AMC. Il s'agit dans un premier temps de « responsabiliser » les assurés en empêchant les complémentaires de leur rembourser les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soin et de rendre une partie du reste à charge de l'AMO non-remboursable par les complémentaires.¹⁹ Dans un second temps, il s'est agi

de renforcer la couverture des assurés. Seuls les contrats « solidaires et responsables » bénéficient dorénavant de cette exonération. Les obligations des contrats responsables seront complétées en 2014 et deviendront plus contraignantes avec des planchers et des plafonds de remboursement (HCAAM, 2013, p. 58). Le 100% santé en 2019 s'inscrit dans la lignée et améliore progressivement la prise en charge en optique, audiologie et dentaire, tout en normalisant de plus en plus les offres.

Le succès de l'incitation fiscale apparaît incontestable. En 2017, 96 % des contrats en bénéficient, (Barlet et al. 2019, Annexe 1). En 2019, les contrats non-responsables représentent moins de 4% du montant des contrats responsables et la croissance du chiffre d'affaires entre 2006 et 2009 est allée quasiment de pair avec celle des contrats responsables (+ 10,8% versus +8,6%).

Un affaïssement des barrières à l'entrée.

Les évolutions du cadre réglementaire ont favorisé le développement d'une concurrence plus frontale : premièrement, entre des acteurs opérant traditionnellement sur des marchés qui leur semblaient réservés ; deuxièmement, avec l'arrivée de nouveaux entrants. Les conditions d'entrée sur le marché des contrats individuels, historiquement dominé par les mutuelles, sont devenues plus favorables du fait de la standardisation de l'offre, facilitant, notamment, la pénétration des bancassureurs. Les enquêtes des années 1990 soulignent une mobilité significative des consommateurs durant cette décennie (de l'ordre de 12% par an). Les changements de prestataires concernaient davantage les assurés les plus riches et les plus jeunes et diminuaient avec l'âge (Grignon & Sitta, 2003).²⁰ Cette mobilité a facilité la prise de part de marché par les nouveaux entrants qui se sont appuyés sur une tarification à l'âge pour le faire.

Par ailleurs, la disparition progressive des clauses de désignations²¹, sous l'impact de la politique de la concurrence européenne, qui permettaient à certains IP de bénéficier d'une exclusivité d'offre de contrats auprès de certaines branches professionnelles, combinée à la mise en œuvre de l'ANI se sont combinés pour offrir de nouvelles opportunités sur le marché des contrats collectifs. Elles ont été exploitées par tous les acteurs ; les mutuelles cherchant à compenser la diminution de leur base de clientèle dans les contrats individuels, une partie des IP étant confrontés à la perte de leurs marchés

¹⁸ En fait avant 2001 seules les entreprises relevant du code des assurances étaient assujetties à cette taxe de 7% pour les contrats d'assurance maladie. L'harmonisation nécessaire des conditions de concurrence a été un levier pour imposer ces contraintes sur les contrats à l'ensemble des acteurs.

¹⁹ Franc et Raynaud [2021] notent cependant que le montant des franchises de remboursement est tellement bas qu'il est permis de douter que ces contrats responsabilisent effectivement la demande. Aucune étude, en tous les cas, ne l'a démontré. Ils soulignent par ailleurs que la logique des contrats responsables a fortement évolué, notamment après les réformes de 2013.

²⁰ La mobilité semble avoir diminué depuis. En 2019, une étude de l'Argus menée en partenariat avec OpusLine montre que 50% des consommateurs n'avaient pas changé de prestataires dans les dix dernières années contre 40% dans l'étude des années 90. Dans les deux cas la moitié des changements correspondaient à des changements d'entreprise ou de statut. François Limoge, « Complémentaire santé : l'étude qui interpelle les assureurs », L'Argus de l'Assurance, 26/09/2019.

²¹ Elles contraignaient les entreprises relevant d'un accord de branche à souscrire un contrat auprès de l'organisme désigné et avaient pour objectif de favoriser la mutualisation des risques entre les entreprises au niveau de la branche. Elles ont été considérées par le Conseil constitutionnel comme un frein à la concurrence entre assureurs et une atteinte à la liberté contractuelle à partir du 13 juin 2013.

réservés, les assureurs exploitant les nouvelles opportunités offertes par ces nouveaux marchés de contrats collectifs et utilisant, de même que les banquiers, leurs circuits traditionnels de distribution et leur relation de clientèle auprès des PME/TPE.

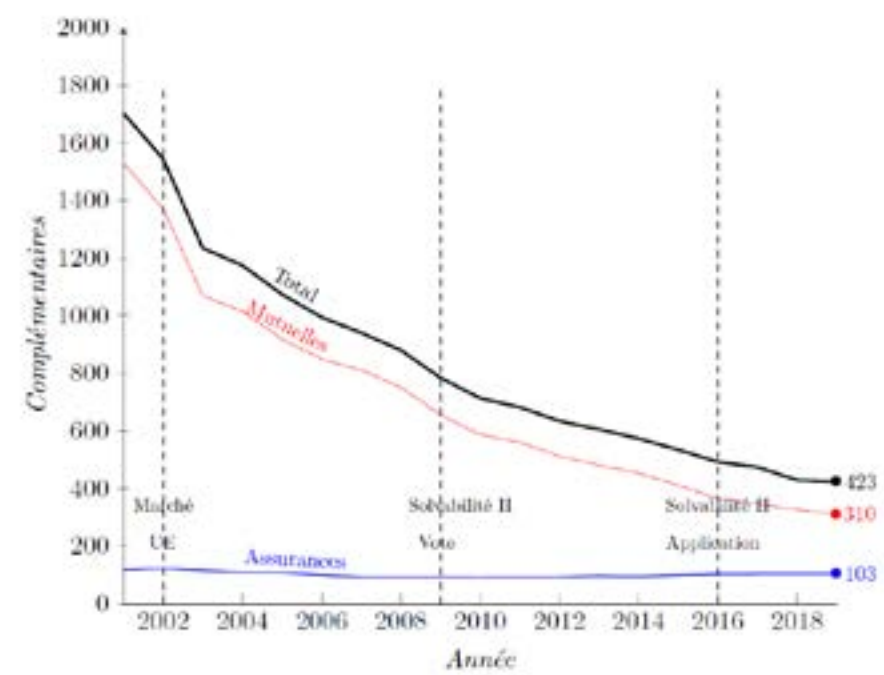
Des incitations à la concentration.

L'objectif de la régulation prudentielle est de s'assurer que les organismes disposent de fonds propres suffisants pour faire face à leurs risques, selon une logique de cotisation fixe où c'est l'organisme d'assurance qui prend en charge les risques, et par opposition aux systèmes d'assurances mutuelles fondées sur des cotisations variables où l'ensemble des assurés assument solidairement les risques. Des contraintes de gouvernance et de gestion des risques peuvent en outre être imposées en sus d'exigences de solvabilité. Dans ce contexte, le « paquet » réglementaire dit « Solvabilité II » a constitué un « choc » réglementaire. Cette réforme, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, a profondément fait évoluer le cadre prudentiel des complémentaires santé. Il repose sur trois piliers principaux : (i) des exigences quantitatives en matière de fonds propres, (ii) des exigences qualitatives, prévoyant notamment la mise en place d'une gouvernance garantissant la bonne appréhension et la maîtrise des risques par les instances dirigeantes, et (iii) des obligations en matière d'information du public et du régulateur. Parmi ces piliers, les deux premiers ont mis les mutuelles, et dans une moindre mesure les IP en porte-à-faux. Les exigences en matière de fonds propres (i) sont incompatibles avec le statut juridique des mutuelles ou des instituts de prévoyance qui sont des sociétés de personnes. Il ne leur est pas possible contrairement aux sociétés d'assurance d'augmenter le capital pour répondre à une exigence de solvabilité accrue. Le cadre réglementaire a dû lui-même évoluer pour faire face à ces situations en facilitant le regroupement des mutuelles pour élargir la base des sociétaires-assurés et ainsi mieux garantir les risques. Les exigences en matière de gouvernance (ii) quant-à-elles imposent certaines modalités organisationnelles — telle la mise en place de deux dirigeants dits « effectifs » et de quatre responsables de fonctions clés, ainsi que le renforcement du rôle des conseils d'administration et de surveillance — très en décalage avec les principes de gouvernance démocratiques et d'élection de dirigeants issus des assurés-sociétaires prévalant dans le monde des mutuelles, et parfois hors de portée pour les plus petites d'entre elles. D'une manière générale, la logique et la complexité de la nouvelle réglementation ont non seulement induit une modification significative de l'organisation des mutuelles et une évolution de leur culture, mais en plus ont contribué au mouvement de concentration ayant permis au plus petite d'entre elles de se regrouper ou de rejoindre des groupes déjà constitués.

Le mouvement de fusion ne semble cependant pas uniquement lié au renforcement des règles prudentielles (cf. Figure 2). Il découle aussi de la capacité des acteurs de grande taille à soutenir la concurrence sur les marchés de l'assurance.²² Or le marché de l'assurance santé est effectivement devenu, au moins ces dernières années, concurrentiel en prix comme le montre l'estimation de l'élasticité prix réalisée par Herrera-Araujo, Brousseau et Toledano (2021) sur des données ACPR 2016-2020.

²² Einav et Finkelstein (2011) développent l'idée que, sur les marchés d'assurance marqué par des phénomènes d'anti-sélection (ce qui est bien le cas sur les complémentaires santé du fait de l'interdiction de tarifier en fonction des risques de l'assuré), l'augmentation de la taille de la population couverte améliore l'efficacité, car elle conduit à intégrer dans le pool d'assurés des bas risques qui subventionnent les hauts risques. La concentration pourrait donc reposer sur des fondements micro-économiques.

Figure 2 :
Le Mouvement de Fusion des Mutuelles



Source : Fonds CMU

Tableau 1
Concentration du marché de la complémentaire santé 2019 vs 2011

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Parts de marché 2019 (en %)	Parts de marché 2011 (en %)
Top 10	3	4	3	38	29
Top 20	8	9	3	55	45
Top 50	24	18	8	77	69
Top 100	51	34	15	91	84

Lecture : Les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (3 mutuelles, 3 institutions de prévoyance et 4 sociétés d'assurances) en 2019, soit 2,3 % de l'ensemble des organismes, représentent 38 % des cotisations collectées en 2019. En 2011, les 10 plus grands organismes concentraient 29 % des cotisations collectées.
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.
Source : ACPR.

Cette concentration s'est accompagnée d'une forte redistribution des parts de marché au détriment des mutuelles et au profit principal des assureurs (cf. Tableau 2). Si les mutuelles représentent encore un peu plus de la moitié du marché de l'assurance complémentaire santé, elles se caractérisent dans leur majorité, par une taille plus petite que celle des autres acteurs du marché. Par ailleurs, les 50% de part de marché des mutuelles masquent en partie le phénomène de regroupement opéré depuis le début du siècle entre des organismes relevant de codes différents. En 2017, d'après le rapport 2019 de la DREES 84 % des cotisations ont été collectées par des organismes appartenant à des groupes, et seulement 16 % par des organismes indépendants. Au regard d'une classification où le total des cotisations d'un même groupe serait affecté à la « tête de groupe », les groupes dont la tête est une mutuelle collectent 39% des cotisations (contre 51%), les société d'assurance 34% (respectivement 31%) et les IP 26% (respectivement 18%).

Une forte redistribution du marché entre les différentes catégories d'acteurs

Ainsi, les évolutions réglementaires, mais aussi le renforcement de l'intensité de la concurrence, ont induit une dynamique de fusions, d'absorptions et de rapprochements²³ qui s'est traduite en un mouvement de concentration significative de l'offre , même si le nombre d'acteurs demeure important (cf. Figure 1): on est passé de 1702 organismes en 2001 à 448 en 2019 (dont 310 mutuelles, 103 sociétés d'assurance et 25 instituts de prévoyance). Par ailleurs, les grands groupes ont renforcé collectivement de près de 10 points leur part de marché entre 2011 et 2019, pour représenter en 2019 38 % de ce dernier pour le top 10 et 55% pour le top 20 (cf. Tableau 1).

Tableau 2

Évolution des parts de marché des trois catégories d'opérateurs (2001-2019)²⁴

En % des cotisations collectées

	2001	2006	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mutuelles	60	59	55	54	53	53	52	51	51	50
Sociétés d'assurances	19	24	27	28	28	29	30	31	32	33
Institutions de prévoyance	21	17	18	18	19	18	18	18	17	17

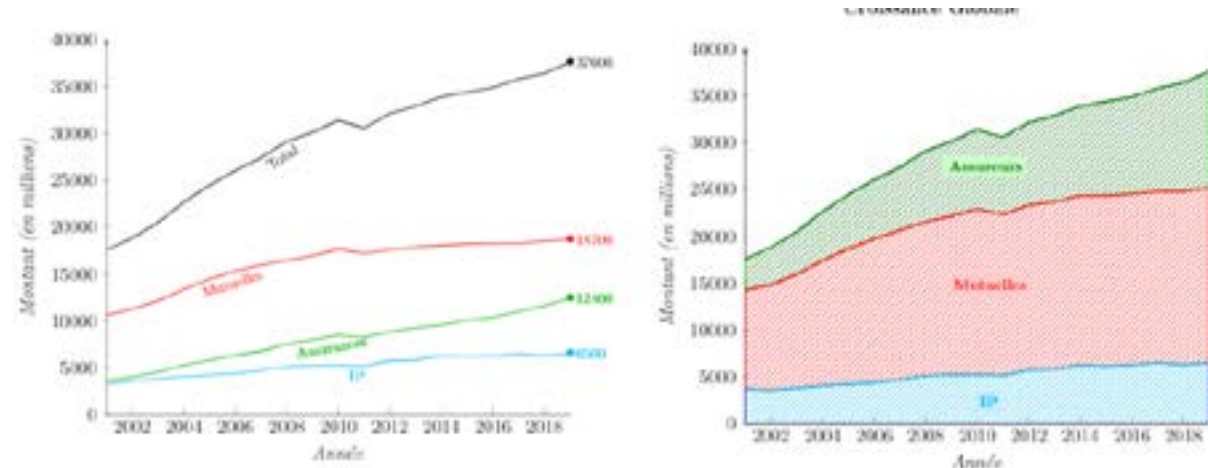
Note : Les parts de marché présentées ici, de source Fonds CSS, peuvent légèrement différer de celles qui peuvent se déduire du tableau 5.3, de source ACPR. La source Fonds CSS est ici privilégiée pour sa plus grande profondeur historique.
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (à partir de 2011) ou à la contribution CMU (avant 2011) perçue au profit du Fonds CSS. Parts de marché en matière de cotisations collectées.
Source : Fonds CSS.

Cette redistribution des parts de marché s'explique principalement par des différentiels très significatifs de croissance des différentes catégories d'opérateurs. Ils ont tous connu une croissance de leur activité, mais à des rythmes et selon un séquençement très contrastés (Figure 3). Les IP connaissent un rythme de croissance très modéré et inférieur à la moyenne sur l'ensemble des 20 dernières années. Les mutuelles voient leur croissance se ralentir à partir de la fin de la première décennie du siècle. Les assureurs bénéficient d'une croissance très forte tout au long de la période.

²³ Prenant la forme d'unions de mutuelles, d'unions mutualistes de groupe ou encore d'unions de groupe mutualiste permettant aux acteurs de coordonner leur stratégie (" La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties", DREES, 2016)

²⁴ Les valeurs annuelles de la période 2001-2010 sont en annexe 1. Les évolutions de cette période sont également analysées et commentées.

Figure 3 :
L'évolution des Parts de Marché des différents types d'organismes de l'AMC²⁵



Source : Fonds CMU

Le paradoxe d'une concurrence administrée

Si l'on peut comprendre la volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé tout en garantissant à tous un accès et même un non-renoncement aux soins, on peut en même temps s'interroger sur le paradoxe qu'il y a à vouloir favoriser la concurrence entre des acteurs dont les pratiques sont très fortement encadrées. Par ailleurs, la logique du très fort encadrement de cette activité interroge dans la mesure où elle tend à limiter la capacité à peser sur les prestations servies alors que les catégories de dépenses de santé concernées sont en partie mal couvertes par l'AMO. On aboutit, comme on le verra plus bas, à des paradoxes, tels que l'augmentation des dépenses d'acquisition de clientèle entre des opérateurs d'assurance alors que l'on cherche à maîtriser les dépenses de santé. Par ailleurs, la combinaison de la concurrence entre complémentaires et de l'homogénéisation de leur prestation n'a pas favorisé la mise en place d'une logique de responsabilisation des assurés (i.e. franchise plus élevées) qui s'accompagnerait de partage avec eux des bénéfices de comportements plus vertueux en matière de consommation médicale (i.e. baisse des cotisations).

Afin de mieux comprendre les paradoxes et incohérences qui caractérisent l'organisation actuelle de l'AMC, on détaille dans ce qui suit la manière dont s'organise et fonctionne le marché en France.

Un marché dual

Deux segments contrastés, animés par des acteurs différents et délivrant des couvertures très contrastées aux bénéficiaires

L'AMC est organisé autour de deux marchés aux modalités de fonctionnement et à l'organisation très contrastés :

- Le marché des contrats collectif, où les contrats sont conclus par l'employeur pour le compte de ses salariés et qui concerne aujourd'hui l'ensemble des salariés du secteur privé.²⁶ C'est un

²⁵ Estimation réalisée à partir des statistiques du Fonds CMU-C

²⁶ Il existe toutefois des catégories de salariés dérogatoires (ayants droit d'un assuré ayant souscrit un contrat de complémentaire santé collectif ou personnel, salariés à temps partiels...)

marché fortement intermédié où la négociation s'organise entre professionnels (employeurs, courtiers, gestionnaires, assureurs) et où la couverture par la complémentaire santé est un élément du dialogue social entre DRH et représentants des salariés à côté d'autres éléments, notamment la prévoyance et la rémunération ;

- Le marché des contrats individuels concerne l'ensemble des autres catégories sociales : salariés du secteur public, étudiants, retraités, indépendants, sans emplois²⁷. C'est un marché très majoritairement désintermédié dans lequel les individus souscrivent un contrat d'assurance directement auprès de la complémentaire. C'est un marché par essence plus hétérogène que celui du collectif puisqu'il concerne des individus relevant de situations socio-professionnelles et d'âge beaucoup plus variés.

La part des contrats collectifs dans les cotisations a crû de manière régulière au cours des dix dernières années pour atteindre près de la moitié des cotisations aujourd'hui (cf. Figure 4).²⁸

Par ailleurs, des couvertures spéciales peuvent concerner des bénéficiaires de ces deux marchés. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé (ACS) permettent sous conditions de revenus²⁹, de bénéficier d'aides de la part de l'État et d'avantages et de règles de tarification spécifiques sur l'offre de soin, avec ou sans cotisations, pour les dépenses de santé globales qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Ces deux couvertures ont fusionné sous le nom de Complémentaire Santé Solidaire³⁰ (CSS) depuis le 1^{er} Novembre 2019. À la fin du 1^{er} trimestre 2021 on a atteint 7,31 millions de bénéficiaires ; dont 5,92 millions n'acquittent aucune participation financière personnelle.^{31 32}

²⁷ Chômeurs qui ne peuvent plus ou ne demandent pas l'extension des garanties de leur droits quand ils bénéficiaient auparavant d'un contrat collectif. Notons par ailleurs que la plupart des contrats, individuels ou collectifs, couvrent les conjoints qui ne travaillent pas et les enfants à charge, avec pour les contrats individuels des tarifications adaptées.

²⁸ La récente progression s'explique surtout par l'ANI mais elle s'inscrit dans un trend démarré au début de la décennie. Cf. Adjedat, 2019

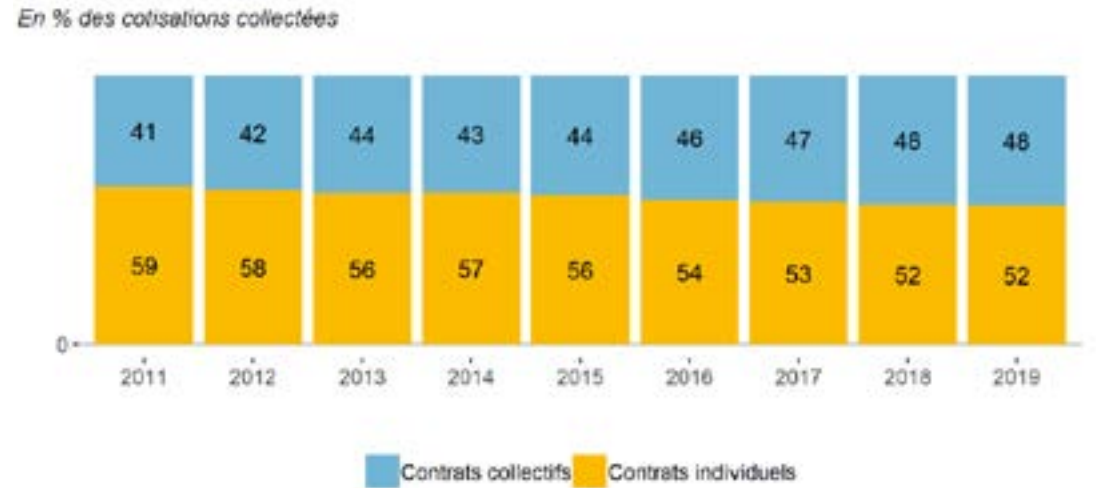
²⁹ Pour la CMU-C, soit 9 032 € pour une personne seule correspondant à 753€ mensuel. Pour l'ACS 12 193 € pour une personne seule correspondant à 1016 € mensuel. (<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/plafonds.php>).

³⁰ Pour l'ACS elle prend le nom de Complémentaire Santé Solidaire payante (CSSP).

³¹ cf. pour ces différents chiffres les informations communiquées par Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire in : <https://www.espace-social.com/complementaire-sante-solidaire-les-premiers-chiffres/#:~:text=Le%20nombre%20de%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20de,29%20millions%20avant%20la%20r%C3%A9forme>

³² Le soutien à l'acquisition des complémentaires santé est à distinguer de la prise en charge par l'AMO des dépenses de santé liés à certaines pathologies graves : l'affectation longue durée (ALD) supprime le ticket modérateur. La prise en charge à 100% de la base de remboursement de la SS concernait 10,7 millions de personnes en 2017 (source : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>)

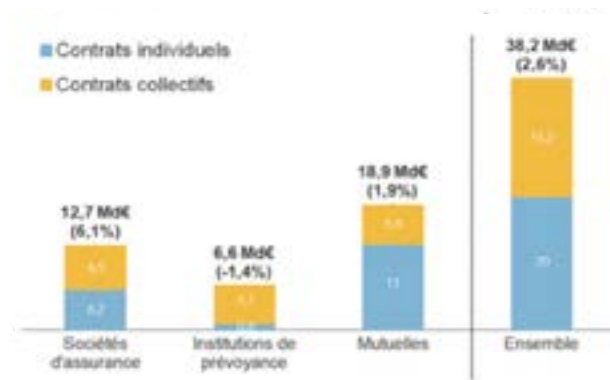
Figure 4
Évolution de la part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations (2011-2019)



Champ : Organismes assujettis à la contribution ou à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.
Source : ACPR, calculs DREES.

Comme évoqué plus haut, le degré d'implication des différents opérateurs d'assurances est très contrasté sur ces différents marchés : près de 70% de l'activité des mutuelles est focalisée sur l'individuel, contre 12% pour les IP, et un peu plus de 50% pour les assureurs dont le portefeuille se rapproche le plus de la structure du marché.

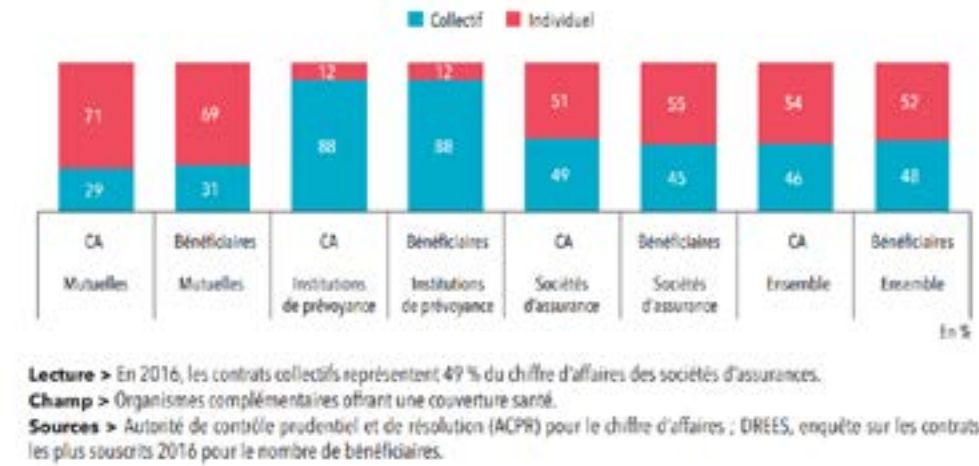
Figure 5
Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations en 2018 par catégorie d'acteurs



Source CTIP, FFA et FNM³³

³³ [https://www.ffa-assurance.fr/etudes-et-chiffres-cles/le-marche-de-la-sante-et-de-la-prevoyance-progresse-de-28-en-2018#:~:text=Les%20parts%20de%20march%C3%A9%20\(individuel,1%20Md%E2%82AC%20de%20cotisations.](https://www.ffa-assurance.fr/etudes-et-chiffres-cles/le-marche-de-la-sante-et-de-la-prevoyance-progresse-de-28-en-2018#:~:text=Les%20parts%20de%20march%C3%A9%20(individuel,1%20Md%E2%82AC%20de%20cotisations.)

Figure 6:
Répartition du chiffre d'affaire et du nombre de personnes couvertes par les contrats individuels et collectifs (2016)



Deux segments de marché aux dynamiques contrastées

On peut noter que si l'on considère l'ensemble du marché, le CA par tête (qui renvoie à la cotisation moyenne) est supérieur dans l'individuel par rapport au collectif (figure 5) alors que, comme on le détaillera plus loin, la couverture des contrats collectifs est sensiblement meilleure que la couverture offerte par les contrats individuels. Cette situation peut s'expliquer à la fois par une organisation de la concurrence plus efficace et aussi par l'âge moyen moins élevé des bénéficiaires de contrats collectifs ; la quasi-totalité des retraités (93% en 2017) étant couverts par un contrat individuel (Fouquet, 2020).³⁴ Cette cotisation moyenne supérieure pour l'individuel ne s'observe cependant pas chez les assureurs, ce qui résulte très probablement de leur stratégie d'écémage du marché visant des actifs jeunes, en particulier les indépendants et les fonctionnaires pour qui une tarification à l'âge est plus favorable qu'une tarification en fonction du revenu.

En termes de parts de marché, le marché de l'individuel est très significativement dominé par les mutuelles qui détiennent 65% du marché, contre 31% aux assureurs et 4% aux IP. A l'inverse, le marché collectif est très équitablement réparti entre les assureurs (36%), les mutuelles (32%) et les IP (31%). (cf. figure 6)

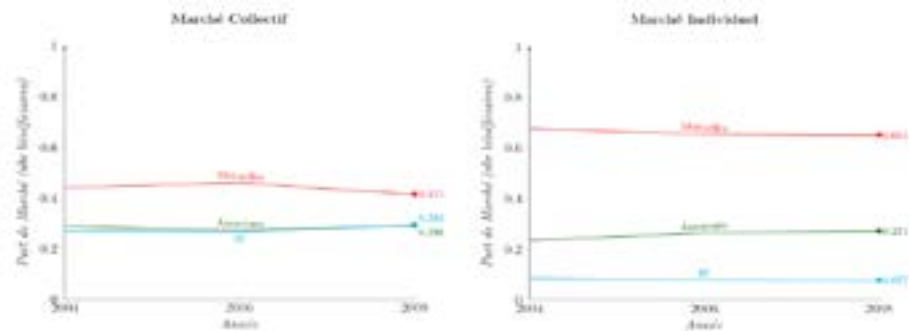
En dynamique, on observe que l'érosion constatée de la part de marché des mutuelles au profit des assureurs (tableau 2 et Figure 3) masque en fait des séquences différentes sur les marchés individuels et collectifs, même si les données dont nous disposons ne sont pas parfaitement comparables d'une période à l'autre : les données 2004-2008 (figure 7) concernent le nombre de bénéficiaires alors que des données en valeur sont disponibles pour la dernière décennie (figure 8). On observe que la répartition du marché individuel entre les trois types d'opérateurs est relativement stable depuis 2012 : la pénétration du marché par les assureurs au détriment des mutuelles a donc eu lieu pour l'essentiel durant la première décennie du 21^{ème} siècle, et les pertes de part de marché sont demeurées limitées (Figure 7). Pour ce qui concerne le marché collectif, on observe au contraire une évolution de la répartition du marché depuis le milieu de la décennie 2010 où les assureurs ont augmenté leur part de marché au détriment des mutuelles et des IP. In fine, la déformation du marché

³⁴Il est difficile de tirer des conclusions certaines sur le fait que les contrats avec les mutuelles se comportent en moyenne comme l'ensemble du marché alors que c'est l'inverse pour ceux passés avec les assureurs (plus chers en moyenne par tête en collectif qu'avec les contrats individuels) dans la mesure où l'on ne sait rien de la qualité relative de ces contrats par rapport à la moyenne du marché. (NB. Le CA/tête permet de rendre compte de la cotisation payée par l'employeur dans le collectif).

au détriment des mutuelles (-10 points) et au profit des assureurs (+ 14 points) en vingt ans (Tableau 2) résulte donc à la fois du gain de part de marché des assureurs sur le collectif et d’une redistribution de la demande de l’individuel vers le collectif où les mutuelles étaient beaucoup moins présentes. La régression de la part de de marché des IP, s’explique aussi du fait de leur perte de part de marché dans le collectif.

Figure 7

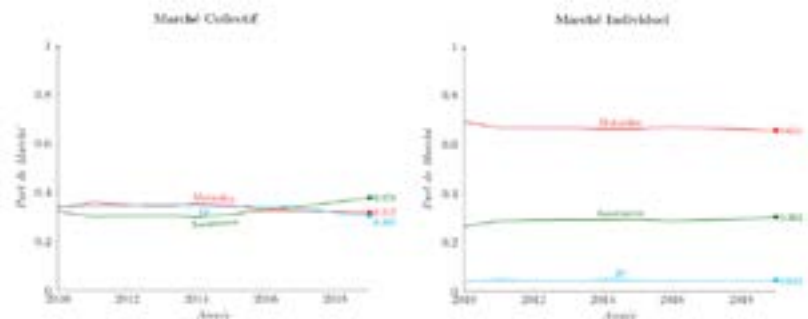
Évolution des Parts de Marché des trois catégories d’acteurs sur les marchés de l’individuel et du collectif (2004-2008)



Source : à partir ESPS

Figure 8

Évolution des Parts de Marché des trois catégories d’acteurs sur les marchés de l’individuel et du collectif (2010-2019).



Source : Rapports DREES : 2011-2020

La rentabilité supérieure du marché individuel

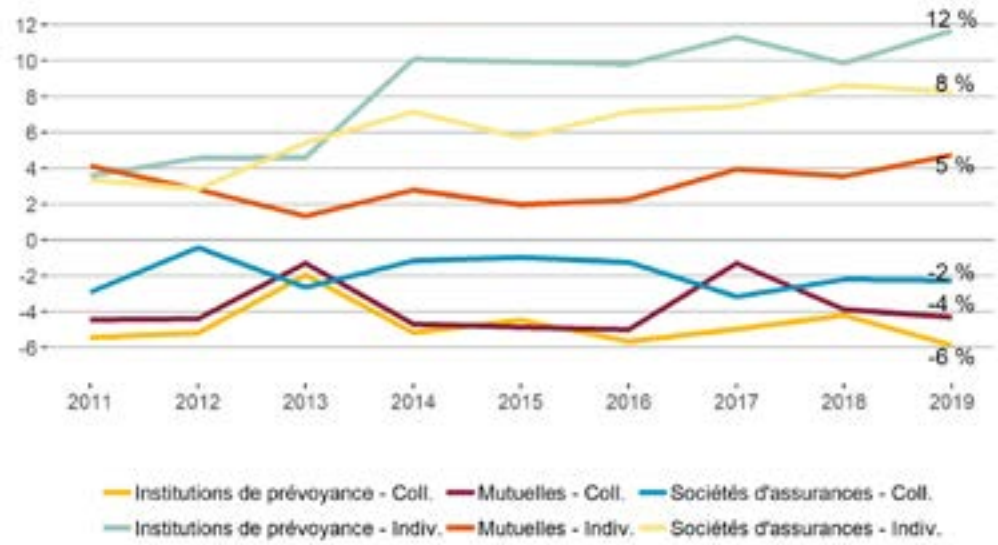
Les deux marchés sont caractérisés par des degrés de rentabilité très contrastées (cf. figure 9). Si l’on analyse les résultats techniques, le marché collectif fait apparaître une rentabilité négative pour l’ensemble des acteurs, alors que le marché individuel apparaît comme dégageant des marges significatives que l’on peut sans doute associer à la complexité pour les assurés d’évaluer précisément la qualité et l’adéquation à leurs besoins des contrats dont ils bénéficient et de comparer les offres entre elles. Ceci explique l’attractivité de ce marché pour les banques et les assurances : des marges de manœuvre existent pour mener de la concurrence par les prix en segmentant le marché sur un marché structurellement croissant et sans risque, caractéristique rare dans l’assurance. En tout état de cause, l’évaluation de l’élasticité prix proposée par Herrera-Araujo, Brousseau et Toledano (2021) semble confirmer à la fois l’existence d’une élasticité significative, et une différence en la matière sur les marchés individuels et collectifs.³⁵ Les différentiel de rentabilité et d’élasticité sont cohérents avec

³⁵ Une augmentation de 1% de la prime réduit la demande sur le marché des particuliers de 1,32%, contre 1,67% pour les contrats collectifs.

l’idée que le degré de concurrence est plus fort sur le collectif que sur l’individuel, même s’il est significatif sur les deux marchés.

Figure 9

Résultat technique en santé selon le type d’organisme et de contrat
En % des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l’ACPR au 31/12 de chaque année.
Source : ACPR, calculs DREES.

Le marché collectif est caractérisé par une plus grande homogénéité de la population couverte et in fine des prestations, même si elles sont négociées employeur par employeur (figure 10). Ces derniers se réfèrent en effet nécessairement à des normes qui s’imposent de facto sur le marché du travail, au moins au niveau des branches et des professions (du fait de la concurrence entre employeurs pour attirer les salariés ; cf. infra). Par ailleurs, les contrats collectifs sont sinon renégociés du moins ajustés annuellement entre assureurs et employeurs. Enfin, les courtiers interviennent pour aider à sélectionner les offres. In fine, le marché est plus transparent et animé par des professionnels : les marges y sont serrées. Le marché individuel plus hétérogène, plus décentralisé, dans lequel une des parties est moins informée, permet de dégager, en moyenne, une rentabilité très supérieure.

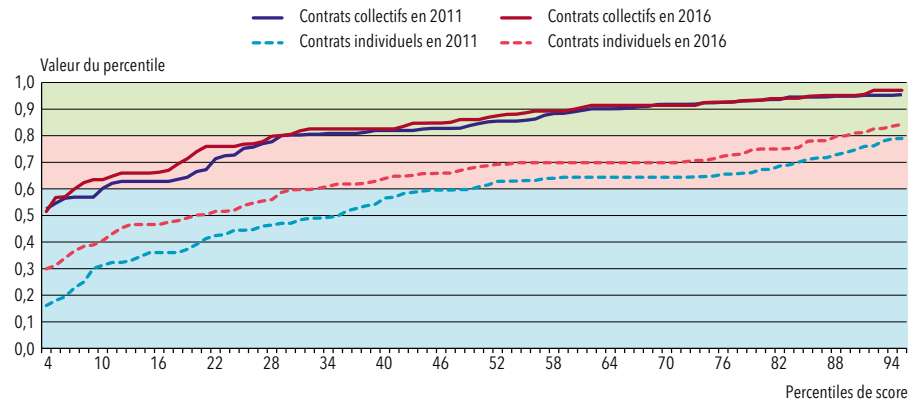
Une couverture plus généreuse dans le collectif

La figure 10 permet, par ailleurs, de visualiser la répartition des niveaux de garanties de la population couverte à partir d’une méthode permettant de classer les contrats en fonction de leurs couvertures des soins non remboursés par l’assurance maladie.³⁶ On observe ainsi à la fois que les garanties des contrats collectifs sont sensiblement supérieures à celles des contrats individuels et que la dispersion est plus forte pour les contrats individuels. En dynamique, lorsqu’on compare la distribution des scores des années 2011 et 2016, on observe que le niveau de couverture s’est très sensiblement renforcé sur le marché individuel, alors qu’il y avait peu de marges de progression en la matière sur le marché collectif. La concurrence semble donc avoir porté sur la couverture sur le marché individuel, tandis

³⁶ La DREES a mis en place une méthode pour classer les contrats selon leur degré de couverture qui s’appuie sur le calcul d’un score synthétique pour chacun d’entre eux. Le score d’un contrat révèle son niveau de remboursement du reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) sur un panier de soins pour un bénéficiaire moyen. Il varie entre zéro (le contrat n’offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et un (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge sur les postes de soins considérés). Cf. Barlet et al. 2019, p. 65 et sq.

qu’elle a porté sur les prix sur le collectif ; en cohérence avec les commentaires qui précèdent sur le différentiel de logique sur les deux marchés qui explique la capacité qu’ont eu les opérateurs à préserver, voir renforcer, leurs marges sur le marché individuel.

Figure 10
Distribution des bénéficiaires selon le score de prise en charge de leur contrat



Note > Les contrats de classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.
Lecture > En 2016, 29 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le score de prise en charge est inférieur à 0,8.
Champ > Bénéficiaires de contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.
Sources > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats ; SNDS-DCIR 2016.

La persistance d’un résultat technique négatif sur le marché collectif a contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale comme le note l’ACPR. Cependant, avec la baisse des taux, c’est dans les réserves qu’il faut aller puiser.³⁷ Par ailleurs les marges dégagées sur le marché individuel permettent aussi aux opérateurs de l’AMC de dégager au plan de leur activité consolidée des excédents représentant en moyenne 4,1 % de l’ensemble des cotisations collectées hors taxe (DREES, 2019). Cela étant, on se trouve dans une situation paradoxale où tout se passe comme si pour permettre aux salariés du privé de continuer à profiter de contrats collectifs très favorables — à la fois parce qu’ils affichent un taux de redistribution très élevé et parce que les cotisations sont payées à hauteur d’au moins la moitié par les employeurs —, les autres catégories d’assurés doivent de manière durable souffrir de taux de redistribution plus faibles. Pour un prestataire donné, cette « subvention croisée » dépend cependant des caractéristiques, notamment l’âge moyen, de sa clientèle individuelle et de son importance relative par rapport aux bénéficiaires de contrats collectifs. A cet égard, assureurs, mutualistes et IP se situent clairement dans des situations contrastées. Ces éléments permettent donc de penser que certains segments du marché individuel demeurent suffisamment attractifs et que des stratégies de niches seront développées pour les occuper avec des portefeuilles de prestations et cotisations adaptées aux besoins spécifiques de différentes clientèles.

Pour tenter de mieux comprendre les facteurs sous-tendant un tel déséquilibre, nous analysons de manière détaillée, le fonctionnement de la dynamique concurrentielle sur les deux segments de marché en commençant par le marché des contrats collectifs.

³⁷ On peut y voir un facteur explicatif supplémentaire du mouvement de fusions et acquisitions des mutuelles puisque certaines structures disposaient historiquement d’importantes réserves.

Des opérateurs aux structure de coûts contrastées

Auparavant, il convient de souligner un dernier élément de différenciation des comportements entre opérateurs de l’AMC sur chacun des deux marchés et qui expliquent pour partie les différentiels de taux de redistribution : il s’agit des frais de gestion. Ces derniers se divisent en trois catégories³⁸ et leur montant expliquent pour une large part le taux de retour pour les assurés — i.e. le ratio prestations versées/cotisations

— qui est très sensiblement supérieur pour les contrats collectifs par rapport aux contrats individuels (i.e.) : plus de 12 points. La différence entre les deux marchés tient pour une large part aux poids des frais d’acquisition (c’est-à-dire aux efforts commerciaux) et aux frais d’administration et autres charges techniques³⁹ qui sont sensiblement plus élevés pour les contrats individuels.⁴⁰ On observe que les mutuelles affichent de mauvaises performances en matière de frais de structure (+ 3 points par rapport à la concurrence), reflet sans doute de l’absence de taille critique pour certaines et /ou de coûts de restructuration suite aux fusions/absorption qui n’auraient pas encore portés leurs fruits. Les sociétés d’assurance affichent des frais d’acquisition sans commune mesure avec ceux de leurs concurrents (+ 6 points), reflet de l’agressivité de leur stratégie de pénétration du marché.⁴¹

Tableau 3
Détail des coûts des différents organismes de complémentaire Santé, en 2017

	En % des cotisations collectées hors taxes					
	Prestations versées	Frais de gestion des sinistres	Frais d'acquisition	Frais d'administration et autres charges techniques nettes	Autres charges	Autres produits
Ensemble	79	4	8	8	0,8	0,5
Mutuelles	78	4	6	9	0,2	0,4
Sociétés d'assurances	75	4	12	6	0,7	0,6
Institutions de prévoyance	85	4	5	6	2,6	0,5
Contrats individuels	73	4	9	9	0,8	0,5
Contrats collectifs	85	5	7	7	0,8	0,5

Lecture > En 2017, les mutuelles reversent à leurs assurés 78 % des cotisations sous forme de prestations et consacrent 4 % des cotisations aux frais de gestion des sinistres. L'addition des chiffres sur une ligne ne fait pas 100 % car : Cotisations – prestations – frais de gestion sinistres – frais acquisition – frais administration et autres charges nettes = résultat technique. Si l'on additionne les cinq premières colonnes et que l'on retire la sixième, on obtient 100 % moins le résultat technique en pourcentage des cotisations collectées hors taxe.
Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle en 2017, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2017 et hors mutuelles substituées.
Source > ACPR, calculs DREES.

Si l’on se place du point de vue des assurés individuels, le taux de retour n’est en réalité pas de 73% mais de 64% des cotisations versées. En effet, pour financer la CSS, les assurés paient en sus de leur cotisation, une taxe de 13,27%. Du côté des salariés bénéficiant d’un contrat collectif, la taxe est également prélevée, mais elle est payée pour partie par l’employeur, au minimum 50%, en moyenne

³⁸ Les frais de gestion des sinistres, correspondent aux dépenses mises en œuvre pour effectuer les remboursements des feuilles de soin et gérer les contentieux. En 2016, ils ont représenté 4,3 % des cotisations, soit 1,5 milliard d’euros. Les frais d’acquisition correspondent aux dépenses opérées pour recruter de nouveaux souscripteurs : publicité, communication, rémunération d’éventuels intermédiaires (courtier, agent général). Selon la DREES, ils se sont montés en 2016 à 2,8 milliards d’euros, soit 7,9 % des cotisations. Enfin, les frais d’administration, regroupent tous les autres frais généraux. Il s’agit des dépenses de modification dans les contrats des assurés, la gestion des réseaux de soins, mais aussi l’évolution des systèmes d’information ou les dépenses liées au respect des exigences réglementaires. Ces frais d’administration se sont élevés à 2,8 milliards d’euros sur l’année 2016, soit 7,8 % des cotisations.

³⁹ Il s’agit de services tels que le tiers-payant, les réseaux de soins, la prévention et l’action sociale.

⁴⁰ Notons aussi que les IP, particulièrement économes sur ces deux postes, sont très présents sur le marché collectif. Cela étant les performances en gestion des IP sont à relativiser du fait de l’importance de leurs « autres charges ».

⁴¹ Pour une analyse détaillée des coûts et des coûts comparés cf. Adjerad (2020)

60%. C'est ainsi qu'un bénéficiaire d'un contrat collectif dont le taux de retour est de 85% recevra au minimum 50% de plus que le montant qu'il acquitte effectivement sur sa cotisation et souvent près du double !⁴²

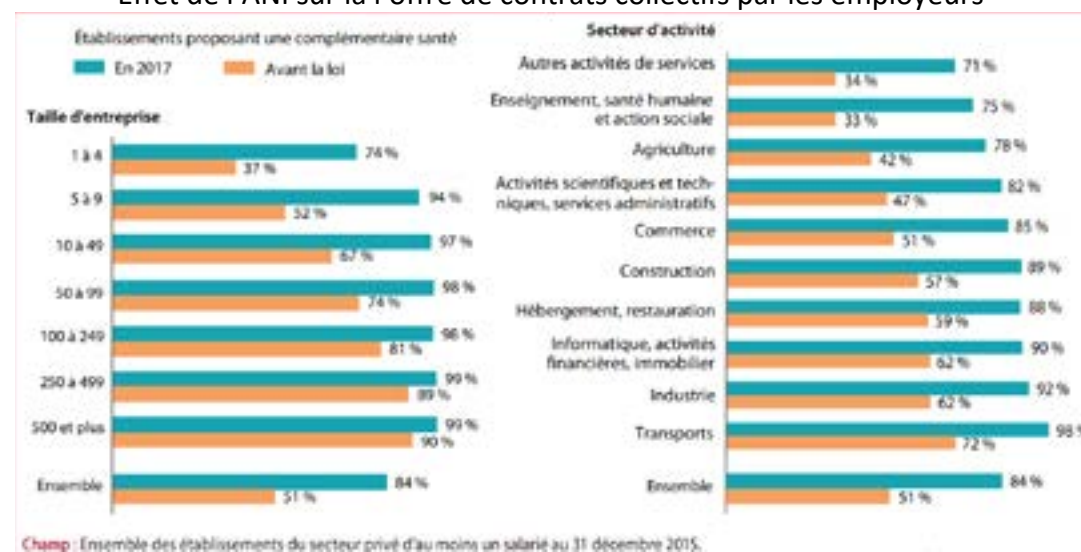
Dans ce qui suit, on analyse la logique de fonctionnement de chacun de ces segments de marché pour tenter de comprendre l'origine de telles inégalités.

La dualité du marché des contrats collectifs

Si le marché des contrats collectifs est celui où l'entrée des assureurs, et partant le développement de la concurrence, a été le plus précoce, cette concurrence s'est renforcée au cours des dernières années avec, tout d'abord, la fin des clauses de désignation, qui l'a introduite sur des segments où elle n'était jusqu'alors pas possible⁴³, mais surtout avec l'introduction récente de l'ANI qui a fait émerger une demande nouvelle émanant pour l'essentiel des PME et TPE ; les grandes et moyennes entreprises ayant une tradition solidement établie d'incorporation de la complémentaire santé dans le dialogue social. En 2017, 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés offrant une couverture complémentaire santé contre la moitié des établissements avant l'ANI. Cette évolution de la couverture des salariés représente une hausse de 22 points par rapport à 2013 avec une forte hausse de la part des salariés les plus précaires (Lapinte et Perronin, 2018).

Figure 11

Effet de l'ANI sur la l'offre de contrats collectifs par les employeurs



Source Enquête PSCE 2017

Les IP et les sociétés d'assurance ont historiquement animé le marché des contrats collectifs. Plus récemment, notamment pour suivre la clientèle ayant quitté le marché individuel du fait de l'ANI, mais aussi parce qu'il s'agit d'un relais potentiel de croissance, les mutuelles se sont montrées plus actives

sur ce marché. Chacun de ces acteurs dispose de clientèles héritées de l'histoire, mais il s'agit d'un marché où la mobilité de la demande entre fournisseurs est forte.

La dynamique d'évolution de la part des cotisations est clairement en faveur des sociétés d'assurances qui continuent d'accroître leur part de marché sur ce marché en croissance et qui ont été en mesure de capter la majorité des établissements ayant nouvellement souscrit une offre complémentaire santé (Lapinte et Perronin, 2018). Les réseaux de distribution des assureurs (et des banques) auprès des PME (et des cabinets comptables qui assurent une partie de la gestion administrative des TPE) expliquent sans doute ce résultat.

Pour comprendre comment les évolutions récentes du cadre réglementaire influencent la concurrence sur le marché, il est important dans un premier temps de décrire ses modalités très particulières de fonctionnement du fait de sa structuration autour de négociations entre professionnels renforcée par la présence d'intermédiaires participant à une optimisation permanente des contrats et des services associés.

Un marché animé par des professionnels et intermédiaire⁴⁴

Les contrats collectifs sont souscrits auprès des assureurs par les employeurs. A l'exception des TPE (cf. infra), les DRH des entreprises négocient avec les représentants des salariés les avantages/coûts des différentes options. La mutualisation étant assurée au niveau de chaque entreprise (pour les grandes) et la « cotisation » étant partagée par les deux parties, la responsabilité semble être de mise dans le cadre de ces négociations internes. Notamment, les représentants du personnel semblent être associés à des efforts de responsabilisation des ayants-droits pour éviter les répercussions négatives que des comportements dépensiers pourraient avoir sur l'évolution des cotisations.⁴⁵ Cette responsabilisation favorise la mise en place, en collaboration avec les assureurs, de mécanismes de contrôle des dépenses (par exemple via des réseaux de soins). Elle peut aussi conduire à plafonner les remboursements de certains types de dépenses.⁴⁶ Elle passe également par des efforts pédagogiques auprès des salariés menés en collaboration par les employeurs et les syndicats.⁴⁷

Les contrats passés avec le prestataire de complémentaire sont en effet audités sur une base annuelle et les cotisations sont révisées annuellement en fonction du résultat de l'année précédente. Les contrats déficitaires — dont la somme des prestations aux assurés et des frais de gestion excèdent les cotisations — font l'objet d'une revalorisation de la cotisation.⁴⁸ Les résultats excédentaires conduisent rarement à des remboursements de cotisation mais permettent de négocier une modération de l'évolution des cotisations ou une extension des services. Par ailleurs, les contrats pluriannuels passés avec les assureurs font l'objet de renégociations et de mises en concurrence régulières de la part des employeurs qui n'hésitent pas à changer de fournisseurs.

⁴⁴ Le marché des contrats collectifs étant fondé sur des contrats de gré à gré entre employeurs, organisme complémentaires et intermédiaires, il ne fait pas l'objet d'une information statistique sur les adhésions à tel ou tel type de contrat type. Pour mieux le comprendre, nous avons mené une série d'entretiens avec les acteurs qui l'anime : DRH, courtiers, gestionnaires, notamment.

⁴⁵ C'est en tous les cas ce qui ressort des entretiens menés avec des responsables des ressources humaines et des courtiers.

⁴⁶ Ceci peut aussi expliquer pourquoi certains salariés souscrivent, à titre individuel, des sur-complémentaires, en dépit de la générosité en moyenne des contrats collectifs. Cette souscription de sur-complémentaires par les salariés du privé s'explique aussi par le coût très faible pour le salarié du régime de base garanti et subventionné par l'employeur (cf. supra).

⁴⁷ Ces efforts sont d'autant plus nécessaires que les contrats hauts de gamme qui sont proposés en moyenne aux salariés des grandes entreprises peuvent avoir tendance à favoriser la dépense.

⁴⁸ Pour autant, cette revalorisation intervient ex-post sur les cotisations de l'année suivante, ce qui peut expliquer qu'en moyenne les contrats collectifs ne sont pas profitables pour les organismes d'assurance complémentaire.

⁴² Pour une cotisation effective de 100 €, un assuré individuel paiera 113,3 et recevra en moyenne 73 € de prestation ; soit un taux de retour effectif de 64,4%. Le salarié paiera de son côté au maximum 56,65 € (s'il paye 50% de la cotisation plus la taxe) et dans de très nombreux cas 45,32 € (s'il paye 40%) et le taux de retour des contrats collectifs de 85% lui garantira une prestation moyenne de 85 ; soit un taux de retour de + 150% (ou 187%) sur sa cotisation.

⁴³ Ces clauses permettaient la mutualisation des risques, notamment dans les branches où les risques professionnels étaient les plus élevés. La fin des clauses de désignation n'est pas sans effet pervers pour les entreprises présentant des niveaux de risque élevé qui ne sont pas attractives pour les complémentaires qui les assurent (Cf. "La fin des désignations, un casse-tête pour la branche de l'assurance", L'Argus de l'Assurance, 2017).

Il est à noter que la complémentaire maladie est un élément sensible dans la politique RH des entreprises, tant pour des raisons d'attractivité vis-à-vis de la main d'œuvre que pour assurer un climat social favorable. En conséquence, les employeurs semblent peu enclins à gérer leurs contrats de complémentaire santé en lien avec leurs autres contrats d'assurance, ce qui ne permet pas aux assureurs de limiter la pression concurrentielle sur ce segment de marché en proposant des packages liants différents produits d'assurance, à l'exception de l'autre élément du dialogue social : la prévoyance. Les petites structures disposent cependant de moins de compétences et de pouvoir de négociation pour procéder à cette mise en concurrence récurrente des assureurs.⁴⁹

Des intermédiaires jouent par ailleurs un rôle clé sur ce marché. Ils assurent deux fonctions : le courtage et la gestion. Ces deux fonctions peuvent être assurées par un même courtier-gestionnaire, ou par des organismes séparés. Dans certains cas, la gestion est assurée par la complémentaire elle-même.

Les courtiers apportent une plus-value aux deux faces du marché. Du point de vue de la demande, leur rôle est de favoriser la découverte et la négociation du meilleur prix pour une couverture donnée en fonction de la convention collective de l'entreprise. Leur connaissance fine du marché, des cotations des risques par les assureurs et des tarifs leur permet également de conseiller l'entreprise dans la construction de sa demande de garanties santé. Du point de vue des offreurs de contrats d'AMC, les courtiers sont les vecteurs principaux d'accès à de nouveaux clients⁵⁰. Ils sont d'ailleurs majoritairement rémunérés par les complémentaires sous forme de commissions.⁵¹ In fine, leur connaissance des besoins des entreprises et de la structure de l'offre est un stimulant essentiel de la concurrence sur ce marché ; d'autant que les employeurs peuvent facilement changer de courtier, ce qui n'est pas le cas des organismes de gestion.

La gestion consiste en la gestion des dossiers de remboursement et autres prestations envers les assurés. C'est une fonction sensible puisqu'elle contribue très fortement à la perception de la qualité de la complémentaire santé par les salariés. Les organismes de gestion ont été fortement incités à mettre au point des plateformes dédiées au suivi des dossiers individuels permettant aux bénéficiaires de réaliser l'ensemble de leurs opérations et de suivre leurs dossiers par voie électronique et leur donnant accès à des plateaux téléphoniques efficaces. Le gestionnaire tend à être le guichet unique et universel d'accès pour les salariés aux mécanismes de financement de leur santé. Changer d'organisme de gestion induit de nombreux ajustements pour les bénéficiaires de la complémentaire (*switching costs*). La relation avec cet intermédiaire « technique » tend donc à être relativement stable. Le gestionnaire assure, par ailleurs, le reporting auprès de l'employeur lui permettant de connaître de manière précise les performances du contrat souscrit afin d'en négocier les modalités d'application avec l'assureur, ou de comparer les différentes propositions contractuelles.

Au total, la dissociation entre les fonctions de gestion et d'assurance sont un élément essentiel de la concurrence sur le marché des contrats collectifs. Le gestionnaire permet à l'entreprise de changer de fournisseur de complémentaire à coût très faible. La rémunération des gestionnaires représente en général près des deux tiers des commissions attachées à un contrat et varie entre 5 et 7%.⁵² Cette

source de revenu pousse les complémentaires à développer de tels services, mais leur attractivité peut être faible pour les employeurs pour les raisons qui viennent d'être évoquées.

La présence des intermédiaires facilite indéniablement la mise en concurrence des organismes complémentaires. Cependant, ces derniers peuvent s'avérer peu attirés par la clientèle des entreprises de petite taille, tant ils exercent une activité marquée par des économies d'échelle au niveau du contrat, notamment pour le courtage. La dynamique du marché des grandes entreprises doit donc être distinguée de celle de celui des TPE et les PME.

Grandes entreprises vs. TPE

La majeure partie des entreprises de grande taille proposent depuis longtemps des couvertures collectives à leurs salariés. Elles bénéficient non seulement de leur pouvoir de négociation du fait du nombre de cotisants concernés, mais également, de leur expertise et de celle des intermédiaires, ainsi que d'une expérience étendue qui leur permet de bénéficier de contrats performants et adaptés à leurs spécificités. Ce segment de marché constitue une part importante du nombre d'ayant droits. Cette demande bien éclairée et la pression concurrentielle pour la capter explique en partie le déficit structurel des opérations de contrats collectif pour les complémentaires santé (cf. figure 9)⁵³

A l'inverse, le pouvoir de négociation des petites entreprises est faible, de même que leurs compétences RH et leur connaissance du marché ; nombre d'entre elles sont des nouvelles venues sur le marché du fait de l'ANI. Elles ont également un plus faible taux de recours à des intermédiaires⁵⁴. Elles ont une préférence pour les offres de services « clé en main » que peuvent leur offrir les complémentaires, source pour l'employeur d'économie de coûts de transaction. Les prestataires de complémentaire santé peuvent de leur côté plus facilement *pooler* les risques de ces petites structures à un niveau relativement agrégé, les petites entreprises n'étant pas en mesure d'auditer les contrats ainsi que le font les grandes entreprises en s'appuyant sur les organismes de gestion. Du fait de la présence limitée des intermédiaires et d'un moindre pouvoir de négociation, la rentabilité de ces contrats devrait être plus forte que ceux proposés aux grandes entreprises. Certains éléments l'indiquent, comme la capacité des employeurs à réaliser d'importantes économies sur les contrats collectifs à l'issue d'opérations de fusions et acquisitions. Toutefois la concurrence très forte à laquelle ce sont livrés les différents organismes complémentaires pour tenter de capter la clientèle apportée par l'ANI a pesé sur les marges ces dernières années.

En synthèse, le marché des contrats collectifs est fortement segmenté entre un marché d'entreprises de grande taille, où le risque est mutualisé au niveau de chaque employeur, et qui s'avère très concurrentiel, et un marché de petits employeurs, sur lequel le risque est géré par l'organisme d'assurance et où la gestion des contrats est plus proche de celle d'un marché de masse. La concurrence y est structurellement moins intense du fait de capacités plus faibles de négociation de la demande.⁵⁵ Ce dernier marché devrait cependant être porteur du développement d'une offre de

⁵³ Selon la DREES, avant l'ANI, la différence de rendement entre grandes et petites entreprises s'expliquait essentiellement par des coûts d'acquisition plus faibles pour les premières que pour les secondes et non par une générosité plus grande des contrats (Cf. Leduc et Montault, 2017). Avec l'ANI, la concurrence pour la capture des nouveaux entrants sur le marché semble avoir dans un premier temps contribué à la dégradation de la rentabilité des contrats s'adressant aux petites structures. Il se peut qu'à terme, cependant, les contrats en faveur des salariés des petites structures deviennent progressivement moins généreux.

⁵⁴ <https://www.argusdelassurance.com/acteurs/merci-l-ani.65788>

⁵⁵ Comme évoqué plus haut, cependant, l'entrée en vigueur de l'ANI a donné lieu à une concurrence intense pour les parts de marché, qui s'est traduite par des dépenses de frais d'acquisition significatives et qui ont contribué à dégrader la rentabilité de ces contrats, avec des conséquences à attendre sur leur générosité à moyen terme. En effet, alors que

⁴⁹ Cependant, du fait de la concurrence pour les parts de marché dans le contexte de l'ANI, il semble que les contrats couvrant les petites structures sont également déficitaires.

⁵⁰ <https://www.argusdelassurance.com/journees-du-courtage-2019/ces-mutuelles-sante-qui-se-dotent-de-cabinets-de-courtage.152190>

⁵¹ Mode de rémunération qui continue à faire débat. Cf. par exemple : <https://www.argusdelassurance.com/les-distributeurs/courtiers/remuneration-des-intermediaires-le-serpent-de-mer-de-l-interdiction-des-commissions-refait-surface.162381>

⁵² <https://www.argusdelassurance.com/marches/produits-services/la-gestion-attise-les-convoitises.52016>

service adaptée aux spécificités de ce segment de la demande. En effet, les salariés des PME-TPE, une fois le type d'activité prise en compte, peuvent présenter une certaine homogénéité de risques et de profil sociodémographique, par exemple au niveau des branches. On peut donc s'attendre à ce que les intermédiaires présents sur le marché du collectif concurrencent les services internalisés des complémentaires santé pour segmenter le marché en mettant au point et commercialisant des gammes de contrats adaptés aux besoins des salariés et de leurs employeurs.

Contrats individuels : segmentation des clientèles et homogénéisation des offres

La compréhension de l'animation de l'offre sur le marché individuel est un élément essentiel pour permettre de comprendre la dynamique du marché. En principe, un système assurantiel a un double objectif : limiter le risque encouru par l'assuré et l'inciter à contrôler son comportement (Dormont, Tirole et Geoffard 2014). Sur le marché des complémentaires santé, il semble que ce double rôle ne soit pas correctement assuré. D'une part, certaines dépenses continuent d'être mal couvertes. Il s'agit notamment de l'hospitalisation en soins de suite et de ré-adaptation et en psychiatrie (Adjerd, 2021) et de certains types de soins dentaires. D'autre part, la concurrence dans le secteur a pu conduire à des comportements inflationnistes sur certains types de dépenses. C'est le cas de l'optique (cf. Herrera-Araujo et Pastré, 2021). La compréhension des dynamiques à l'œuvre est complexe car, pour ce qui concerne la demande, le marché de l'individuel est beaucoup plus hétérogène que celui du collectif. Il est en réalité segmenté entre diverses clientèles : actifs et non-actifs, très jeunes et retraités, fonctionnaires et indépendants, etc. Du côté de l'offre, par ailleurs, on a aussi à faire, beaucoup plus que dans le collectif, à une confrontation entre deux modèles : celui de la solidarité⁵⁶ (essentiellement professionnelle et intergénérationnelle au sein de la fonction publique) contre celui d'une couverture d'un risque de dépenses (en réalité d'un RAC après AMO) pour l'essentiel assez prévisibles et très liées à l'âge.

Une tarification fondée de manière croissante sur le risque individuel au détriment de la solidarité

L'évolution récente du marché est marquée à la fois par une légère progression de la part de marché des assureurs⁵⁷ et par une amélioration de leur résultat technique, qui est par ailleurs deux fois

traditionnellement la générosité et le niveau de subvention du contrat par l'employeur croisse avec la taille, on a observé une augmentation de la générosité des contrats pour les TPE dans la période d'entrée en vigueur de l'ANI (sans que la distribution de la générosité en fonction de la taille n'évolue pour les entreprises de moyenne et grande). Cf (Barlet et al., 2019)

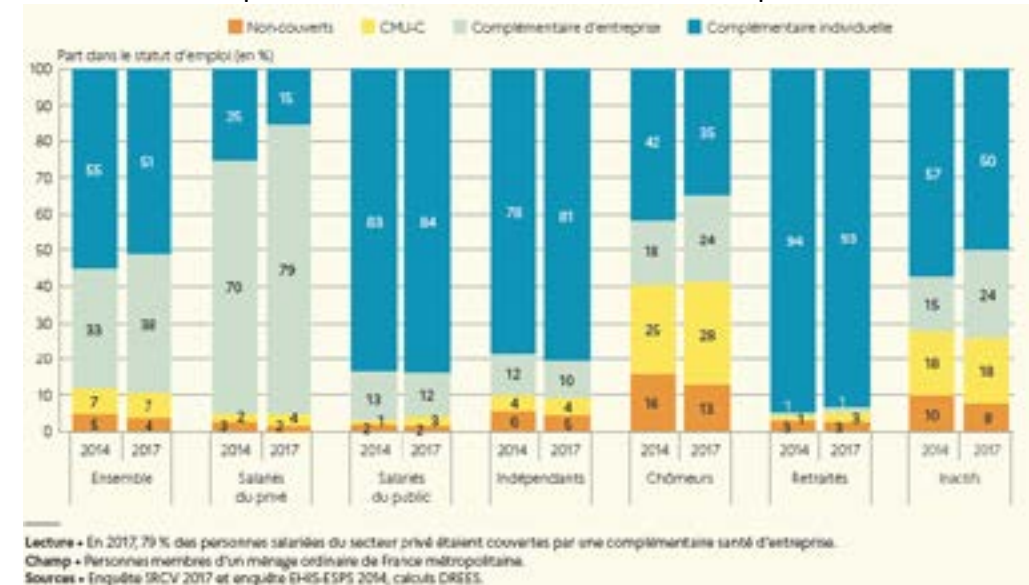
⁵⁶ La solidarité peut en fait s'entendre selon plusieurs modalités : une solidarité entre classe de revenus (en cas de tarification au revenu qui compense la dégressivité du poids des cotisations dans le cas où elles sont indépendantes du revenu) ; une solidarité intergénérationnelle dans le cas où la cotisation est indépendante de l'âge, ou quand elle progresse moins vite que l'espérance de dépenses liées à l'âge ; une solidarité entre malades et bien-portants (qui est de facto généralisée dans le monde des complémentaires santé puisqu'il n'existe pas de tarification liées au risques ni de système de bonus-malus). On parle ici des deux premières formes de solidarité qui sont en pratique assez liées dans les mutuelles de fonctionnaires ; cf. (Barlet et al., 2019)

⁵⁷ Dans un contexte de transfert de l'individuel vers le collectif lié à l'ANI, la réduction en valeur du marché des contrats individuels a été contenue : on observe que le niveau des cotisations des contrats collectifs a augmenté de 11 % entre 2015 et 2017, alors que celui des contrats individuels a baissé de 0,7 % (DREES, 2019). Par ailleurs, il semble que ce soient essentiellement les assurances qui ont réussi à augmenter le volume des cotisations sur les contrats individuels (+ 1,5% entre 2017 et 2018) alors que les autres acteurs ont vu le volume de cotisation stagner (mutuelles) ou régresser (IP) (Source ACP, calculs DREES). Ces résultats doivent être interprétés à l'aune de la dégradation « structurelle » du marché individuel subie par les OCAM du fait du transfert d'une partie des actifs de l'individuel vers le collectif ; alors que les portefeuilles sont très contrastés entre les types d'opérateurs à la fois quantitativement (cf figure 5) et qualitativement (les fonctionnaires étant

supérieur à celui des mutuelles (cf. figure 9). Sur le marché individuel, les IP occupent une place marginale et leur part de marché semble régresser.

Le dynamisme des assureurs sur le marché individuel s'est appuyé sur deux atouts principaux. Tout d'abord, le modèle de tarification à l'âge qu'ils ont utilisé systématiquement avant les mutuelles (Tableau 3), leur a permis d'être attractif pour les jeunes actifs qui se voient proposer des contrats tarifiés de manière favorables par rapport à ceux de certaines mutuelles (qui n'ont pas (encore) adopté une tarification non-redistributive ; cf. infra). Ensuite, ils disposent de réseaux de commercialisation leurs permettant de proposer des offres de complémentaires santé dans le cadre de portefeuille de produits d'assurance. Les mutuelles sont moins en mesure de proposer de telles offres du fait de leur spécialisation historique sur les risques sociaux vs. les autres risques. Cette capacité commerciale est particulièrement prégnante pour les bancassureurs qui utilisent le réseaux de succursales des banques et leur relation de clientèle pour commercialiser leur offre de complémentaires santé en complément d'autres produits assurantiers, d'instruments de crédits, de produits d'épargne et de prévoyance, voire d'abonnement téléphoniques et accès à d'autres gammes de service éloignés du cœur de métier des banques, mais correspondants à des dépenses que les banques peuvent analyser finement afin d'opérer un ciblage de leur action commerciale. Il ne faut pas négliger, par ailleurs, l'hétérogénéité de la demande individuelle. Si les mutuelles disposent d'une bonne implantation auprès des fonctionnaires et des retraités de la fonction publique, les assureurs et banquiers sont les interlocuteurs de tous, et donc des indépendants et des retraités du privé.

Figure 12 :
Couverture complémentaires santé selon le statut d'emploi en 2014 et 2017



La tarification à l'âge pratiquée par les assureurs leur a permis de capter une clientèle marquée par un risque santé plus faible, déstabilisant le modèle économique des mutuelles. Ces dernières couvrent une population plus âgée que la moyenne et nettement plus âgée que la clientèle des assureurs, ce qui, par ailleurs, s'explique en partie par la structure du portefeuille collectif/individuel plus équilibré que celui des mutuelles (Cf. Figure 5). Pour limiter leur perte d'attractivité auprès des jeunes et des actifs, les mutuelles ont été conduites à rapprocher leurs pratiques commerciales de celles des

surreprésentés dans le portefeuille des mutuelles, par exemple). L'ANI a donc eu des impacts très contrastés sur l'équilibre des différents types d'acteurs, au détriment, semble-t-il des assureurs qui ont perdu relativement plus d'actifs cotisant sur le marché individuel.

assureurs : la prise en compte de l'âge et de la localisation est désormais plus systématique.⁵⁸ Cela étant, les assureurs conservent des pratiques sensiblement différentes des mutuelles dans la mesure où les cotisations de certaines mutuelles continuent d'être assises pour une part significative sur le revenu (cf. Tableau 4).

Figure 13
Répartition par âge des souscripteurs, selon le type d'organismes

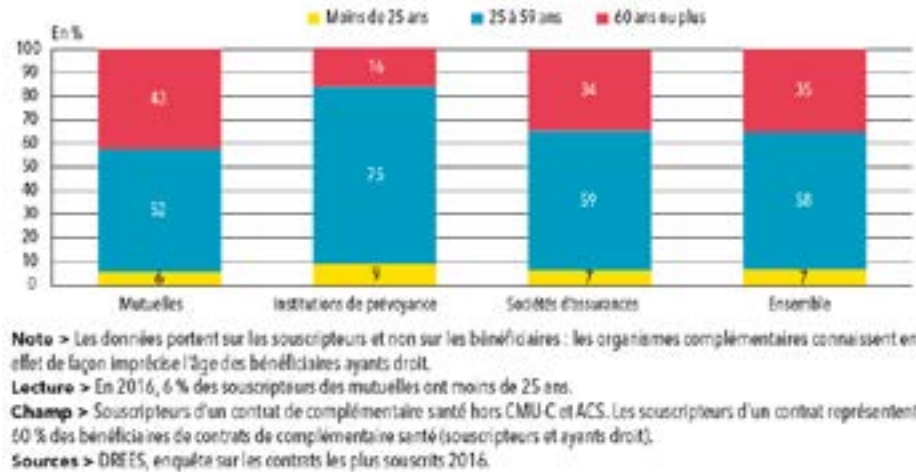


Tableau 4
Évolution de la stratégie de tarification des complémentaires

	En % des personnes couvertes							
	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
Tarif dépendant du revenu	37	38	3	6	0	0	27	25
Tarif indépendant de l'âge	36	3	25	23	0	0	27	3
Existence d'une limite d'âge à la souscription	29	10	78	75	78	47	43	24
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	24	9	0	2	4	5	19	8
Tarif dépendant du lieu de résidence	14	24	69	76	80	85	32	45
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	84	92	93	94	80	76	83	87

Source : DREES, 2019

Cette évolution a une influence directe sur le principe de solidarité intergénérationnelle des mutuelles qui persiste mais s'érode.⁵⁹ Plus précisément il y a deux groupes au sein des mutuelles (Barlet, et al., 2019)⁶⁰ D'une part, les mutuelles dont les pratiques se rapprochent de la tarification à l'âge des sociétés d'assurance. Le ratio entre la prime à 75 ans et la prime à 20 ans est le même que celui des sociétés d'assurance à 3,4). Elles représentent 40 % des assurés à titre individuel. Ensuite, un autre groupe de mutuelles, couvrant 25 % des bénéficiaires de contrats individuels, assure une solidarité des plus aisés vers les plus modestes. Cela conduit aussi à une forte solidarité intergénérationnelle,

⁵⁸ Seules 3 % des personnes couvertes par des contrats de mutuelles paient une cotisation qui ne dépend pas de l'âge en 2016, contre 36 % en 2006. La tarification dépendant du lieu de résidence est passée de 14 % en 2006 à 24 % en 2016 (DREES, 2019).

⁵⁹ Ainsi, seules 3 % des personnes couvertes par des contrats de mutuelles paient une cotisation qui ne dépend pas de l'âge en 2016, contre 36 % en 2006 (Barlet et al., 2019).

⁶⁰ En 2016, Leduc et Mautault proposait d'en identifier trois.

même si elles déploient une tarification variable selon l'âge : le rapport entre la prime à 75 ans et la prime à 20 ans est de 1,5. Ce sont principalement des mutuelles de fonctionnaires.⁶¹

Une segmentation croissante du marché

La tarification n'est pas la seule variable stratégique sur laquelle s'appuie les acteurs du marché pour capter ou défendre des parts de marché. Les complémentaires essaient aussi de répondre à une demande de facto assez hétérogène en proposant des produits ciblés en fonction des dépenses (reste à charge) attendues ; induisant aussi en retour une individualisation renforcée de la demande puisque les assurés ont progressivement compris qu'ils pouvaient chercher à souscrire des contrats en fonction de leur profil de dépenses de santé (ou plus exactement sur leur aversion à un reste à charge élevé). De leur côté, si les évolutions réglementaires ont favorisé le développement de la concurrence en homogénéisant le cadre d'intervention des différents acteurs du marché, elles se sont aussi traduites par une réglementation de plus en plus étroite des produits d'assurance complémentaire à la fois pour tenter de contrôler l'évolution des dépenses de santé et pour homogénéiser et élever le niveau des prestations plancher. Au total, on observe une hausse significative des garanties prises en charge sur la période 2006-2016 par les contrats individuels qui s'explique à la fois par une amélioration de la prise en charge moyenne des contrats, et par une évolution de la structure de la population assurée ; les plus de 60 ans ayant tendance à souscrire des contrats offrant plus de garanties (Barlet et al., 2019).

A l'origine de l'augmentation de la couverture, on peut voir un effet de la concurrence⁶² et de la volonté des complémentaires de répondre aux demandes spécifiques des différents segments de la population des souscripteurs en proposant des contrats adaptés. Si l'on retient une segmentation du marché entre trois niveaux de garanties (correspondant par ordre croissant à des classes allant de 1 à 3)⁶³, on observe que les complémentaires santé ont eu tendance à commercialiser davantage de contrats aux garanties haut de gamme aux assurés individuels (qui sont par ailleurs beaucoup moins bien assurés en moyenne que les bénéficiaires de contrats collectifs). La croissance de la part des contrats haut-de-gamme est l'un des vecteurs de la pénétration des assureurs. Ces derniers proposent, par ailleurs, les contrats les plus haut de gamme (source : données Profideo).

Ce mouvement semble même aller plus loin avec l'émergence d'un étage additionnel de couverture lié à la proposition de couvertures qualifiées de surcomplémentaires susceptibles d'être souscrits soit à titre individuel, soit, si l'entreprise y a souscrit, via un contrat collectif à adhésion facultative. Ces dernières ne sont néanmoins que rarement proposées par les assureurs : la majorité des surcomplémentaires sont associés à des contrats individuels proposés par les mutuelles (6 sur 10) et les IP (3/10). Cela étant la vaste majorité des surcomplémentaires était, en 2017, associée à des

⁶¹ Catherine Pollak, "Éléments de cadrage sur les évolutions récentes du marché de la complémentaire santé" DREES Collège des Économistes de la Santé, 2019

⁶² Conforme à un phénomène connu de *race-to-the-top* des garanties des contrats pour conquérir des parts de marché

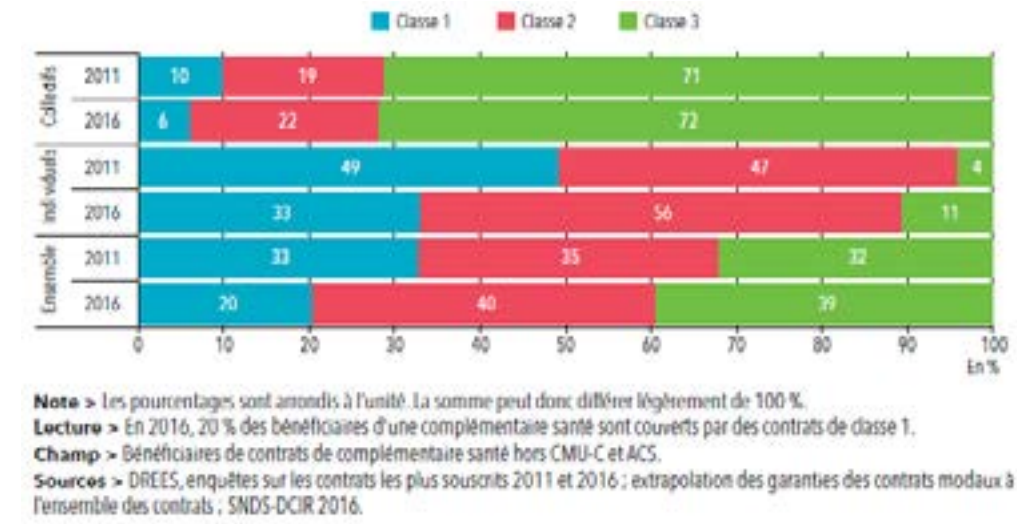
⁶³ La méthode utilisée par la DREES pour classer les contrats selon leur degré de couverture s'appuie sur le calcul d'un score synthétique pour chacun d'entre eux. Le score d'un contrat révèle son niveau de remboursement du reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) sur un panier de soins pour un bénéficiaire moyen. Il varie entre zéro (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et un (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge sur les postes de soins considérés). Les contrats de la classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de la classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de la classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.

Toutefois, le niveau de couverture est une mesure imparfaite de la qualité de la couverture offerte par un contrat. L'accès ou non à des réseaux (dentaires, optiques, etc.) avec des tarifs négociés ou le bénéfice de plateformes de conseils (devis) ne sont pas pris en compte dans leur classement. Par ailleurs, les postes de soins considérés pour établir le score ne sont pas exhaustifs. L'instrument est donc utile sur le plan statistique, mais peu opératoire pour permettre aux assurés de comparer les contrats entre eux, notamment s'ils veulent les rapporter au niveau de leurs risques.

contrats commercialisés en collectif (dans 71% des cas, et concernant un quart des salariés du privé). Dans le collectif, en effet, le faible prix payé par le bénéficiaire pour la couverture « de base » facilite le financement d’une surcomplémentaire. Si seuls 29% des surcomplémentaires concernent des contrats individuels, dans 19% des cas, ces contrats s’affranchissent des contraintes imposées par le cadre des contrats « responsables » : quatre bénéficiaires d’une surcomplémentaire commercialisée en individuel sur dix disposent d’un contrat non-responsable, contre un bénéficiaire sur dix d’une surcomplémentaire commercialisée en collectif (Perronnin, 2019 ; Barlet et al., 2019, p. 84). Il apparaît donc un segment de la demande individuelle très demandeur d’une très forte couverture (au prix de cotisations élevées), alors que la meilleure couverture moyenne en collectif ne suscite pas une aussi forte demande de remboursement sans limite des dépenses de santé. Il semble ainsi que l’outil des surcomplémentaires soit un moyen pour les mutuelles et les IP de cibler une demande qui est bien adressée par les contrats très haut de gamme des assureurs. Leur développement pourrait expliquer la stabilisation des parts de marché de ces dernières années.

Si l’on revient à l’offre de contrat sur le marché individuel, Herrera-Araujo, Qiu et Volle (2021) montrent que la diversité des contrats proposés par les OCAM semble avoir augmenté jusqu’en 2016 avant qu’une tendance à l’homogénéisation marque la période 2016 à 2020. Il n’est pas aisé d’identifier les déterminants de cette évolution globale. Ainsi, bien que l’ANI ait changé la composition de la population couverte par les contrats individuels, il ne semble pas y avoir d’effet sur la diversité des contrats proposés. Les fusions semblent jouer dans la mesure où elles conduisent les OCAM à rationaliser leur offre de contrats en cessant de commercialiser les contrats ciblant les mêmes segments de marché. Par ailleurs, avant 2016, la tendance à l’augmentation de la diversité des contrats semble résulter du développement de contrats proposant des garanties spécifiques plutôt « haut de gamme » (surcomplémentaires, contrats « non-responsables », par exemple) ; cette offre émanant plutôt des compagnies d’assurance. Il convient de noter cependant que l’étude en question porte sur les contrats proposés sur le marché et ne rend pas compte de ceux qui sont majoritairement souscrits par les assurés. Il n’en reste pas moins qu’au total la diversité des contrats proposés demeure très grande et qu’il est difficile de prétendre que la concurrence aboutisse à une homogénéisation favorisant une concurrence en prix. Elle semble plutôt favoriser un ciblage fin des différentes catégories de souscripteurs individuels. Ceci favorise indéniablement les bancassureurs qui disposent d’un actif clé : la capacité à analyser les dépenses et besoins de financement de leur clientèle, ou du moins à les catégoriser finement en fonction de ces éléments.

Figure 14
Évolution de la part des contrats de classe 3 (haut de gamme) entre 2011 et 2016



Une différenciation par les services ?

La capacité des complémentaires à se différencier est cruciale dans un marché où les prestations d’assurance santé stricto sensu sont fortement encadrées par les politiques publiques. Ces dernières années, la capacité à proposer des outils numériques (applications sur smartphone, davantage d’intermédiations, etc…) afin de proposer aux assurés une « expérience utilisateur » plus fluide dans la gestion de leurs dossiers est devenu un vecteur important des politiques des complémentaires santé ; et ce d’autant plus que ces outils numériques peuvent aussi être un vecteur de diminution de leurs RAC et de fourniture de services associés, notamment en aidant les assurés à gérer leurs parcours de soin/sélectionner leurs prestataires de soin. Tous les acteurs des complémentaires santé ont donc développé ou sous-traité la réalisation de plateformes (numériques et de services)

En France, la start-up Alan a même fait son entrée sur le marché fin 2016 à partir d’un modèle fondé sur le numérique. Elle a réalisé plusieurs levées de fond, et des investisseurs de premier rang misent sur son succès⁶⁴. Alan compte actuellement 100 000 adhérents et près de 7 000 entreprises clientes. Sa stratégie repose sur le développement d’une plateforme associée à une application permettant d’accéder à une offre très complète de services autour de la santé, au-delà de la complémentaire : accès à la télémedecine (partenariat avec Livi), recherche de praticiens de santé, outils de prévention, ou encore transmission efficace de l’ensemble des documents de santé. Pour autant, en dépit de succès commerciaux, la jeune pousse a dû abandonner à l’été 2020 l’offre lancée mi-2019 à destination des fonctionnaires et des retraités. La tarification était semble-t-il mal ajustée et la possibilité de résiliation à tout moment⁶⁵ a apparemment favorisé des souscriptions opportunistes pour faire faces à des dépenses de santé coûteuses et ponctuelles.⁶⁶

⁶⁴ <https://www.lesechos.fr/tech-medias/hightech/alan-leve-50-millions-deuros-pour-unifier-le-secteur-sante-119625> et https://www.moneyvox.fr/actu/81567/la-mutuelle-en-ligne-alan-atteint-les-100-000-clients?utm_source=yahoo&utm_medium=portail&utm_campaign=yahoo-actu.

⁶⁵ Plus exactement, la stratégie de pénétration du marché s’est appuyée sur une approche « sans engagement ». La résiliation est possible à chaque fin de mois dès la signature pour les contrats collectifs, et au bout d’un an pour les contrats individuels.

⁶⁶ Un billet publié sur le blog du site internet de l’assureur, le 11 août 2020, annonçait une « pause sur les contrats individuels » (les contrats destinés aux indépendants n’étant pas concernés) en raison d’un rapport primes/cotisations insoutenable de 150%. Les comportements opportunistes consistant à souscrire une assurance pour une courte période afin de faire prendre

Quoi qu'il en soit, la capacité à offrir des services numériques efficaces et à valeur ajoutée est devenue un vecteur clé des stratégies des complémentaires. En fonction de leur taille, mais aussi du développement d'un certain nombre d'offres de services spécialisés, elles choisissent d'internaliser ou d'externaliser ces opérations. Les alliances ainsi que les fusions et acquisitions se formant entre les acteurs de l'AMC s'expliquent en partie par les économies d'échelle et les seuils critiques qu'il convient d'atteindre pour être en mesure de proposer des plateformes efficaces aux assurés.

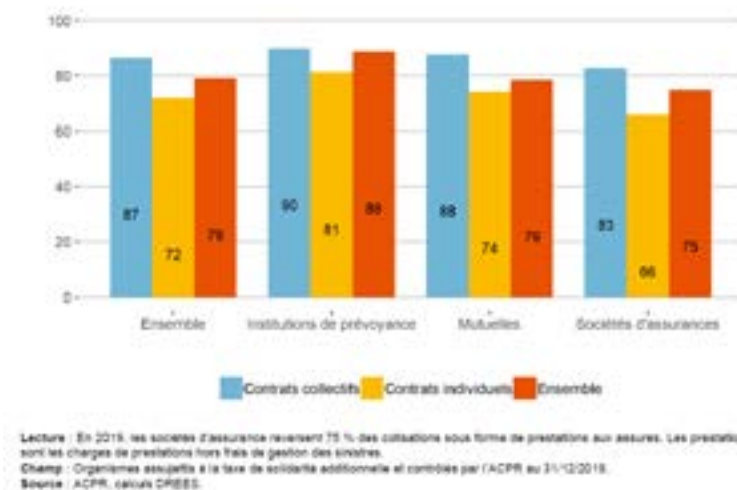
Pourquoi s'assure-t-on, et comment sont choisies les fournisseurs et les niveaux de couverture ?

Sur le marché individuel, il est essentiel de comprendre les mécanismes qui poussent à la souscription puis ultérieurement à la satisfaction des assurés pour comprendre comment l'augmentation du degré de concurrence se traduit en matière de stratégie des acteurs.

La demande s'articule principalement autour des niveaux de remboursement et de la maîtrise des cotisations⁶⁷. Pourtant, l'analyse de la valeur des prestations reçues en contrepartie d'une souscription à une complémentaire santé fait apparaître une performance médiocre du point de vue des assurés. Le rapport entre les cotisations payées par les assurés et les prestations dont ils bénéficient est globalement peu satisfaisant sur le marché de l'individuel : en 2018 il s'établissait à 73% selon la DREES (auquel il convient d'ajouter l'effet négatif des taxes) ; ce chiffre variant d'une année sur l'autre, mais demeurant autour d'une moyenne baissière (cf. figure 16).

Figure 15

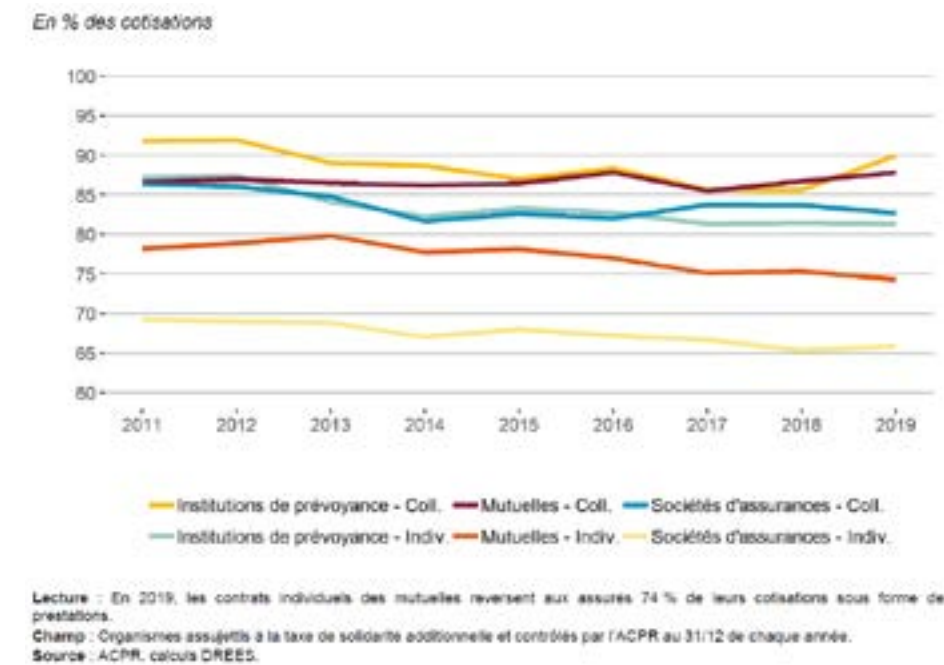
Rapport prestations sur cotisation par type d'organisme et de contrat en 2019



en charge des soins programmés puis à résilier ces contrats, étaient invoqués comme cause principale de cette mauvaise performance. Cet opportunisme a été d'autant plus fort que les méthodes de commercialisation d'Alan (souscription digitale, communication décalée, etc.) ont attirées un public (sans-emplois, salariés bénéficiant de surcomplémentaires) différent de celui qui était ciblé (fonctionnaires et retraités). Selon *l'Argus de l'assurance* (18 août 2020), la tarification de cette offre était trop faible.

⁶⁷ L'enquête OpusLine/Argus montre que ce sont les deux premiers critères pour les usagers pour rester fidèles à leur complémentaire.

Figure 16
Évolution du rapport prestations sur cotisation par type d'organisme et de contrat 2011-2019



On observe, par ailleurs, le très faible taux de redistribution des assureurs (de l'ordre de 65%) qui contraste avec celui des mutuelles qui est nettement meilleur (75%, mais aussi tendanciellement en baisse). Rappelons, par ailleurs, que ces chiffres sont encore moins favorables si l'on prend en considération la fiscalité. Après prise en compte des taxes acquittées par les souscripteurs sur leur cotisation, le taux de retour moyen des contrats individuels d'AMC est de 64,5 % au lieu de 73 % (i.e. 73/113,27) et deviennent de 57 % pour les contrats proposés par les assureurs contre 66% pour les mutuelles ; soit un peu plus de 9 points d'écart qui recouvrent, d'une part, des écarts de marge (près de 6 pts d'écart ces dernières années), d'autre part, des écarts de coûts d'acquisition (+ 6 points) non totalement compensés par des coûts de gestion moindre que les mutuelles (-3 points).

De tels chiffres moyens devraient a priori rendre les contrats proposés par les assureurs non-attractifs. Ce serait sans compter les différentiels de méthodes de tarification de certaines mutuelles (pratiquant une solidarité interclasse de revenu et intergénérationnelle) et les mutuelles et compagnies d'assurance ne le faisant pas. Hauts-revenus et jeunes actifs peuvent individuellement bénéficier de contrats plus attractifs, le cas échéant finement ciblé sur leur espérance de dépense grâce à la prise en compte de l'âge et de la localisation géographique. Le manque d'attractivité d'une partie de l'offre des mutuelles découle donc de la redistribution qu'elles opèrent, et non (uniquement) du différentiel de coûts de gestion en leur défaveur. C'est d'ailleurs la raison qui explique l'évolution de la stratégie tarifaire de nombreuses mutuelles pour conserver leurs parts de marché.

Pour essayer de mieux comprendre ces stratégies et leurs impacts, dans les pages qui suivent, on passe en revue les causes de souscription en se demandant ce que peuvent être les attentes des assurés vis-à-vis du rôle de la complémentaire par rapport à l'AMO et en s'interrogeant sur les déterminants du niveau des garanties souscrit. Notons, encore une fois, qu'en l'absence de données individuelles fines sur les montants des cotisations et des prestations servies par les complémentaires, on en est réduit à déceler des indices à travers des comparaisons de moyennes éclairées parfois par des enquêtes ponctuelles et des observations qualitatives recueillies auprès d'experts et d'opérateurs. Quoi qu'il en soit, dans ce qui suit on s'interroge d'abord sur la demande d'assurance stricto sensu, en se demandant si les individus sont calculateurs rationnels et bien informés ou si leur jugement peut être

biaisé. On évoque le cas échéant les raisons qui peuvent les conduire à ne faire des choix qu'à l'occasion d'événements particuliers (comme un changement de situation socio-professionnelle ou de situation familiale) qui pourrait expliquer qu'une partie d'entre eux sont long-termistes alors qu'il existerait des opportunités à court terme de bénéficier d'un meilleur retour sur leurs cotisations. Cela conduit aussi à introduire une distinction possible entre une demande d'assurance stricto-sensu et une demande de garantie d'accès à des moyens de financement (crédit/trésorerie) pour garantir l'accès aux soins mais aussi à des prestations de confort ou lié aux préférences (esthétiques par exemple) associées à ces derniers. On évoque alors la diversité possible des profils d'assurés et de leurs motivations. Enfin, il apparaît aussi que d'autres éléments que le taux de couverture des dépenses peut être pris en compte par les assurés. En tout état de cause les investissements consentis par les opérateurs pour développer leur offre de service, laisse penser qu'ils ne sont pas indifférents aux modalités de suivi de leurs dossiers et à l'orientation et aux conseils dont ils peuvent bénéficier en matière de parcours de soin et sélection des professionnels de santé.⁶⁸

En France, le taux de souscription d'une complémentaire santé est très important et la non-souscription n'est significative (et en régression) que pour les chômeurs et les inactifs. Dans ces conditions, il est difficile de juger si les phénomènes de risque moral et d'anti-sélection⁶⁹ permettent d'expliquer le comportement des clients des assurances santés. Il semble que lorsque les usagers anticipent des dépenses de santé, ils souscrivent davantage (Chiappori & al. 1998 ; Franc & al., 2016), et les mésaventures d'Alan évoquées plus haut semble confirmer que de tels comportements existent bien. Cela étant, compte tenu des taux de souscription, on peut s'attendre à ce que cela joue notamment sur le choix des niveaux de garantie offert par les contrats (par exemple en passant à un contrat de type 3 de la classification DREES, ou en souscrivant une surcomplémentaire). Dans le même temps, ce que permet d'observer l'information disponible c'est avant tout que le niveau de garantie augmente avec le niveau de revenu de l'individu. Ainsi, même si les mécanismes de solidarité jouent fortement et permettent de couvrir la grande majorité de la population, la contrainte budgétaire apparaît comme un frein à la souscription des contrats des classes les plus élevées. On observe d'ailleurs un taux nettement plus faible de souscription à ces contrats dans l'individuel que dans le collectif.

Le degré d'aversion au risque des individus devrait sans nul doute constituer un facteur clé dans l'acquisition d'une complémentaire. Néanmoins, cela suppose que les assurés connaissent bien la nature de leurs risques — qui dépend de leur état de santé, mais aussi de la manière dont l'AMO couvre les dépenses en la matière — et comprennent comment ils seront compensés par l'organisme d'assurance (qui varie fortement en fonction de la nature des soins, voir des conditions de la prestation et de ses modalités de facturation). Il apparaît que ces deux conditions ne semblent pas remplies, notamment parce que les risques/dépenses couvertes par l'AMC concernent pour l'essentiel certains postes dont les assurés ne perçoivent pas nécessairement la nature exacte en termes de risque et parce que les règles de remboursements des dépenses sont souvent obscures (établies en fonction des plafonds fixés par l'AMO et non en fonction des coûts des prestations que les assurés ne

⁶⁸ Rappelons au passage que ces services sont considérés comme un élément clé de la qualité perçue par les salariés sur le marché collectif et qu'ils constituent le cœur de métier des « organismes de gestion ».

⁶⁹ Risque moral et anti-sélection sont liés aux asymétries d'information entre assureurs et assurés. L'anti-sélection désigne une difficulté/impossibilité d'observer les risques (ou autres caractéristiques cruciales de l'assuré pour l'assureur) et donc le risque pour l'assureur de proposer des contrats trop généreux ou au contraire pas assez protecteurs pour les assurés. Dans le premier cas, l'assureur supporte des pertes ; dans le second les faibles risque ne souscrivent pas de contrat d'assurance, entraînant une perte de CA et, surtout, la perte des clients qui permettent aux assureurs d'équilibrer leur portefeuille de risque. Le risque moral tient au comportement potentiellement opportuniste de l'assuré qui, une fois une garantie souscrite, diminue son effort de protection contre le risque, voir même provoque délibérément le risque. Dans le cas des assurances santé, il s'agit essentiellement de recourir plus que nécessairement aux soins ou de privilégier des soins coûteux au-delà de ce qui serait médicalement justifié et au détriment de l'assureur qui s'est fondé sur une distribution statistique du risque et des dépenses pour établir son niveau de couverture et son tarif.

connaissent pas toujours du fait du tiers-payant). Sur le premier point, il s'avère que les dépenses en matière dentaire, optique, audioprothèses sont largement prévisibles (à la fois en fonction de l'âge et du premier diagnostic). Seules les dépenses liées à l'hospitalisation constituent un risque significatif, mais en même temps sont très largement pris en charge par l'AMO qui couvre plus de 90% des coûts des soins hospitaliers (alors que le risque portant sur l'hospitalisation est souvent évoqué comme une raison de souscription d'AMC)⁷⁰. Par ailleurs, les risques maladie les plus graves sont très largement couverts à 100% par l'AMO.⁷¹ A contrario, les éventuelles pertes de revenus ne sont pas toujours correctement anticipées et le rôle des complémentaires santé en matière de prévoyance n'est pas systématiquement transparent pour les assurés. Il faut ajouter que les stratégies marketing de la part des opérateurs de l'AMC peuvent biaiser la perception qu'ont les usagers du rôle de l'AMC ainsi que le montre, par exemple, ce qui s'est passé sur le marché de l'optique, où la couverture par l'AMC a été utilisé comme un produit d'appel. D'une manière générale, les enquêtes disponibles montrent que les Français sous-estiment la part de remboursement de l'AMO, surestiment celles des AMC et méconnaissent des notions comme celle du ticket modérateur (HCAAM, 2013). Ils ont aussi des difficultés à anticiper comment ils seront remboursés et quel sera leur reste à charge sur chacune des catégories de soins/risques couverts par l'AMC. Il convient de souligner, néanmoins, que des données fines et récentes sur le comportement des assurés, les cotisations qu'ils payent et les prestations qu'ils reçoivent manquent alors que l'on peut supposer que leurs comportements ont considérablement évolué sous l'impact de la concurrence, des efforts d'information en leur faveur, et des évolutions du cadre réglementaire qui a modifié l'offre.

La combinaison du fait que les assurés bénéficient en moyenne de prestations ne représentant que 64,5% de leurs cotisations (taxes comprises) et que la majorité des dépenses couvertes par l'AMC sont en réalité peu risquées⁷² conduit à s'interroger sur le service effectif fourni par les complémentaires santé. D'une certaine manière, elles permettent avant tout un lissage (à court terme) des dépenses de santé couvertes, par ailleurs, relativement marginales dans le total des dépenses de santé, et ne constituent un réel mécanisme de mutualisation des risques que pour une série limitée de dépenses importantes. Par ailleurs, comme évoqué plus haut, le service proposé par les assureurs offre un rendement moyen significativement inférieur à celui des mutuelles sans que cela joue en défaveur des parts de marché acquise par les assureurs. Quels facteurs affectent les choix des assurés quand ils choisissent/changent leur fournisseur de complémentaire santé ? Et comment sélectionnent-ils leur taux de couverture ?

A cet égard il est certainement utile de considérer que les individuels peuvent souscrire dans une perspective non pas court-termiste mais pluriannuelle ; ne pouvant pas, contrairement aux gestionnaires de contrats collectifs, suivre en permanence l'évolution de la concurrence afin de souscrire auprès du plus/mieux offrant. Il est possible que certains assurés, bien qu'ayant conscience qu'ils lissent coûteusement leurs dépenses de santé à court terme, considèrent que le service des complémentaires est néanmoins indispensable sur moyenne période pour faire face à des dépenses lourdes ; avec éventuellement des effets cumulatifs entre des aléas de santé purs et des dépenses optiques/dentaires/audio (dont le niveau mixe aléa et préférences en matière de qualité), alors que s'exerce des contraintes sur les capacités d'épargne ou d'accès au crédit. De tels raisonnements

⁷⁰ Cela étant, comme évoqué plus haut, certaines hospitalisations longues peuvent entraîner des RAC très élevés et constituent indéniablement un risque significatif pour les assurés. A titre d'illustration, pour 5% des adhérents mutualistes, le RAC hospitalier avant AMC atteint 4090€ en moyenne et le remboursement des mutuelles atteint 3 590€ (Source: Observatoire Place de la Santé FNM, 2019)

⁷¹ La prise en charge porte néanmoins sur le seul Ticket Modérateur. Peuvent rester à la charge du patient, le forfait journalier, la chambre particulière, les dépassements d'honoraires.

⁷² L'hospitalisation longue durée est le risque essentiel. Pour le reste les dépenses d'optique, de soins dentaire et d'audioprothèses sont largement corrélée à l'âge et donc relativement aisée à anticiper tant au niveau individuel que par classe d'individus.

peuvent en particulier concerner les familles puisque le nombre de personnes couvertes augmente les risques de "collision" en matière de dépenses. Les personnes âgées, quant-à-elle, peuvent considérer que leurs risques (notamment d'hospitalisation) étant croissants alors que leur date est difficilement prévisible, elles ont peu intérêt à être court-termistes dans l'estimation de leur probabilité de dépenses. Ces exemples illustrent simplement que la demande en matière de complémentaire santé demeure mal connue (des analystes) et mériterait de faire l'objet d'analyse fines dans la perspective de continuer à réguler durablement l'offre. En effet, si on peut comprendre la priorité donnée par l'HCCAM et d'une manière plus générale par les autorités de sante aux objectifs d'équité, il demeure également fondamental d'assainir le fonctionnement du système pour fonder les interventions en faveur de l'équité sur une base d'efficience (et d'effectivité).

De ce point de vue, Ericson et Sydnor (2017) apportent des éclairages intéressants à partir d'observations dans plusieurs contextes nationaux. Tout d'abord peu de personnes ont une bonne compréhension des contrats d'assurance santé. De plus les individus ne sont souvent pas des décideurs actifs ; c'est-à-dire qu'ils « collent à leurs choix initiaux » en matière de contractualisation de complémentaire santé, même si les prix ou les caractéristiques du contrat changent de façon significative. Enfin de nombreuses recherches psychologiques et économiques soulignent la difficulté des consommateurs à choisir lorsqu'il faut comparer de nombreuses options (phénomène qualifié de « surcharge de choix »). L'ensemble de ces facteurs peut expliquer que les assurés peuvent ne pas être capables de faire un choix qui maximise leur utilité espérée, ce qui peut éroder les bénéfices de la concurrence. En tout état de cause, ce type d'analyse est cohérente avec des données d'enquête ponctuelle sur le cas français. Par exemple, il apparaît que 50% des Français n'ont pas changé de mutuelle au cours de ces 10 dernières années ce qui semble confirmer une inertie certaine des comportements.⁷³

Coûts de recherche et de changement

Le degré effectif de concurrence sur un marché dépend de la facilité/crédibilité d'un changement de fournisseur de la part d'un client. Elle peut dépendre de deux facteurs, les coûts de recherche d'une offre alternative (pour le client) et les coûts de changement supportés par ce dernier quand il décide de changer de fournisseur. De nombreuses études empiriques menées dans d'autres secteurs ont montré que même lorsqu'ils sont modestes, ces coûts peuvent engendrer des avantages stratégiques essentiels pour les détenteurs de part de marché car ils induisent des comportements routiniers de renouvellement de leur offre par les clients.⁷⁴ Telles sont les raisons pour lesquelles les nouveaux entrants sur un marché peuvent développer des stratégies de prise en charge de ces coûts pour conquérir de nouveaux clients, tandis que les firmes installées peuvent chercher à augmenter les coûts de départ ; par exemple en offrant des primes à la fidélité. Par ailleurs, la régulation peut jouer un rôle à la fois en augmentant la transparence du marché — telle les obligations de transparence imposées aux complémentaires santé sur le poids des frais de gestion dans les cotisations de leurs assurés — ou en abaissant les coûts de changement — telle la capacité qu'ont désormais les assurés de changer de contrat à tout moment et pas seulement à sa date d'échéance⁷⁵.

En matière de complémentaire santé, les coûts de changement, en première analyse, apparaissent relativement modeste. La base de la souscription est annuelle et les cotisations ne font apparaître ni système de bonus-malus, et les primes à l'ancienneté sont en régression⁷⁶. Pour un client souhaitant

changer de complémentaire, il s'agira essentiellement des formalités à entreprendre et de la nécessité éventuelle de recréer une relation avec son conseiller. Les acteurs des complémentaires santé, à l'image de ce qui se passe dans la banque ou l'assurance en général, prennent soin de proposer des services gratuits de prise en charge des transferts entrants. Le consommateur fait donc surtout face à une barrière "psychologique" de reconstruction d'une relation avec son interlocuteur du côté de la complémentaire et de l'apprentissage éventuel de changement de procédure pour gérer ses remboursements/cotisation. Avec l'avènement du numérique, ces éventuels coûts de changement ont bien évidemment tendance à s'effondrer puisqu'il n'y a plus de relations interindividuelles et que les procédures tendent à être automatisées, du moins gérées à distance.

Du côté des 'coûts de recherche', en revanche, on se heurte à la faible transparence du marché et à la difficulté de comparaison des offres. La bonne compréhension des garanties souscrites, est pourtant cruciale dans la comparaison entre contrats. Or les tableaux de garanties des complémentaires santé peuvent apparaître comme difficiles à lire et interpréter, ne serait-ce que du fait de la complexité intrinsèque du système français de santé (AMO + AMC sur des dizaines de gammes de produits et traitements aux tarifications hétérogènes) mais en plus pendant longtemps les tarifs pouvaient être établis en fonction de bases hétérogènes.⁷⁷ Des efforts ont été consentis ces dernières années⁷⁸, mais des marges de progression restent possibles en matière de clarification de la répartition des remboursements entre assurance maladie obligatoire et complémentaire et les assiettes auxquelles se rapportent les taux de remboursement. Il faut cependant noter la complexité de la tarification des soins (nomenclatures foisonnantes, principes de tarification variables, modulation de tarifs possibles, etc.) qui rend complexe tant la tarification des complémentaires que l'évaluation des restes à charge puisque la prise en charge d'une pathologie peut nécessiter le recours à des gammes de soins et prestations très variées. Les pouvoirs publics ont aussi leur part de responsabilité dans ce manque de lisibilité de l'offre des complémentaires santé. La superposition de législation, l'évolution de la régulation des contrats, ainsi que les changements réguliers de nomenclatures et de niveau de remboursements de la Sécurité Sociale induisent des adaptations fréquentes des règles de remboursements. Au total, les coûts de recherche, qui comprennent le coût d'opportunité du temps, de l'énergie, et de l'argent investi dans la recherche des meilleures offres, sont significatifs et peuvent être dissuasifs pour de nombreux usagers. Ces derniers peuvent, in fine, être sensibles à des argumentaires marketing partiels ; ce qui semble corroboré par les investissements considérables des assureurs en matière d'acquisition de clientèle. A contrario, le manque de lisibilité et de comparaison de l'offre nuit aux stratégies visant à augmenter la qualité ou baisser les coûts. Les acteurs qui

⁷⁷ Ainsi, jusque dans un passé récent, les niveaux de remboursements pouvaient être affichés soit sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) dépendant des taux et du niveau du tarif réglementé de la Sécurité Sociale; soit sur les Frais Réels (FR), c'est à dire l'ensemble du reste à charge encourus par l'utilisateur; soit encore en fonction du Plafonds Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

⁷⁸ En, 2015, 33% des personnes qui souscrivaient comprenaient mal les conditions et remboursement de leur complémentaires (cf. "Les français et les complémentaires santé", IFOP, 2015). C'est précisément pour améliorer la lisibilité de l'offre que les acteurs des CS avaient pris des engagements de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties dans une déclaration, signée en octobre 2010 par toutes les Fédérations de complémentaires santé, sous l'égide de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) (http://www.unocam.fr/attached_file/componentId/kmelia245/attachmentId/227606/lang/fr/name/D%C3%A9claration%20commune%20version%20sign%C3%A9e.pdf). Un engagement central était d'uniformiser le vocabulaire employé, afin d'aider les consommateurs dans leur choix. Selon l'association de consommateurs UFC-Que Choisir, cependant, environ 1/3 (28%) des complémentaires ne respecteraient toujours pas en 2018 le glossaire construit à cette fin, et seul un seuil minimum de clarté était atteint pour un peu plus de la moitié (52%) des opérateurs passés en revue (cf. « Complémentaires santé : Une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive », UFC Que Choisir, Juin 2018). C'est sans doute une des raisons pour lesquelles, un accord de place pour la lisibilité des garanties a été conclu en février 2019 entre le Ministère de la santé et des solidarités, les fédérations d'organismes et l'UNOCAM. Il implique que les organismes complémentaires communiquent des exemples de remboursement en euros et harmonisent les principaux intitulés de leurs garanties. L'UNOCAM a publié, en mars 2021, les résultats d'une enquête sur la mise en œuvre de cet engagement de lisibilité qui confirme une dynamique de mise en conformité de la part d'une large part des organismes représentant une grande part des contrats et des personnes protégées.

⁷³ "L'étude qui interpelle les assureurs", OpusLine/Argus, 2019

⁷⁴ Sur les coûts de changement voir notamment Burnham et al. (2003)

⁷⁵ Avec des nuances, cependant.

⁷⁶ Ils ne concernent en 2016 que 8% des contrats (Barlet et al., 2019)

amélioreraient sensiblement leur rapport prestations/cotisations ne sont pas certains d’en retirer des effets positifs en termes d’acquisition ou de fidélisation de clients.

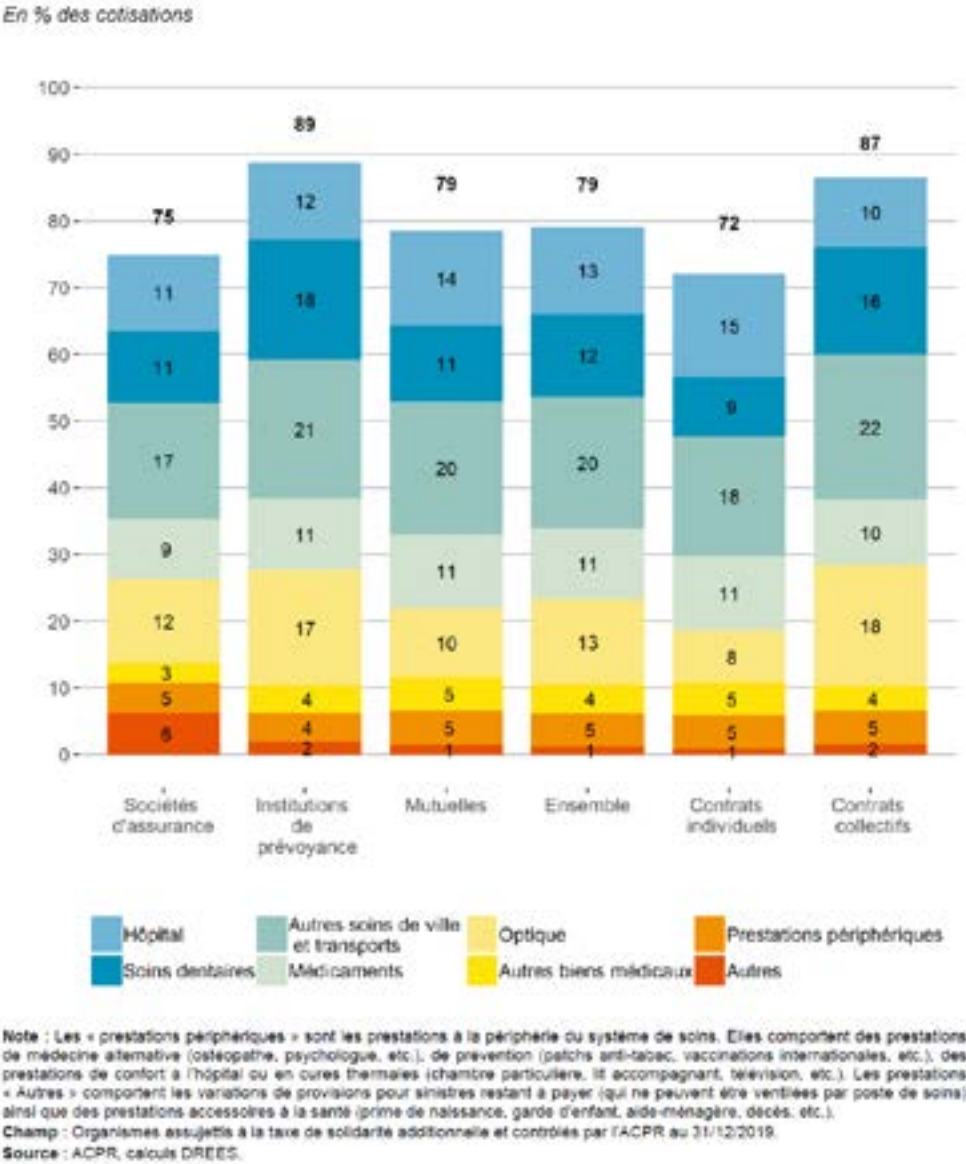
Le manque de lisibilité pour les assurés du retour sur cotisation dont ils bénéficient (Ils bénéficient de cette information ex-post mais vont avoir du mal à comparer le rendement agrégé de leur contrat avec le rendement agrégé d’un autre contrat) combiné à la méconnaissance fréquente des remboursements respectifs de l’AMO et de l’AMC pour les différentes catégories peut conduire à une souscription excessive eu égard aux « risques » réellement encourus, d’autant qu’au-delà de la difficulté de lire les tables de remboursements l’assuré est par ailleurs ignorant de la probabilité d’occurrence de tout ce qui est effectivement risqué, comme le risque d’hospitalisation avec reste-à-charge significatif.

Au passage, on peut aussi noter que cette opacité du marché a un effet contreproductif en matière sanitaire. La complémentaire santé se veut être une barrière contre le renoncement aux soins,⁷⁹ mais l’atteinte de cet objectif implique que les assurés soient informés des tarifs et des remboursements auxquels ils peuvent prétendre et des restes à charge qu’ils devront supporter ; ce qui n’est pas toujours le cas aujourd’hui.

Au total, alors que le nombre et la diversité des offreurs ainsi que l’encadrement réglementaire devraient stimuler la concurrence, le marché des complémentaires santé semble demeurer caractérisé par une opacité certaine pour l’usager moyen, ce qui induit des résultats qui ne semblent pas satisfaisant, notamment en matière de sélection des opérateurs par les utilisateurs (qui ne semblent pas privilégier ceux qui offrent en moyenne les contrats les plus efficaces). Par ailleurs, les résultats techniques positifs et en progression des OCAM sur le marché individuel, confirment que si la concurrence en prix joue indéniablement un rôle, elle est fortement biaisée par la difficulté de perception de la qualité réelle de la couverture assurantielle dont bénéficient les assurés individuels. Ce qui semble jouer, en la matière, est la qualité perçue, alors même que cette dernière peut faire l’objet de stratégies d’influence de la part des opérateurs qui jouent sur des « produits d’appel », des catégories de soin bien remboursées et/ou l’ergonomie de l’interface administrative, au détriment de la couverture du reste à charge moyen espéré. En la matière, les politiques de remboursements en optique semblent confirmer l’existence de telles stratégies chez certains opérateurs (Cf. Herrera-Araujo et Pastré, 2021). On note aussi que les compagnies d’assurance offrent plus de prestations périphériques que les autres opérateurs sans que cela puisse s’expliquer par le différentiel de portefeuille individuel/collectif, par exemple (cf. Figure 17).

⁷⁹ Source : L’Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014, IRDES, octobre 2017

Figure 17
Part des dépenses des complémentaires par postes de santé



Quel avenir pour la régulation et l’organisation du secteur des complémentaires santé ?

Politiques Publiques : un écart significatif entre objectifs et résultats

Comme l’a souligné l’analyse qui précède le fonctionnement actuel du secteur des complémentaires santé et l’encadrement institutionnel qui le détermine sont à bien des égards insatisfaisants. Les objectifs affichés des politiques publiques visent à garantir une universalité et une égalité dans l’accès au soin tout en maîtrisant les dépenses de santé. Pour tenter de les atteindre, un pilotage administratif centralisé est mis en place et les acteurs sont mis en concurrence avec l’idée que le couplage des deux principes va induire une concurrence en prix qui permettra de réduire les coûts.

Si l’on observe les résultats de cette politique, on constate de fortes inégalités, notamment entre les bénéficiaires des contrats collectifs et ceux des contrats individuels et une inflation de certains coûts, notamment ceux d’acquisition de certains assurés. Plus largement, ainsi qu’on l’a déjà mentionné à

plusieurs reprises, les taux de marge orientés à la hausse sur le marché de l'individuel, y compris et surtout en faveur des offreurs en moyenne les moins performants, ne semblent pas aller dans le sens de l'intérêt général. Par ailleurs, l'encadrement étroit de l'offre de contrats, d'un côté, et la limitation de la capacité des acteurs de l'AMC à peser sur les tarifs et la qualité des services des professionnels de santé, de l'autre⁸⁰, tend à limiter la capacité à prévenir certaines dérives inflationnistes en matière de dépenses de santé. Dans la pratique, les mécanismes mis en place par les pouvoirs publics, les stratégies des professionnels de santé pour échapper aux tentatives de contrôle de l'offre de soins, ainsi que la pression concurrentielle à laquelle font face les opérateurs de complémentaires santé limitent fortement les efforts de responsabilisation des assurés en individuel. Dans le collectif, comme on l'a signalé plus haut, la combinaison de l'identification claire des solidarités entre les membres du personnel d'une entreprise donnée (à tout le moins pour les grandes et les moyennes) avec l'implication des partenaires sociaux et des employeurs dans un suivi fin des coûts et des bénéfices des contrats favorisent une responsabilisation des assurés ; d'autant qu'ils s'estiment et sont bien couverts.

Si la concurrence sur le marché collectif semble jouer son rôle, il convient cependant de se poser la question de la soutenabilité du modèle qui ne peut perdurer que parce que les acteurs des complémentaires santé dégagent des marges sur le marché individuel, et aussi parce qu'in fine les employeurs et les pouvoirs publics subventionnent une couverture très généreuse pour les bénéficiaires de contrats collectifs.

Pour ce qui concerne le marché individuel, on ne peut qu'être interpellé par le comportement a priori paradoxal d'une partie des assurés qui souscrivent les contrats proposés par les assureurs alors même que ces contrats sont, en moyenne, moins favorables pour les assurés. Par ailleurs, la complexité structurelle de l'offre semble ne pas permettre à une concurrence saine de s'établir. Bien au contraire, la concurrence pour conquérir, ou défendre, des parts de marché a conduit à solvabiliser une demande pour des prestations qui relèvent plus d'une consommation classique, voire de confort ou ostentatoire, que de santé à proprement parler, permettant à certaines catégories d'offeurs de soins, en optique ou dentaire, notamment, d'extraire des rentes élevées au détriment de l'équilibre du système et de la focalisation de l'attention sur les quelques 'vrais risques' qui demeurent mal couverts ; telle l'hospitalisation pour maladie infectieuse.

Ces constats réalisés grâce à des données agrégées appellent bien entendu des investigations complémentaires pour comprendre les sous-jacents microéconomiques, et le cas échéant comportementaux, des assurés — tant en matière de demande d'assurance que de demande de soins — et des complémentaires santé — dont les modèles économiques et les stratégies commerciales doivent être mieux analysés. De telles investigations sont indispensables pour comprendre la manière dont les différentes parties prenantes s'ajustent aux régulations et à leurs évolutions. Elles sont aussi clé pour comprendre les fondamentaux des comportements des différents acteurs. Compte tenu des dysfonctionnements observés, il n'est pas exclu que l'encadrement institutionnel actuel soit construit sur des représentations erronées des logiques de fonctionnement des différents acteurs qui, rappelons-le, reposent sur des modèles économiques et sociaux contrastés. Ces derniers résultent d'histoires, d'aspirations sociales et de conceptions de la solidarité différentes et il peut être utile d'y revenir pour imaginer les rôles que les diverses parties prenantes pourraient occuper dans un modèle plus cohérent.

Les évolutions institutionnelles observées depuis la fin des « trente glorieuses » correspondent, au fond, à une modification du « contrat social » concernant le rôle des complémentaires santé, hérité du compromis d'après-guerre. Ce dernier concevait l'AMC comme un système de solidarité professionnel ; l'État prenant en charge les catégories non concernées avec un système articulant financement par cotisation et transferts fiscaux. En fin de période, les pouvoirs publics imposent un

modèle dans lequel les complémentaires offrent un service dont une part consiste à lisser les dépenses de santé les moins risquées ainsi qu'à étendre la couverture des dépenses de santé sans peser sur les prélèvements obligatoires. Ce changement de modèle découle bien évidemment de l'extension et de la généralisation de l'AMO, mais il questionne évidemment les raisons d'être des acteurs des complémentaires santé et/ou le rôle qui leur est assigné dans le contexte actuel.

Dans les pages qui suivent, nous développons donc la réflexion sur les investigations qui seraient nécessaire et les pistes de réflexion qui devraient être explorées pour mieux comprendre les dysfonctionnements constatés et proposer des voies d'amélioration de l'articulation entre AMO et AMC et plus généralement pour l'encadrement réglementaire des différents acteurs de l'AMC.

Logique de la concurrence/logique de l'offre

L'analyse de la concurrence dans le secteur ne peut faire abstraction de la diversité des catégories d'acteurs concernés, de leur hétérogénéité juridique, organisationnelle, et en termes de taille, et des spécificités de leurs modèles économiques respectifs. Non seulement leurs fonctions objectives diffèrent, mais en sus l'activité d'assurance maladie n'a ni la même centralité, ni la même logique dans leur portefeuille d'activité. Mutuelles et instituts de prévoyance, contrairement aux assurances et aux banques, se concentrent sur les risques sociaux. A cet égard, leur portefeuille apparaît comme peu diversifié (cf. Figure 1).

La concurrence est clairement subie par les mutuelles et les IP et bouscule leur modèle économique traditionnel fondé sur un principe de « solidarité » (professionnelle). Ces acteurs historiques sont contraints de remettre progressivement en cause leur fonction redistributive intergénérationnelle, de moins en moins viable, accélérant de facto l'érosion de leur attractivité pour les plus jeunes actifs qui ne voient en elles ni des offreurs de produits d'assurance attractifs, ni des acteurs d'une offre de solidarité dont ils pourront bénéficier un jour. En effet, la dépense des personnes âgées augmentant plus rapidement que celle des personnes plus jeunes, même quand les mutuelles pratiquant de la redistribution intergénérationnelle décident d'accroître le ratio cotisation des personnes âgées/cotisation des jeunes, ces dernières ne peuvent s'aligner ni sur le niveau, ni sur l'évolution des cotisations des jeunes chez les assureurs (ou les mutuelle ne mettant pas ou plus en œuvre une redistribution intergénérationnelle significative ; cf. section sur la tarification et Barlet et al, 2009), d'autant que la sur-représentation des retraités dans le portefeuille des mutuelles limite la portée de l'exercice (cf. Figure 13).

Cela étant, au regard de la faible rentabilité du marché — notamment du collectif — et des fortes contraintes réglementaires qui le marque, on est en droit de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les nouveaux entrants ont pénétré ce marché de manière aussi offensive à partir des années 2000.

Les sociétés d'assurances semblent avoir investi le secteur de la santé parce qu'il est apparu comme un moyen de bénéficier d'une source de flux financiers « garantis », utile dans une logique de portefeuille d'activité mélangeant des risques et des rentabilités complémentaires. Les professionnels de l'assurance approchent donc le secteur de la santé comme une source de revenu sûre et en croissance du fait du vieillissement de la population.

Plusieurs éléments expliquent cette approche. Tout d'abord, le risque maladie est gérée avant tout par l'assurance maladie obligatoire et publique, les complémentaires privées ne venant que « compléter » le système sur les dépenses les moins risquées⁸¹. La faible marge de manœuvre des opérateurs privés, est compensée par une faible prise de risque et une stabilité des recettes,

⁸¹ Même si elles jouent un rôle sur toutes les dépenses, il est marginal sur une grande partie d'entre elles.

⁸⁰ Pour un exemple de cette capacité limitée, on peut se référer à l'analyse du marché de l'optique de Pastre (2021)

dépenses, et résultats (affectée néanmoins par les évolutions fréquentes de la réglementation qui constitue in fine le principal facteur d'aléa financier pour les opérateurs). Par ailleurs, si la forte réglementation des produits et son renforcement constant réduisent les marges de manœuvre des acteurs, elles diminuent également les risques de « disruption » du marché par de nouveaux entrants ou des innovations portées par les concurrents. La complémentaire santé assure donc une certaine rente de situation. Par ailleurs, l'assurance santé peut être appréhendée, pour certaines catégories de clientèles — les PME, les indépendants, les ménages aisés, par exemple —, comme un vecteur de souscription à d'autres services plutôt que comme une fin en elle-même. Ce dernier élément pourrait expliquer des stratégies particulièrement ciblées à l'égard des segments concernés. A l'évidence ce point devrait être documenté.

Les banques, quant-à-elles, n'ont pas nécessairement investi ce secteur pour les mêmes raisons que les assureurs. D'une manière générale, elles ont développé une offre de services très diversifiée « à 360° » dans le but de valoriser leurs réseaux commerciaux ; un actif coûteux mais d'une grande valeur en termes de relation et connaissance client. La distribution de produits d'assurance santé apparaît comme simple puisque la réglementation empêche de sélectionner et évaluer les risques. Les barrières à l'entrée sont donc faibles et les banques peuvent au contraire offrir un service sur mesure à leurs clients dont elles connaissent de manière fine le profil en termes de besoin de financement, dont celui de santé en particulier pour ce qui concerne les postes couverts par les complémentaires (cf. infra). Au total, les coûts d'acquisition de la clientèle sont probablement beaucoup plus bas que pour les autres acteurs et le maillage territorial fin de la plupart des banques permet une gestion orientée vers la fidélisation de la clientèle, via des « conseillers » commerciaux au contact permanent de cette dernière du fait de l'offre multi-produits.

Ces éléments peuvent expliquer pourquoi la « concurrence » telle qu'elle est pratiquée n'aboutit nécessairement aux résultats espérés par les pouvoirs publics ; à savoir une homogénéisation des offres des OCAM et une concurrence par les prix. D'où l'enclenchement d'une « spirale » réglementaire dans laquelle les pouvoirs publics tentent d'encadrer les comportements tandis que les acteurs déploient des stratégies pour dépasser les contraintes imposées par cet encadrement.

La dépense de santé : entre nécessité de soins et préférences individuelles

En matière de santé, l'individu fait face à des dépenses pour partie inattendues (maladie, accident) et pour une part prévisible (comme les prothèses dentaires ou auditives ou les équipements de correction de la vue, dont le niveau de recours est largement déterminé par l'âge puis par la nécessité de renouvellement des équipements). L'AMO couvre l'essentiel des premières, et donc ce qui constitue le « risque » santé, même si certaines victimes de ces risques peuvent concentrer des RAC élevés (par exemple en cas de long séjour hospitalier lié à une maladie infectieuse). La seconde catégorie, qui ne représente pas un risque à proprement parler, est couverte par l'AMC, et l'AMO y intervient de manière plus marginale. Cette distinction de couverture dépendant de la nature des risques trouve son origine dans la distinction historique entre le panier « santé » et le panier « maladie » effectué au moment de la création de la Sécurité Sociale.

Au-delà des extrêmes (l'hôpital est pris en charge à 92% par l'AMO et l'optique est prise en charge à 74% par l'AMC), de nombreuses dépenses sont prises en charge de manière significatives par les deux mécanismes. Par ailleurs, certaines dépenses qui, même si elles sont importantes, demeurent à la charge des patients. Ces disparités et l'existence d'anomalies (tels des RAC très élevés sur certaines catégories de dépenses) résultent de l'empilement historique de choix politiques — par exemple pour « responsabiliser » les assurés sociaux ou au contraire remédier au renoncement aux soins sur certains postes — ou de décisions budgétaires — souvent pour limiter la croissance des prélèvements obligatoires — qui ont abouti à des incohérences empêchant le système d'être à la fois efficient, et d'atteindre ses objectifs d'universalité dans l'accès au soin et de maîtriser l'évolution des dépenses.

Pour remédier à ces limites, il serait important de revenir à la nature complexe des dépenses de santé qui peuvent articuler des besoins en matière de soin et de prévention avec des dépenses que l'on peut qualifier de confort ou liés à des préférences individuelles en matière de consommation. La prise en compte de ces différentes dimensions suggère que la distinction « santé vs. maladie » n'est pas suffisante pour aborder le pilotage de la maîtrise et de la socialisation des dépenses. En tout état de cause, une approche trop uniforme (et centralisée) peut s'avérer moins efficace qu'une approche plus décentralisée et fondée sur l'adhésion volontaire à des régimes différents correspondant à des préférences hétérogènes, qui peuvent dès lors être considérés comme légitimes.

Les mécanismes mis en place par les acteurs des complémentaires santé obligent les assurés à choisir des niveaux de garantie pour un panier de prestations donné, ce qui leur interdit de sélectionner « à la carte » de meilleurs taux de remboursements pour certaines gammes de soins ou de dépenses pour lesquels ils auraient des besoins ou des préférences contrastés. A contrario, le système actuel peut pousser les assurés anticipant des dépenses à faire l'erreur de souscrire des niveaux de garanties trop élevées eu égard à leur probabilité effective ou au niveau réel de leurs dépenses de santé ; expliquant en partie la dégradation du rendement des complémentaires individuelles.

Ces éléments renvoient à la question de la nature du service effectivement rendu par les assurances maladies complémentaires : dans quel cas offrent-elles une protection contre des risques et pour quelles catégories de dépenses ne constituent-elles qu'un simple instrument de lissage des dépenses ? Répondre rigoureusement à cette question suppose d'analyser finement les dépenses individuelles sur plusieurs années. Il est probable que la frontière que cela permettrait de tracer entre « assurance », « service financier » et « service à valeur ajoutée » (e.g. aide à la gestion du parcours de soin en lien, notamment, avec la maîtrise de ses dépenses et cotisations) serait fonction de la situation socio-sanitaire de l'individu (âge, catégorie socio-professionnelle, etc.) et que cela pourrait conduire à des offres de produits différenciés en fonction des catégories de dépenses et de leur nature réelle (et donc des « assurances pour les risques » et des « solutions de financement pour les consommations dépendantes de décisions individuelles » à la carte). Le problème, évidemment, est qu'en pratique ces dépenses de natures différentes sont enchevêtrées : d'un côté la prothèse dentaire ou optique est bien un soin nécessaire ; de l'autre leurs dimensions esthétiques et de distinction/insertion sociale font du choix de l'équipement, une décision découlant des préférences individuelles.

La réflexion sur ce qui relève du risque santé mérite, par ailleurs, d'être étendue aux pertes de revenus qui peuvent être associées à des événements liés à la santé et qui, en dehors des accidents du travail, peuvent demeurer mal couverts dans le système actuel de protection sociale.

La prévoyance : une garantie complémentaire aux garanties de la complémentaires santé.

La prévoyance fait également partie de la catégorie des risques sociaux et les acteurs de l'AMC proposent tous des prestations en la matière. S'ils sont soumis à une régulation prudentielle, les prestataires bénéficient d'une liberté contractuelle plus grande, moins encadrée réglementairement⁸². C'est effectivement le cœur de métier des Instituts de Prévoyance (IP) pour lequel l'AMC est un produit joint. C'est également un marché « naturel » pour les assureurs. Ces deux types d'acteurs offrent des prestations de prévoyance qui vont au-delà des risques liés à la santé. En revanche, pour ce qui concerne les mutuelles, la prévoyance demeure une activité marginale, souvent intégrée dans l'offre de complémentaire santé.

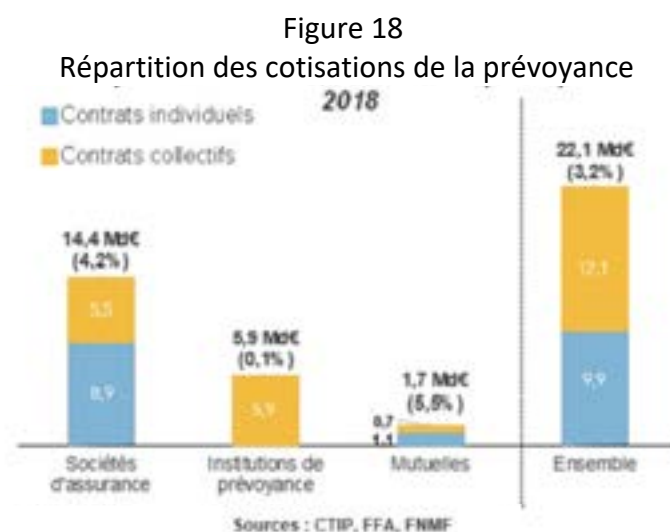
⁸² Par exemple le questionnaire médical est courant pour les contrats de prévoyances où pour un contrat de complémentaire santé cette condition est exclue pour revêtir l'aspect responsable.

Un Français sur deux déclare bénéficier d'un contrat de prévoyance à titre individuel⁸³ : on est clairement face à un risque pour lequel les une part significative de la population n'est pas couverte, ce qui peut constituer un vecteur de croissance pour les acteurs des complémentaires santé, et notamment les mutuelles qui pourraient y voir un domaine ou développer des offres de prestations conformes à leur vocation de solidarité mutualisée.

Ce marché est, à l'instar de celui des complémentaires santé, segmenté entre un marché de contrats collectifs, intégrées par les employeurs dans leur politique sociale et d'attractivité sur le marché du travail, et un marché individuel, caractérisé par un faible développement.

Sur le marché du collectif, la prévoyance couvre les salariés avec, entre autres, des garanties de capital décès, des rentes de conjoint, des rentes d'éducation, des garanties d'arrêt de travail en complément de la sécurité sociale. La prévoyance collective présente un chiffre d'affaires d'à peu près de 12,1 milliards en 2018 partagé principalement entre les assureurs et les IP comme le montre la Figure 18. Le « ratio combiné », qui articule le taux de sinistralité et le taux de chargement, est l'indicateur référence du secteur pour calculer le résultat technique : il doit être inférieur à 100%. Comme dans le cas de la couverture santé collective, le ratio combiné de la prévoyance collective indique que l'activité est techniquement déficitaire.⁸⁴

À l'instar de la manière dont s'organise la négociation des contrats pour les complémentaires santé, il est cependant probable que le marché de la prévoyance (santé) individuelle peut offrir une rentabilité supérieure et que la surface financière des grands regroupements mutualistes est susceptible de permettre une pénétration viable de ce marché. Des investigations approfondies sur la structure des risques pour différentes catégories d'assurés potentiels (fonctionnaires, indépendants, notamment) doivent cependant être menées.



⁸³ <https://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-lassurance-prevoyance>.

⁸⁴ Le ratio combiné était de 104% en 2016. Plus précisément la prévoyance affichait une certaine rentabilité sur le secteur des TPE (ratio combiné de 94%) et un déficit sur les TGE et ETI (ratio combiné de 106%).(Observatoire Actuaris, 1^{er} Mars 2019)

Des mécanismes créateurs d'inégalités.

L'un des objectifs fondamentaux des pouvoirs publics est de s'assurer que chacun des usagers participe selon ses moyens et bénéficie des services nécessaires.⁸⁵ L'AMO est construite en fonction de ce principe central, ce qui n'est pas le cas de l'AMC. La question qui se pose est de savoir si le système tel qu'il est construit renforce ou réduit les inégalités.

On a déjà noté les importantes inégalités créées par les conditions différentes de contractualisation entre les marchés individuels et collectifs, et qui aboutissent à une redistribution des assurés à titre individuel au bénéfice des assurés bénéficiant de contrats collectifs ; phénomène amplifié par des effets fiscaux.

On peut dans ce contexte se poser la question de l'impact de l'ANI sur l'équilibre des OCAM mutualisant les risques sur le marché des contrats individuels. En faisant « sortir » de ce marché des actifs du secteur privé, la réforme a déséquilibré l'équation des complémentaires santé s'adressant aux populations à faible capacité contributive (étudiants, inactifs, chômeurs) ou au plus fort niveau de dépenses (retraités) qui constituent une part importante des souscripteurs de contrats individuels. Le risque sur le marché individuel s'est donc dégradé en même temps que les cotisations unitaires n'ont pu qu'augmenter (cf. note 66), avec des conséquences potentielles sur les aides via la CSS (qui explique sans doute pour partie la croissance du volume de bénéficiaires ces dernières années). Sans évolutions significatives le mouvement de transfert vers les contrats collectifs des fonctionnaires accentuera le déséquilibre et renforcera le besoin de financement de la couverture complémentaire santé par des mécanismes de solidarité.⁸⁶

Il convient de se poser la question de savoir si d'autres inégalités ne peuvent pas être induites par la conception actuelle du système. Dormont & al. (2014) insistent sur l'aspect dégressif en part du revenu des ressources dédiées à la souscription d'un contrat de complémentaire santé. Elle n'est pas considérée par les ménages comme un bien de première nécessité, et la probabilité de couverture croît avec le revenu.⁸⁷ À cela s'ajoute de fortes concentrations du reste à charge sur une faible partie de la population, indépendamment du revenu. Les différentiels d'accès à la complémentaire santé, de même que la probable concentration des contrats de classe 2 et 3 sur les catégories les plus favorisées laissent présager d'un effet amplificateur des inégalités ; à relativiser, cependant, du fait de la mauvaise rentabilité des contrats AMC pour les souscripteurs individuels. Il est en effet possible que les souscripteurs de contrats de classe 3 et de sur-complémentaires aient une aversion très importante au risque et cotisent à des niveaux très élevés par rapport à leur profil de dépenses. Les conséquences effectives de ces différentiels méritent très certainement des investigations approfondies pour attester ou non de la présence d'effets pervers en matière d'inégalités ou de consommation de soins.

De la même façon, la question des impacts des surcomplémentaires peut être posée. N'aboutissent-elles pas à des inégalités financées par des subventions croisées pratiquées par les assureurs entre catégories de souscripteurs, à l'instar ce que Dormont (2019) a mis en évidence dans les systèmes néerlandais et allemands où deux « étages » d'assurance offerts par les assureurs permettent à ces derniers de subventionner l'étage supplémentaire bénéficiant aux bas risques, grâce à une surtarification de l'accès à l'étage de base bénéficiant à tous ?

⁸⁵ Le principe d'égalité d'accès aux soins est inscrit dans le préambule de la constitution de 1946 (Points 10 et 11)

⁸⁶ Par ailleurs, les fonctionnaires étant significativement sur-représentés dans le portefeuille des mutuelles, l'équilibre de ces dernières sera probablement menacé, comme l'a été l'équilibre des assurances avec l'ANI (cf. note 57)

⁸⁷ Dourgnon P., S. Guillaume et T.Rochereau (2012) montrent que dans les 20% des ménages les plus pauvres 8,5% n'ont pas de complémentaire santé là où, pour les 20% les ménages les plus riches seul 2% n'en ont pas. Ces chiffres datent évidemment puisque depuis ces travaux de nombreuses mesures ont été prises pour couvrir ou assurer les dépenses des moins aisés comme on l'a évoqué plus haut.

Au total, les conséquences effectives sur l'accès au soin des contrats mis en œuvre, y compris les effets inflationnistes que peuvent avoir certaines couvertures sur-complémentaires, doivent être analysés pour mieux appréhender les éventuels effets pervers de la concurrence telle qu'elle est administrée dans le secteur des complémentaires.

Les potentialités d'une gestion plus décentralisée et responsable

L'un des objectifs affichés par les pouvoirs publics, et qui fait aussi l'objet d'un consensus, est celui de la maîtrise des dépenses de santé ; notamment quand il s'agit de cette partie des dépenses où les bénéficiaires de l'offre de soin font des choix individuels relevant du confort ou des préférences personnelles en matière de consommation (optique, dentaire, audioprothèses, etc.). Il s'agit de secteurs où, du côté de l'offre de soins, des rentes ont été créées et où une régulation centralisée de l'offre et de la tarification des produits s'avère en partie inefficace du fait de la très grande diversité des produits et options, de celle des pathologies, des inégalités territoriales, du nombre d'intervenants, des stratégies qu'ils mettent en place pour s'accommoder, voir contourner, le cadre réglementaire et optimiser les opportunités qu'il présente. Dans le même temps, les expériences que constituent les efforts de responsabilisation des assurés dans certains contrats collectifs, et plus encore celle des intermédiaires qui se sont spécialisés dans l'organisation de « réseaux de soins » montrent qu'une autre voie que la réglementation est praticable en s'appuyant sur l'information que peuvent collecter les usagers et les acteurs des complémentaires santé, ainsi que sur la capacité de ces derniers à organiser l'action collective des premiers, pour mieux maîtriser, en coopération avec l'offre de soin, une organisation efficace de cette dernière et des mécanismes sains et moins coûteux de financement de ces catégories de dépenses. Cela supposerait que les pouvoirs publics se désengagent de la gestion des catégories de soins où l'AMO ne joue à juste titre qu'un rôle marginal ; cette dernière se concentrant alors sur l'amélioration des prestations en matière de maladie et prévention offertes aux catégories d'usagers qui ne peuvent ou ne souhaitent pas financer la composante « consommériste » de la demande de service de santé. Bien entendu, des aménagements organisationnels devraient être mis en place pour éviter les effets socialement stigmatisant d'une offre à « deux vitesses ». En même temps, il est sans doute pédagogiquement utile de faire comprendre aux usagers qu'il existe une dimension ne relevant pas de la santé dans l'offre de soins concernée et que cette dimension n'a pas nécessairement de raison d'être subventionnée par la collectivité du fait des effets pervers que cela induit sur l'évolution des dépenses.

L'autre élément qui doit être clarifié/pris en compte dans l'évolution du système est la nature des (vrais) risques qui doivent relever de l'AMO par rapport à ceux qui pourraient relever d'une AMC soucieuse de la prise en compte des préférences/degré d'aversion au risque et des différentiels d'exposition individuels. S'il paraît clair que les dépenses de soins liées aux accidents et à la maladie doivent plutôt relever de l'AMO, il n'en va pas nécessairement de même pour ce qui relève de la prévoyance. En la matière les individus peuvent avoir des préférences contrastées du fait de leur situation professionnelle, patrimoniale, de leurs préférences en matière d'épargne et de protection contre le risque. De la même façon, ils peuvent aussi avoir une préférence pour améliorer leur confort en cas d'accident ou de maladie (de la chambre isolée à l'hôpital à l'équipement du domicile). Ces éléments relèvent plus logiquement de l'AMC que de l'AMO et les acteurs de l'AMC pourraient clairement développer des contrats et animer une organisation responsable de l'offre de services. Les évolutions démographiques comme les conséquences de la crise sanitaire encouragent certainement une prise de responsabilité en la matière.

De telles évolutions, permettraient à la fois de créer des vecteurs potentiels de croissance et d'innovation s'appuyant sur la différenciation entre différents modèles économiques et sociétaux, et participeraient d'une restauration de la légitimité d'une offre de service privée à côté du système public de solidarité et de couverture maladie obligatoire.

Bibliographie et sources :

- Adjerad, R. (2019). « Rapport 2019 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », *Rapport*, DREES.
- Adjerad, R. (2020). « Rapport 2020 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », *Rapport*, DREES.
- Adjerad, R. & Courtejoie, N (2021). « Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie », *Études et Résultats*, 1192.
- Adjerad, R. & Montaut, A. (2019). « Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social », *Études et Résultats*, DREES, , 1101.
- Barlet, M., Beffy M., & Raynaud, D. (2016). « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016 », *Panoramas de la Drees - Santé*, 102 p.
- Barlet, M., Gaini, M., Legal, R., Gonzalez (dir), L., Lapinte, A., & Pollak (coord), C. (2019, avril). « La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties », *Panoramas de la DREES*, édition 2019.
- Buchmueller, T.C., Couffinhal, A., Grignon, M. & Perronnin, M. (2004). « Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France », *Health economics*, 13(7), pp.669-687.
- Burnham, T.A., Frels, J.K. & Mahajan, V. (2003), "Consumer switching costs: A typology, antecedents, and consequences." *J. of the Acad. Mark. Sci.* 31, 109
- Célan, N. & Rochereau (eds), T. (2017). « L'Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », *IRDES*.
- Chadelat, J-F. (2016). « Histoire des complémentaires maladie », *Regards*, p. 35-44.
- Chiappori, P.A., Durand, F. & Geoffard, P.Y. (1998), « Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a French natural experiment », *European economic review*, 42(3-5), pp.499-511.
- Domin J.P. (2020) « Le rôle de la Loi du 31 décembre 1989 dans la construction du marché de l'Assurance Maladie Complémentaire », *RECMA*, 2020/3 N° 357, pp 52-65
- Dormont, B. (2019) « Supplementary Health Insurance and Regulation of Healthcare Systems », *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*.
- Dormont, B. (2021), « La conduite des dépenses de santé en France : comment sortir des impasses ? », in T. Barnay, A.-L. Samson, B Ventelou (eds), *Le Système de Santé Français Aujourd'hui : Enjeux et Défis*, Eska, pp. 43-63
- Dormont, B., Geoffard, P. Y. & Tirole, J. (2014). « Refonder l'assurance-maladie », *Notes du conseil d'analyse économique*, (2), 1-12.
- Dourgnon P, S. Guillaume et T.Rochereau (2012): "Enquête sur la santé et la protection sociale 2012", *Les rapports de l'IRDES*, no 1886
- Dourgnon, P., Guillaume, S. & T.Rochereau, (2012). "Enquête sur la santé et la protection sociale 2012", *Les rapports de l'IRDES*, no 553.
- DREES (2016) Enquête sur les contrats les plus souscrits, DREES

- DREES (2020) « Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018 » N° 1142, Février
- DREES (2020), « *La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)* », in *Minima sociaux et prestations sociales*, édition 2020, Fiche 39 : p. 274.
- DREES (2020), Les dépenses de santé en 2019, DREES
- Einav L, Finkelstein A., (2011), "Selection in Insurance Markets: Theory and Empirics in Pictures", *Journal of Economic Perspectives*, 25: 1, pp. 115–138
- Ericson, K.M. & Sydnor, J. (2017). The questionable value of having a choice of levels of health insurance coverage. *Journal of Economic Perspectives*, 31(4), pp.51-72.
- Eurostaf (2012), « Le marché français de l'assurance santé complémentaire en 2012 », *Etude Eurostaf, Coll. Perspectives Stratégiques et Financières*
- Fouquet, M., (2020), « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », *Etudes et Résultats*, DREES, N° 1166, Octobre
- Franc C. et D. Raynaud, (2021), « Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ? » in T. Barnay, A.-L. Samson, B Ventelou (eds), *Le Système de Santé Français Aujourd'hui : Enjeux et Défis*, Eska, pp. 83-104
- Franc, C., Perronnin, M. & Pierre, A. (2016). « Supplemental health insurance and healthcare consumption—a dynamic approach to moral Hazard », *Health economics*, 25(12), pp.1582-1598.
- Gibaud B. (1990) « Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire » (commentaire), *Sciences sociales et santé*. Volume 8, n°1, pp. 15-20;
- Grignon M et R. Sitta, (2003) « Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi ? Une étude longitudinale réalisée à partir de l'enquête ESPS 1988-1998 », *Questions d'économie de la santé, Bulletin d'information en économie de la santé*, N° 64, Février 2003
- HCAAM (2008) Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Juillet 2008
- HCAAM (2013), La généralisation de la couverture complémentaire en santé, annexée au Rapport Annuel du HCAAM.
- HCAAM (2021), « La place de la complémentaire santé et prévoyance en France », *Document de travail du HCAAM*, (janvier)
- Herrera-Araujo D., J. Qiu, A. Volle (2021) "Endogenous product differentiation: an application on health insurance markets in France", WP, Governance & Regulation Chair, Université Paris-Dauphine|PSL, octobre
- Herrera-Araujo D., L. Pastré, L. (2021), « La distribution d'optique médicale et les complémentaires santé », *GovRegNote*, Université Paris-Dauphine|PSL, septembre
- Herrera-Araujo, D., E. Brousseau, J. Toledano (2021) "Demand for complementary health insurance in France is elastic", WP, Governance & Regulation Chair, Université Paris-Dauphine|PSL, octobre
- HURIET C. (1989), Rapport du Sénat fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, par M. Claude HURIET Sénateur, annexe au procès-verbal de la séance du 25 octobre 1989.
- IFOP, (2015), Sondage sur les Français et les complémentaires santé,

- Jess, N. (2015)). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. DREES, *Études et Résultats*, 944, décembre
- Lapinte A., Perronnin M. (2018), « 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 236, Juillet-août
- Leduc A. et A. Montaut (2016), « *Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels* », *Etudes et Résultats*, N° 972, DREES, Septembre
- Leduc A. et A. Montaut (2017), « Complémentaire santé : les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés », *Etudes et Résultats*, N° 992, DREES, Janvier
- Perronnin M. (2019), « *L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017* », *Les rapports de L'IRDES*, n° 572, novembre.
- Pollak, C. (2019). « Éléments de cadrage sur les évolutions récentes du marché de la complémentaire santé », *Collège des Economistes de la Santé*, récupéré de <https://www.ces-asso.org/diaporamas-de-la-19eme-matinee-thematique-la-concurrence-sur-le-marche-de-la-complementaire>
- UFC-Que Choisir, Complémentaires santé : une lisibilité en berne, des frais de gestion à la dérive, UFC-QUE CHOISIR-Service des études, (2018).

Sites internet consultés (par ordre d'apparition dans le texte).

- Raymond Belly, père des caisses chirurgicales mutualistes. (s.d). *FNMF*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/serie-dete-saison-3/raymond-belly-pere-des-caisses-chirurgicales-mutualistes/>
- Ordonnance n° 2001-350 du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité et transposant les directives 92/49/ CEE et 92/96/ CEE du Conseil des 18 juin et 10 novembre 1992. (16/12/2005). *Legifrance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005630884/2020-09-20/>
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. (01/11/2019). *Legifrance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000198392/2020-09-21/>
- Les chiffres de la complémentaire santé : contrats collectifs ou individuels, mutuelles et assurances, postes de soins et garanties. (03/04/2019). *Prévisima*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.previsima.fr/actualite/les-chiffres-de-la-complementaire-sante-contrats-collectifs-ou-individuels-mutuelles-et-assurances-postes-de-soins-et-garanties.html>
- Plafonds d'attribution de la Complémentaire santé solidaire et de l'AME. (02/04/2020). *Fonds de la Complémentaire santé solidaire*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/index.php>
- Complémentaire santé solidaire : les premiers chiffres. (08/06/2020). *Espace Social Européen*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.espace-social.com/complementaire-sante-solidaire-les-premiers-chiffres/#:~:text=Le%20nombre%20de%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20de,29%20millions%20avant%20la%20r%C3%A9forme>
- Prévalence des ALD en 2017. (15/12/2020). *L'Assurance Maladie*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>

La fin des désignations, un casse-tête pour la branche de l'assurance. (05/05/2017). *L'argus de l'assurance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.argusdelassurance.com/institutions/la-fin-des-designations-un-casse-tete-pour-la-branche-de-l-assurance.118239>

Ces mutuelles santé qui se dotent de cabinets de courtage. (12/09/2019). *L'argus de l'assurance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.argusdelassurance.com/journees-du-courtage-2019/ces-mutuelles-sante-qui-se-dotent-de-cabinets-de-courtage.152190>

Rémunération des intermédiaires : l'interdiction des commissions refait surface (26/03/2020). *L'argus de l'assurance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.argusdelassurance.com/les-distributeurs/courtiers/remuneration-des-intermediaires-le-serpent-de-mer-de-l-interdiction-des-commissions-refait-surface.162381>

La gestion attise les convoitises (14/10/2011). *L'argus de l'assurance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.argusdelassurance.com/marches/produits-services/la-gestion-attise-les-convoitises.52016>

Merci l'ANI... (11/10/2013). *L'argus de l'assurance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.argusdelassurance.com/acteurs/merci-l-ani.65788>

La mutuelle en ligne Alan atteint les 100 000 clients. (19/10/2012). *Money Vox*. Consulté le 15 décembre 2020 sur https://www.moneyvox.fr/actu/81567/la-mutuelle-en-ligne-alan-atteint-les-100-000-clients?utm_source=yahoo&utm_medium=portail&utm_campaign=yahoo-actu

Complémentaire santé : l'étude qui interpelle les assureurs – Argus/OpusLine (26/09/2019). *L'argus de l'assurance*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.argusdelassurance.com/assurance-de-personnes/sante/complementaire-sante-l-etude-qui-interpelle-les-assureurs.153179>

Complémentaires santé Fortes hausses des tarifs en 2019 (28/01/2019). *UFC-QUE CHOISIR*. Consulté le 15 décembre 2020 sur <https://www.quechoisir.org/actualite-complementaires-sante-fortes-hausses-des-tarifs-en-2019-n63179/>

Le marché de la santé et de la prévoyance progresse de 2,8 % en 2018. *Fédération Française des Assurances*. Consulté le 15 décembre [https://www.ffa-assurance.fr/etudes-et-chiffres-cles/le-marche-de-la-sante-et-de-la-prevoyance-progresse-de-28-en-2018#:~:text=Les%20parts%20de%20march%C3%A9%20\(individuel,1%20Md%E2%82%AC%20de%20cotisations](https://www.ffa-assurance.fr/etudes-et-chiffres-cles/le-marche-de-la-sante-et-de-la-prevoyance-progresse-de-28-en-2018#:~:text=Les%20parts%20de%20march%C3%A9%20(individuel,1%20Md%E2%82%AC%20de%20cotisations)

Annexe 1 : Éléments de cadrage Historique

Dans ce qui suit, nous aborderons dans un premier temps la question de la couverture santé jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale. Dans un second temps, nous nous intéresserons à celle-ci après 1945. Finalement, nous évoquerons l'histoire récente en nous focalisant sur les principales évolutions observées au cours des vingt dernières années.

Le développement d'une couverture santé volontaire ou paritaire jusqu'en 1945

Le système contemporain prévalant dans le domaine de la santé trouve son origine dans trois mouvements différents. L'AMO découle de la volonté du mouvement syndical d'étendre les droits des travailleurs, en coopération avec les pouvoirs publics et le monde politique ; alliance qui sera consacrée dans le mouvement de refondation politique et sociale de l'après-guerre. L'AMC, quant-à-elle résulte du mouvement mutualiste dont les racines plongent dans l'ère préindustrielle et qui organise des solidarités sur une base volontaire ancrée dans les professions ou les territoires. Enfin la prévoyance résulte d'une tradition apparue au moment de la révolution industrielle de gestion paritaire entre le patronat et les syndicats d'assurance sociales créée initialement dans une logique que l'on peut qualifier de paternaliste, ou en tout état de cause de contrôle social par les employeurs. Ces trois logiques, en partie antagoniques à l'origine, expliquent la coexistence de systèmes hétérogènes.

Les bases « mutualistes » de la couverture santé

Dès la seconde moitié du XVIII^e siècle, des caisses dites de « secours mutuels » furent créées et bénéficièrent d'un certain degré d'autonomie vis-à-vis de leurs corporations d'origine. En échange du versement d'une cotisation, les membres de la caisse avaient droit à des prestations en cas de maladie. Les caisses se caractérisaient alors par leur petite taille ; elles étaient gérées par leurs bénéficiaires et étaient d'essence solidaires.

À la suite de la Révolution Française, ces caisses disparurent sous l'impact de la loi Le Chapelier du 17 juin 1791. Des « sociétés de secours mutuels » se développèrent cependant dès la première moitié du XIX^e siècle (148 en 1823).⁸⁸ Sous la II^e République, puis sous le Second Empire, ces sociétés gagnèrent en importance en tant que structure de protection contre le risque maladie.⁸⁹

Vers la fin du XIX^e siècle, ces sociétés de secours mutuels se regroupèrent en organisant le Congrès National de la Mutualité, dont le premier eut lieu en 1883. Les principes de solidarité et d'égalité entre membres bénéficiaires furent régulièrement réaffirmés. Le domaine d'intervention de ces sociétés de secours mutuels resta cantonné au risque sanitaire (Loi Waldeck-Rousseau, 1884).⁹⁰ La III^e République leur accorda un soutien marqué compte tenu de leur rôle dans le risque santé et elles se développèrent : leur nombre passa de 5 793 en 1872 à 11 825 en 1898. C'est dans ce contexte que la Charte de la Mutualité vit le jour le 1^{er} avril 1898 ; il s'en suivit la création de Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) le 28 septembre 1902.

⁸⁸ Voir Chadelat (2016) qui entreprend une histoire détaillée de l'histoire des complémentaires.

⁸⁹ Décret du 28 juillet 1848 puis celui du 28 mars 1852 avec l'idée de création d'une société par commune.

⁹⁰ La loi Waldeck-Rousseau de 1884 octroie aux syndicats la défense des conditions de travail ce qui va de fait limiter les sociétés de secours mutuels aux aspects de santé.

L'effet de la loi sur les Assurances Sociales de 1930

La loi sur les Assurances Sociales fut promulguée en 1930. Cette loi institua une obligation d'affiliation pour tous salariés dont le revenu était inférieur à un certain seuil. Il s'agissait d'un système par capitalisation dont le financement était partagé entre salariés et employeurs. Le régime comportait une triple assurance : maladie, vieillesse (retraite à partir de 60 ans), et décès.⁹¹ La gestion de ces assurances sociales fut confiée à des caisses primaires départementales. Cette loi, bien qu'apparemment soutenue par la FNMF à son congrès de 1923, fit débat car elle pouvait être considérée comme consacrant la fin du principe des sociétés de secours mutuels combinant coopération et solidarité. Néanmoins, le mouvement mutualiste demeura une composante prépondérante du système du fait de son rôle de gestionnaire.

Peu avant la Seconde Guerre Mondiale, alors que les sociétés de secours mutuels s'étaient établies sur les territoires ou au travers des corporations professionnelles, les deux acteurs majeurs du monde du travail – patronats et syndicats – prirent conjointement en charge la prévoyance en faveur des salariés. C'est aussi à cette époque que naquirent, en dehors du domaine de la santé, les « sociétés d'assurance à forme mutuelle » (MAIF et GMF en 1934).

Le développement d'un système dual à partir de 1945

Après la seconde guerre mondiale, émerge un système dual articulant une Assurance Maladie Obligatoire gérée par les partenaires sociaux et les pouvoirs publics et un système d'Assurance Maladie Complémentaire, au départ assis essentiellement sur le mouvement mutualiste, mais qui va progressivement accueillir de nouveaux acteurs, notamment à partir de la fin des trente glorieuses. Les compagnies d'assurances, d'une part, les instituts de prévoyance, de l'autre s'intéressent de plus en plus à un marché croissant du fait des évolutions démographiques et de l'extension de l'assurance maladie à toutes les catégories de la population. Au départ la concurrence entre les acteurs n'est pas frontale. Les Mutuelles proposent essentiellement des contrats individuels à leurs sociétaires. Les IP et les compagnies d'assurances ciblent en particulier les contrats d'assurance collective négociés avec les employeurs au bénéfice de leurs salariés. A partir de la dernière décennie du XX^{ème} siècle, cependant, les trois catégories d'opérateurs sont amenées à se concurrencer à la fois sur le marché des assurances individuelles et des contrats collectifs.

L'impact majeur de la création de la Sécurité Sociale

En octobre 1945, la création de la Sécurité Sociale fut un tournant consacrant la victoire du mouvement syndical sur le mouvement mutualiste. Le système, marqué par l'alliance nouée au sein du Conseil National de la Résistance, modifia le rôle des acteurs de l'assurance devenue complémentaire. La Sécurité Sociale organisa leur action en coopération avec le système d'assurances sociales, devenues obligatoires pour une partie de la population. Les mutuelles perdirent le rôle de gestionnaire qui avait été le leur dans les années d'avant-guerre dans le contexte de la mise en place des Assurances Sociales.

Aux élections de la Sécurité Sociale en 1947, la Mutualité recueillit peu de suffrages (10%) comparés à la CGT et la CFTC. Les syndicats ouvriers devinrent les partenaires centraux de la gestion de la Sécurité Sociale. Par ailleurs, alors que le cadre réglementaire des Assurances Sociales reposait sur la liberté d'affiliation, cette dernière fut supprimée au profit d'un regroupement des assurés au sein de

caisses primaires. La législation de 1898 (cf. supra) fut remplacée par le Code de la Mutualité (1955) qui consacra la dénomination de « sociétés mutualistes » en remplacement des « sociétés de secours mutuels ». Ces « mutuelles » ne furent plus chargées de la gestion du régime de base, mais devinrent responsables de la couverture complémentaire des assurés. C'est dans ce contexte que le mouvement mutualiste créa à partir des organismes préexistants la MGEN, la MGPTT, et la MGET.⁹²

Le Code de la Sécurité Sociale reconnu néanmoins une exclusivité de principe aux organismes non lucratifs qu'étaient les mutuelles et les instituts de prévoyance (IP). Par le biais de la loi Morice de 9 avril 1947, on accorda aux sociétés mutualistes la possibilité de s'établir en sections locales de Sécurité Sociale. Ce cadre législatif organisa ainsi la gestion du régime de base de sécurité sociale des fonctionnaires et des étudiants par les sociétés mutualistes.^{93 94}

Le décret du 8 juin 1946, quant-à-lui, confia aux Instituts de Prévoyance la gestion de régimes complémentaires de retraites. Selon Chadelat (2016), ce décret consacre le « divorce historique entre mutualité et mouvement ouvrier »⁹⁵ qui s'est traduit par un désintérêt du mouvement mutualiste pour la prévoyance collective d'entreprise. A partir des IP, les partenaires sociaux établirent progressivement des dispositifs de protection complémentaires pour les salariés qui allèrent jusqu'à s'intéresser au risque maladie et aux dépenses de santé.

Cette « ouverture » du « marché » des complémentaires santé se traduisit par une libéralisation renforcée avec le décret du 24 janvier 1956 qui autorisa l'intervention des sociétés d'assurance sur le marché des contrats collectifs. De fait les assureurs étaient présents dans la sphère sociale depuis le début du 20^{ème} siècle. Dans les années 30, l'essor des « contrats groupes » associées aux conventions collectives avaient permis aux assurances de se développer (Gibaud, 1990).

Il ne s'agit pas immédiatement, cependant, d'une concurrence frontale entre les différents opérateurs et les mutuelles demeurèrent encore longtemps en position largement dominante sur le marché de l'assurance maladie complémentaire.⁹⁶

Les acteurs des complémentaires santé firent évoluer le champ de leurs activités. D'une part, les sociétés mutualistes développèrent leur offre de soins avec des cliniques, des centres de soins dentaires ou optique, permettant alors à leurs membres de bénéficier du tiers payant. D'autre part, les sociétés d'assurance s'intéressèrent de plus en plus à la couverture maladie.

L'ordonnance de 1967 (dite ordonnance Jeanneney) modifia l'organisation du système de couverture du risque santé tel qu'organisé par l'ordonnance de 1945 sur la Sécurité Sociale. Les évolutions furent d'ordre administrative et financière. L'on procéda à la séparation des risques, à la création de trois caisses nationales — les CNAM, CNAV et CNAF⁹⁷ — et à la mise en place de la gestion paritaire des

⁹² MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale ; MGPTT : Mutuelle Générale des Postes, Télégraphes, et Téléphones (aujourd'hui, Mutuelle Générale) ; MGET : Mutuelle Générale Environnement et Territoires (aujourd'hui, au sein de la MGEN).

⁹³ Le régime des étudiants est créé à la suite de la loi du 23 septembre 1948, d'où la création de la MNEF (Mutuelle Nationale des Étudiants Français).

⁹⁴ Durant la même période, il y eut la création de l'Union des Caisses Chirurgicales Mutualistes. Voir [UCCM](#).

⁹⁵ Dans l'esprit de la Mutualité, le côté obligatoire d'affiliation à des régimes pu être problématique car contraire au principe d'adhésion volontaire qu'elle soutenait.

⁹⁶ A noter que dans les années 1960, l'appellation de « mutuelle » (pour les sociétés mutualistes) fut contestée avec la création de plusieurs sociétés d'assurances mutualistes opérant hors du domaine de la santé ; à savoir la MAAF, la MACIF, et la MATMUT*, fédérées dans le Groupement d'Entreprises Mutuelles d'Assurances (GEMA) C'est ainsi que l'on distingua les « Mutuelles 1945 » des compagnies d'assurances dites « Sociétés d'assurances à forme mutuelle ». *[MAAF : Mutuelle d'Assurance Automobile Artisanale en France ; MAACIF : Mutuelle d'Assurance des Commerçants et Industriels de France ; MATMUT : Mutuelle d'Assurance des Travailleurs Mutualistes].

⁹⁷ CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse ; Caisse Nationale des Allocations Familiales.

⁹¹ En détail, si la rémunération du salarié ne dépasse pas 15 000 Francs, il sera obligatoirement affilié aux assurances sociales. Concernant la couverture décès, il s'agit d'une garantie aux ayants droit du salarié cotisant (après le décès) avec le paiement d'un capital fixé à 20% de son salaire annuel moyen. Ces assurances sociales contribuent également aux charges de famille de l'assuré par le biais d'allocations versées sur un fond de solidarité.

caisses (qui s'avéra largement théorique quand il s'agira de prendre des mesures pour équilibrer les comptes). Une conséquence de cette réorganisation fut l'entrée des mutuelles au conseil d'administration de la CNAM où ils sont toujours (FNMf).

Les profondes mutations du marché à partir de la fin des Trente Glorieuses

A partir du milieu des années 1970, le ralentissement de la croissance, l'extension des droits des usagers et des populations couvertes, ainsi que l'évolution démographique se conjuguèrent pour faire peser de nouvelles contraintes sur le système de sécurité sociale. Les déficits récurrents du système paritaire induisirent une étatisation progressive de la gestion du système de sécurité sociale.

Pour ce qui concerne l'assurance maladie complémentaire, la période est marquée par une intervention croissante des sociétés d'assurances. De la même façon, les IP, concentrés historiquement sur la prévoyance, s'intéressèrent à la complémentaire santé qui devient pour les employeurs un élément du dialogue social. Ainsi, selon un rapport du Sénat préparatoire à la loi Évin, « la part de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire est passée de 30 % en 1960, à 49 % en 1970 et à 68 % en 1980. Pour la population adulte, le chiffre atteignait plus de 77 % en 1987. Le nombre de personnes couvertes par chacun des intervenants ne peut faire l'objet que d'une évaluation. Les mutuelles maladie couvriraient 28 millions de personnes. Les contrats d'assurance maladie souscrits auprès des compagnies d'assurance concerneraient 10 millions de personnes (dont 3,5 millions d'assurés individuels) ». (Rapport du Sénat, 1989, p. 18)

La présence significative des sociétés d'assurance et des IP à côté des mutuelles sur le marché des complémentaires santé remonte à la fin des années 1970. Dans les années 1980, la tension sur l'équilibre financier du régime d'assurance maladie obligatoire et les économies qui en résultent accroissent l'espace d'action des complémentaires santé avec toutefois, selon Chadelat (2016), des divergences d'appréciations entre catégories d'acteurs : les mutuelles auraient été plutôt opposées à la tendance qui naît alors de substitution des complémentaires sur les terrains désinvestis par l'AMO, tandis que les compagnies d'assurance et les IP y auraient vu des opportunités en termes de chiffre d'affaires.

Quoi qu'il en soit, on assiste à un recul relatif de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire, compensé par la montée en charge des complémentaires. Le mouvement fut amorcé avec la tentative d'instauration du Ticket Modérateur d'Ordre Public (TMOP) par Jacques Barrot, alors ministre en charge de la Sécurité Sociale en 1979. En application des ordonnances Jeanneney de 1967, il aurait dû être interdit aux complémentaires santé de prendre en charge une partie du ticket modérateur. Elles s'opposèrent à cette mesure, y voyant une entrave à « la liberté d'assurer et de s'assurer », selon les propos du président de la FNMf de l'époque, René Teulade. Aussi, lorsque le plan Bérégovoy de 1982 fit passer le remboursement de 1 279 spécialités pharmaceutiques de 70% à 35%, et créa le forfait journalier hospitalier,⁹⁸ les nouvelles dépenses furent prises en charge par les complémentaires santé, engendrant un effet mécanique sur les cotisations des assurés et le chiffre d'affaires.

Alors que la concurrence commence aussi à se développer entre acteurs reposant sur des modèles économiques différents, la croissance du marché est très forte et les assurés ne sont pas toujours bien protégés (Rapport du Sénat, 1989, p.17). Un groupe de travail présidé par M. Pierre Gisserot a alors pour mandat en 1984 de « proposer des règles communes à l'ensemble des organismes de prévoyance, examiner les modalités de contrôle des acteurs et préciser les règles fiscales et sociales de leur activité » (Domin, 2020). Le constat met en évidence de nombreux problèmes : « Pour les contrats individuels, les pratiques de sélection des risques – en fonction de l'âge et du profil médical – sont monnaie courante. Les compagnies d'assurances prévoient dans les contrats des conditions

⁹⁸ Ce forfait est supposé représenter les dépenses de nourriture et d'hébergement que les malades auraient dû payer s'ils étaient restés chez eux. Fixé à l'origine à 20 F, ce forfait va augmenter régulièrement.

telles que l'impossibilité d'adhérer après 60 ou 65 ans. Elles peuvent également conditionner l'adhésion aux réponses à un questionnaire médical. Les mutuelles pratiquent elles aussi la sélection des risques en imposant des conditions de résidence ou de profession, ou en fixant des limites d'âge à l'adhésion (30 ou 40 ans pour les mutuelles de fonctionnaires). Par ailleurs, le groupe de travail dirigé par Pierre Gisserot constate des cas d'exclusion, notamment pour une consommation médicale excessive. Dans tous les cas de figure, le rapport reconnaît que les compagnies d'assurances « opèrent une sélection plus stricte que les autres organismes ». (Domin, p.58).

Le document du Sénat préparatoire à la loi Évin note que le rapport a été le prélude à une série de textes visant à répondre à « l'insuffisance de la réglementation et le développement de situations anormales, soit que les garanties offertes aux assurés soient abusivement limitées, soit que les organismes interviennent dans des conditions de sécurité contestables, soit que les régimes sociaux et fiscaux appliqués à ces organismes et à leurs opérations connaissent des disparités injustifiées. À défaut d'être organisée selon des règles claires et applicables à tous, la concurrence s'exerce au détriment de l'assuré »

C'est dans cet esprit que le Code de la Mutualité fut réformé par la loi du 25 juillet 1985. Elle introduit une distinction entre les mutuelles (7 000) et les « sociétés d'assurance à forme mutuelle » (une quinzaine) et imposa de nouvelles règles de solvabilité. La marge de manœuvre des mutuelles fut élargie au domaine de la prévoyance collective. La réforme initia un premier mouvement de concentration au sein du secteur mutualiste qui se caractérisait alors par une prolifération de mutuelles de très petite taille.

L'intervention croissante des Pouvoirs Publics

Deux tournants majeurs pour la concurrence en 1989 et en 2001

La loi Evin du 31 décembre 1989 eut un impact majeur sur la construction du marché des complémentaires santé. Un premier volet de cette loi s'intéressait à la protection du consommateur contre la sélection des risques et visait à l'établissement d'une concurrence loyale entre acteurs de l'AMC. Les articles 2 et 3 protégeaient les assurés lors de la souscription du contrat, en particulier du fait de l'obligation de garantir l'ensemble des pathologies qui ouvraient droit à des prestations de la part du régime obligatoire. L'article 4, qui concernait la cessation du contrat, obligea les complémentaires gérant les contrats collectifs à conserver les retraités, chômeurs, et invalides sortant de l'entreprise.⁹⁹ Le second volet contribua à harmoniser les conditions dans lesquelles opéraient les différents acteurs de l'AMC. Il validait l'intervention des compagnies d'assurance à but lucratif en tant que complémentaire santé et autorisait les IP à proposer des contrats individuels.

La seconde évolution majeure pour la structuration du marché des complémentaires santé résulte de l'ordonnance du 19 avril 2001 concernant les mutuelles. Cette ordonnance transpose des directives européennes 92/49 et 92/96, que la France avait tardé à mettre en œuvre. Elle réforme significativement le Code de la Mutualité, en particulier en séparant les activités sanitaires et sociales des activités d'assurance et en consacrant un principe de spécialisation des organismes.¹⁰⁰ Le régime de régulation des mutuelles se rapprocha de celui régissant les compagnies d'assurances. L'ancêtre de l'ACPR pour les assurances, l'ACAM, est institué en 2003 et assure le contrôle des entreprises des trois codes.

⁹⁹ Il faut cependant noter que la complémentaire peut majorer le tarif du contrat et que celui-ci sera totalement à la charge de l'assuré.

¹⁰⁰ Voir [Ordonnance du 19 avril 2001](#).

L'intervention des pouvoirs publics sur les modalités de l'offre est allée croissante au cours des vingt dernières années. En 2001, une exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) de 7% a été accordée sur les contrats d'assurance maladie considérés comme « solidaires ». Ces derniers interdisent aux acteurs de recourir à un questionnaire médical et de faire dépendre les tarifs de l'état de santé.¹⁰¹ En 2004 sont créés les contrats « responsables » qui encadrent les modalités de prise en charge des frais de santé par les AMC. Il s'agit dans un premier temps de « responsabiliser » les assurés en empêchant les complémentaires de leur rembourser les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soin et de rendre une partie du reste à charge de l'AMO non-remboursable par les complémentaires.¹⁰² Dans un second temps, il s'est agi de renforcer la qualité et la couverture des assurés. Seuls les contrats « solidaires et responsables » bénéficient dorénavant de cette exonération. Les obligations des contrats responsables seront complétées en 2014 et deviendront plus contraignants avec des planchers et des plafonds de remboursement (HCAAM, 2013, p. 58). Le 100% santé en 2019 s'inscrit dans la lignée et améliore progressivement la prise en charge en optique, audiologie et dentaire, tout en normalisant de plus en plus les offres

D'une large couverture à une couverture presque généralisée : la croissance « folle » du début du XXIème siècle

En 2003 un des paragraphes du rapport Chadelat titrait (p.10), « la couverture (...) n'a cessé de s'étendre (mais) n'est pas généralisée ». De 1990 à 2000 la couverture était passée de 83% à 86%, après 69% en 1980 et la CMU-C ne devait pas permettre d'atteindre une généralisation. En 2013, un paragraphe du rapport du HCAAM titrait « une couverture presque généralisée » (HCAAM , 2013, p. 39). Entre temps le secteur s'est profondément transformé et la couverture a atteint, dès 2010, 96% de la population dont 5% au titre de la CMU-C (cf. section suivante).

Figure A1 :
Une expansion du nombre d'assurés



Source : Rapport HCAAM 2013-ESPS

L'augmentation de la couverture s'accompagne d'une très forte augmentation du chiffre d'affaires, Entre 2001 et 2010 la croissance est de 79% (mesurée via l'assiette de la CMU-C), soit 6,7% par an en

¹⁰¹ En fait avant 2001 seules les entreprises relevant du code des assurances étaient assujetties à cette taxe de 7% pour les contrats d'assurance maladie. L'harmonisation nécessaire des conditions de concurrence a été un levier pour imposer ces contraintes sur les contrats à l'ensemble des acteurs.

¹⁰² Franc et Raynaud [2021] notent cependant que le montant des franchises de remboursement est tellement bas qu'il est permis de douter que ces contrats responsabilisent effectivement la demande. Aucune étude, en tous les cas, ne l'a démontré. Ils soulignent par ailleurs que la logique des contrats responsables a fortement évolué, notamment après les réformes de 2013.

moyenne. L'augmentation atteint 67% (+ 5,8% par an) pour les mutuelles, 60,4% pour les IP (5,3% par an), les assureurs multipliant leur chiffre d'affaires par 2,3 (+9,8% par an).

Tableau A1 :
Une croissance du chiffre d'affaires impressionnante pour toutes les catégories d'acteurs

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Croissance annuelle (en pts)
Tx. Contrib. CMU-C (en %)	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	2,5	2,5	5,9	5,9	-
Mutuelles	10596	11264	12129	13367	14454	15321	15952	16435	16932	17666	5,8
IP	3279	3573	3809	4041	4225	4379	4695	5126	5225	5261	5,3
Assurances	3692	3991	4538	5239	5788	6344	6736	7561	7961	8479	9,8
Ensemble	17567	18828	20476	22647	24467	26044	27383	29122	30118	31406	6,7

Source : a.p statistiques Fonds CMU-C

En plus de l'augmentation de la couverture, cette croissance s'explique par un renchérissement des contrats et par une augmentation du rôle des complémentaires dans le financement des dépenses maladies. L'indice des prix de l'assurance complémentaire santé augmente d'après l'INSEE de 29,4% entre janvier 2002 et janvier 2011.¹⁰³ À titre de comparaison l'augmentation de l'indice des prix à la consommation a été de de 16,4%.¹⁰⁴ Par ailleurs, la contribution des complémentaires santé aux dépenses totales de santé passe de de 12,8% à 13,5% dans un contexte où ces dernières progressent de l'ordre de 45% sur la période.

Il paraît important de souligner que l'augmentation des prix ne se retrouve pas complètement dans les remboursements aux assurés : le ratio remboursements/soins passe de 89% en 2002 à 80% à partir de 2006. Il varie peu depuis. Par ailleurs, La fiscalité devient de plus en plus gourmande : le taux contribution/taxe CMU passe de 1,8 à 5,9% en 2010. En 2011 une nouvelle augmentation fait passer le taux à 6,27% et le taux sur les contrats responsables de 0 à 7%.

Mais tous les acteurs n'ont pas bénéficié de la croissance de la même façon. Les assurances ont clairement été les principaux bénéficiaires de la croissance du marché. Pour les autres acteurs, les pertes de part de marché ont pu être masquées par l'augmentation du nombre de clients et celle des prix, ainsi que par l'intense mouvement de concentration (affectant en particulier les mutuelles) qui fait passer le nombre de complémentaires santé cotisant au fond CMU-C de 1 702 en 2001 à 784 en 2009 (DREES, 2016). Par ailleurs, comme on le verra plus bas, la croissance du marché des contrats collectifs au détriment de celui des contrats individuels explique pour partie la redistribution des parts de marché au plan agrégé ; les mutuelles étant moins bien positionnées sur le marché collectif que les assureurs et les IP. Sur le marché des contrats individuels, les gains de part de marché des compagnies d'assurance sont essentiellement le fait des bancassureurs. Sur le marché des contrats collectifs, les vecteurs du développement des assureurs ont été les courtiers en assurance. Les réseaux d'agents généraux ont de leur côté perdu des parts de marché.¹⁰⁵

¹⁰³Indice base 100 en 2015 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001764271#Graphique>. (Identifiant 001764271).

¹⁰⁴ D'autres sources annoncent des taux de croissance plus élevés. Difficile toutefois de mesurer l'indice des prix d'un service aussi complexe, d'évaluer correctement l'augmentation de la couverture et partant de la « qualité ». Le chiffre de l'INSEE apparait comme un minorant des évaluations.

¹⁰⁵ « (...)la diffusion des produits par le réseau des bancassureurs a progressé de 2 points, celle par les courtiers de 5 points, quand celle par les réseaux traditionnels (agents généraux) a perdu 4 points de part de marché » HCAAM, 2013,p.22.

Tableau A2 :

Avec des évolutions de part de marché significatives (a.p des assiettes de cotisation)

% de marché	2002	2005	2010
Mutuelles	59,8	59,1	56
IP	19	17,2	17
Assurances	21,2	23,7	27

Source : a.p statistiques Fonds CMU-C

L’Universalisation de l’accès aux complémentaire santé : CMU-C et ANI

Dans le courant des années 1990, alors que la tendance à la baisse des remboursements opérés par le régime obligatoire de Sécurité Sociale se poursuit, le poids des remboursements des complémentaires santé continue de progresser ; renforçant l’intérêt des sociétés d’assurance pour ce marché en croissance et appelé à se développer du fait de l’évolution démographique.¹⁰⁶ L’interdépendance entre AMO et AMC devenant de plus en plus patente, la loi Douste-Blazy du 13 août 2004 créa l’Union des Caisses d’Assurance Maladie (UNCAM) et l’Union des Complémentaires d’Assurance Maladie (UNOCAM) afin de se doter d’outils de gouvernance adéquats.

C’est dans ce contexte que fut reconnu explicitement le rôle des complémentaires santé dans la mise en œuvre d’un principe de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) instauré la loi du 27 juillet 1999 organisant une protection complémentaire de santé gratuite pour les ménages dont les ressources sont inférieures à un certain seuil.¹⁰⁷ Afin d’éviter de créer une offre de soins visant les plus pauvres, la CMU-C définit un panier de soins permettant un meilleur accès aux soins des plus démunis, en particulier dans les domaines où les interventions des AMO sont les plus faibles. La CMU-C est complétée en 2005 par l’ACS (Aide au paiement d’une Complémentaire Santé), aide financière dont le montant varie selon l’âge, qui vise à limiter l’effet de seuil créé par la CMU-C (ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et le plafond d’attribution de la CMU-C majoré de 35 %). Cette aide permet d’atteindre un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018 (DREES, n°1142, 2020).

Ces dispositifs permettent de faire baisser le taux de renoncement aux soins, qui serait ainsi passé de 30% en 1998 à 15% en 2012 (Jess, 2017). Fin 2018, 5,63 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C et 1,27 millions avaient recours à l’ACS (DREES, 2020). Depuis fin 2019, ces deux dispositifs sont remplacés par un dispositif unique et simplifié la complémentaire santé solidaire (CSS) qui devrait permettre en particulier de baisser les restes à charges. Ils sont financés par une partie de la taxe une taxe dite « de solidarité additionnelle » (TSA) qui s’élève à 13,27 % des cotisations collectées dans le cas général pour les contrats dits « solidaires et responsables ». Le solde de la taxe est attribué à la branche maladie du régime général. À la fin du 1^{er} trimestre 2021 on atteint 7,31 millions de bénéficiaires, soit une progression de 3,2 points par rapport à fin octobre 2019 et de 5,7 points par rapport à mars 2020. Sur le total 5,92 millions de personnes en bénéficient sans aucune participation financière personnelle.

L’accès aux contrats collectifs, avantageux pour les bénéficiaires puisque, notamment, l’employeur finance une partie de la cotisation, fut longtemps réservé aux salariés des plus grandes entreprises.¹⁰⁸ Afin de rétablir une certaine équité entre les salariés du privé, l’Accord National Interprofessionnel (ANI), entra en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et rendit obligatoire pour tous les employeurs du secteur

¹⁰⁶ Selon Claude Bébéar, alors président de AXA : « la santé n’est pas un marché, mais l’assurance maladie en est un ».

¹⁰⁷ Voir [CMU-C - 27 juillet 1999](#).

¹⁰⁸ L’enquête Protection Sociale des Complémentaire d’Entreprise 2017 de l’IRDES montre que 26% des salariés ne se voyaient pas proposer de contrat de complémentaire santé par leur employeur avant la généralisation.

privé la proposition d’un contrat collectif à leurs salariés (financé à minima à 50% par l’employeur). Un an après son entrée en vigueur, 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés proposent une complémentaire santé d’entreprise contre 50 % employant 74 % des salariés l’année précédente. Cette augmentation s’inscrit dans une tendance de long terme, en 2009 les chiffres étaient respectivement de 44 % pour les entreprises et de 72 % pour les salariés (Perronnin, 2019). Au total, on peut estimer qu’environ la moitié de la population est couverte par un contrat collectif en ce début des années 2020.

L’ANI résulte d’un accord entre les employeurs privés et les syndicats de salariés soucieux d’harmoniser les conditions d’emplois entre grandes et petites entreprises. Il a conduit à un basculement de 4 millions d’individus — majoritairement salariés de TPE — dans le régime des contrats collectifs, et induit la perte de 3,6 millions d’assurés sur le marché des contrats individuels. Du fait de leur positionnement historique respectif, ce choc eut un impact différent pour les Mutuelles, les assureurs et les IP.

Une transformation profonde de la logique du système, au prix d’incohérences

Cette mise en perspective historique souligne au fond le glissement progressif d’un modèle de couverture santé, d’abord, puis de complémentaire santé, ensuite, fondé sur un principe de couverture solidaire volontaire avec cotisation (de type bismarckienne) à un modèle de couverture universel et de solidarité obligatoire fondé sur des transferts quasi-fiscaux (de type beveridgien) dans lequel les complémentaires santé constituent un élément intégré dans le système mais comptabilisés comme des variables d’ajustement « hors-bilan » fiscal.

Par ailleurs, la mise en concurrence des différents acteurs du marché des complémentaires santé a déstabilisé le modèle économique des opérateurs traditionnels qu’étaient les mutuelles et qui reposait sur une adhésion de facto à vie des assurés-sociétaires à une mutuelle le plus souvent établie sur une base individuelle et professionnelle. Dans un tel modèle une logique de redistribution entre génération pouvait apparaître comme soutenable et conforme à l’esprit de solidarité volontaire du mouvement mutualiste. Or, le marché collectif a pris une place croissante. Rien qu’entre 2011 et 2018 la part des cotisations dans le collectif est passé de 41% du total des cotisations à 48%. Son modèle économique est, on le verra, très différent puisqu’il est financé en partie par les employeurs, résultant en un système généreux pour les salariés mais n’instaurant aucune solidarité, ni avec les retraités, ni avec les autres catégories d’ayants-droits de l’AMO. Le marché individuel se réduit aux retraités, étudiants, sans-emplois indépendants et aux fonctionnaires, ces derniers ayant vocation à en sortir dans les prochaines années.

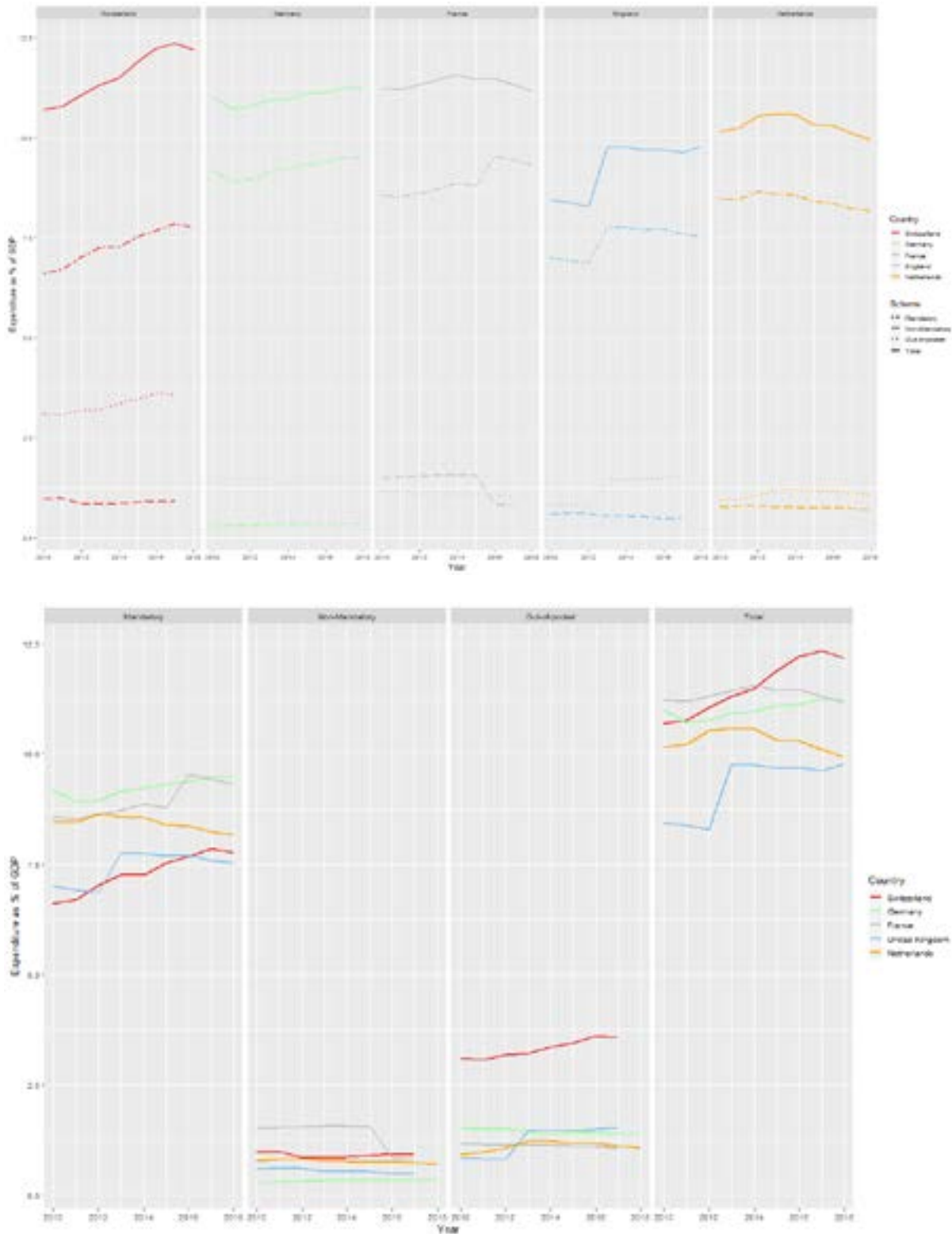
Progressivement, les acteurs du monde des complémentaires, et singulièrement les mutuelles qui avaient pu avoir un rôle historique de co-gestionnaire du système de protection sociale et du système de santé, ont vu leur marges de manœuvre se réduire au profit d’un pilotage du système par les pouvoirs publics qui ont progressivement imposé des contraintes accrues aux acteurs des complémentaires santé, les instrumentant dans leur stratégie d’universalisation de l’assurance maladie et de contrôle de l’évolution des dépenses de santé.

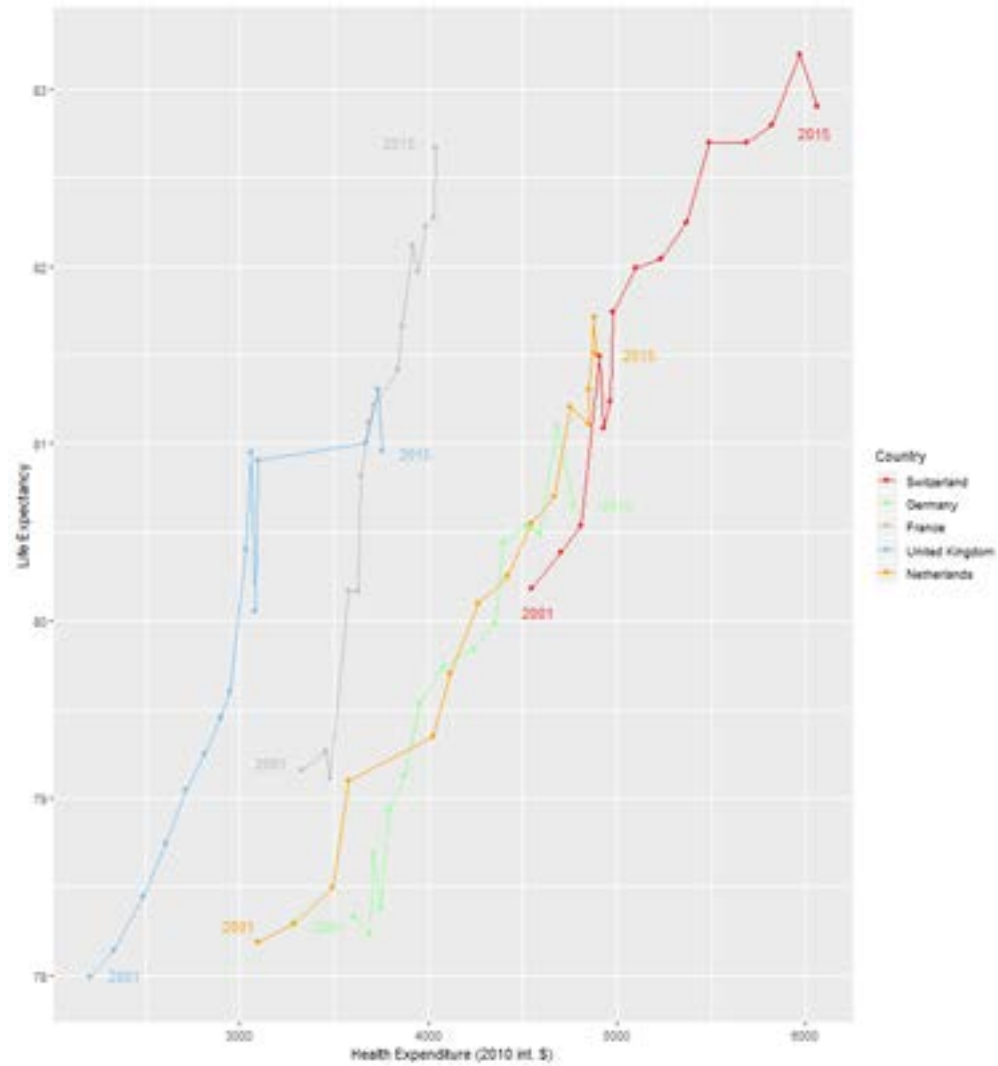
Compte tenu de la multiplicité des domaines de soins couverts, de la diversité des acteurs aux modèles économiques contrastés, des multiples enjeux socio-politiques de l’organisation de l’offre de soins, de la sensibilité de la question de l’accès à ces derniers pour toutes les catégories d’usagers, le pilotage centralisé du système par les pouvoirs publics ne va pas sans une multitude de défauts d’ajustements, d’incohérence liées à des compromis entre intérêts contradictoires et de choix d’options inefficaces. Dans le même temps, les autorités en charge de la santé mettent fréquemment en avant les relativement bonnes performances du système français de santé et de protection sociale qui, pour synthétiser, permet d’obtenir une des meilleures espérance de vie des pays à haut niveau de protection sociale (comparable à celle de la Suisse), à un coût global parmi les plus modestes (comparables à eux de la Grande-Bretagne), tout en garantissant une des contributions individuelles

(reste à charge) les plus faibles (ce qui constitue un déterminant important du non-renoncement de l'accès aux soins et donc de l'accès universel effectif à la santé). Voir Annexe 2

Annexe 2 : Les performances comparées du modèle français par rapport à quelques alternatives étrangères

Source : OCDE





Annexe 3 : Liste des personnes interviewées

François-Xavier Albouy ; Directeur de Recherche de la Chaire "Transitions démographiques, Transitions économiques"

Véronique Bazillaud ; Ecouter voir

Gilles Bénéplanc ; Directeur général Verlingue

Brigitte Dormont ; Professeure d'Economie, Université Paris-Dauphine | PSL

Dominique Bureau ; Ingénieur général des Ponts, des eaux et des forêts, délégué général du Conseil Economique pour le Développement Durable (CEDD)

Marianne Binst ; Directrice Générale, Santéclair

Céline Blattner ; CEO ADDACTIS France

Timothée Duverger ; Maître de Conférence à Bordeaux

Mathieu Escot ; UFC- Que Choisir

Josette Gueniau ; associée fondatrice du cabinet de conseil JGSC, directrice de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens

Arthur Havis, Ecouter voir

Sébastien Jean ; DRH Ciments Calcia

Catherine Kerivel ; Directrice des partenariats du Pôle assurance non-vie, Banque Postale

Yann Lapeyronnie ; DRH NATUP

Claude Lepen ; Professeur Honoraire, Université Paris-Dauphine | PSL

Dominique Polton ; Présidente de l'Institut National des données de Santé, Présidente de la Commission d'Evaluation Economique de la Santé Publique

Denis Raynaud ; Directeur de l'Irdes

Jean-François Tripodi ; Directeur Général Carte Blanche

