

## Chapitre 1

### La demande d'assurance santé privée à l'étranger et en France

## Introduction

La littérature empirique sur la question de la demande d'assurance santé privée étant, comme on va le voir ensuite, essentiellement étrangère (en particulier américaine), il nous a semblé important de commencer notre réflexion en regardant dans quels termes se posait cette question à l'étranger. A ce propos, il est évident que la question sera d'autant plus importante que l'assurance santé privée occupe une place prépondérante dans le financement des soins, comme aux Etats-Unis par exemple. En revanche, quand la fonction dévolue à l'assurance santé privée est plus marginale, comme en Angleterre, la question de la demande, si elle reste d'intérêt, sera *a priori* moins centrale dans la réflexion d'ensemble sur le système de santé et son orientation future.

Aussi, de façon assez naturelle, ce premier chapitre commence par rappeler les arguments théoriques qu'il est possible d'avancer pour justifier l'intervention publique dans le financement des soins de santé. Sont évoquées aussi les raisons expliquant pourquoi certains pays ont fait une place importante au financement privé, tandis que d'autres ont fait le pari d'un financement majoritairement public. Est présentée alors une typologie fonctionnelle des différents types d'assurances santé privées. Pour bien comprendre quelles formes concrètes peut prendre chacun des types d'assurance, nous avons ensuite opté pour une approche monographique, en associant à chaque fonction de l'assurance santé privée un pays qui en était emblématique.

Ainsi trois pays ont été retenus : les Etats-Unis, l'Allemagne et l'Angleterre. Les Etats-Unis constituent un cas d'étude particulièrement intéressant puisque l'assurance santé privée y tient une place centrale dans le financement des soins, et même dans l'organisation du système de santé. Le cas de l'Allemagne présente un intérêt fort, en raison de la proximité entre le système bismarckien allemand et le modèle de Sécurité Sociale français. En outre, l'option choisie outre Rhin de laisser aux hauts revenus la possibilité de s'assurer auprès de caisses privées, distingue l'Allemagne de la France et permet de tirer un certain nombre de conclusions intéressantes, s'il advenait que la France soit tentée d'introduire ce genre de dispositif au sein de son régime d'assurances sociales. Enfin, est pris l'exemple de l'Angleterre, où l'assurance santé privée, destinée essentiellement aux hauts revenus, permet d'accéder à un système de soins privés, en marge du système de soins publics du NHS.

Dans un deuxième temps, ce premier chapitre se penche sur le paysage des complémentaires santé en France. Est alors esquissé un bref historique de la protection complémentaire en France, au cours duquel sont notamment précisées l'évolution du rôle des mutuelles au cours du siècle, la percée des assureurs santé privés dans l'entre deux guerres sur le créneau de la complémentaire santé d'entreprise ou encore l'apparition des institutions de prévoyance au moment de la création de la Sécurité Sociale. Ce chapitre se termine enfin en abordant la question de la demande d'assurance complémentaire santé au niveau macroéconomique en France. A ce propos, est souligné que si les remboursements de la Sécurité Sociale ont longtemps été un déterminant majeur de la demande d'assurance complémentaire santé, en permettant de conquérir un nombre toujours croissant de nouveaux clients, aujourd'hui, avec près de 92% de la population couvert par ce type d'assurance, le marché de la complémentaire santé est un marché saturé. Ce chapitre termine alors sur la question de la demande d'assurance santé individuelle au niveau macroéconomique en soulignant l'étroite imbrication entre le marché de la couverture individuelle et le marché de la couverture collective.

## **La question de la demande d'assurance santé privée à l'étranger**

### **La place faite à l'assurance santé privée dans le financement des soins**

#### **Des arguments en faveur d'une intervention publique**

D'après Polton et Rochaix (2004), deux types d'arguments universels peuvent être avancés pour justifier l'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé : d'abord les imperfections qui existent sur le marché des soins et en particulier sur les marchés d'assurance santé peuvent justifier que l'Etat intervienne pour les corriger; ensuite la dimension redistributive que peut revêtir l'intervention publique. Poterba (1993) identifie 2 raisons supplémentaires à l'intervention de l'Etat :

- l'existence d'externalités (liées au risque de contagion de certaines maladies) ou de comportements stratégiques de certains acteurs qui peuvent prendre trop de risques (ou pas assez de précautions), anticipant que le gouvernement leur viendra à l'aide si le risque se réalise pour eux ;
- l'irrationalité des ménages : l'idée qu'une fraction des ménages se représente mal le risque qu'ils encourent et les conséquences de la maladie.

#### **Les imperfections de marché peuvent en partie être corrigées par l'intervention publique**

Sur les marchés d'assurance, les asymétries d'informations entre l'assureur et l'assuré sont à l'origine de deux phénomènes : l'aléa moral et l'anti-sélection. Dans la terminologie de la théorie des contrats, l'anti-sélection décrit une situation où l'agent (l'assuré) a une information privée sur son niveau de risque que le principal (l'assureur) n'observe pas. Chiappori (2000) définit l'anti-sélection de la manière suivante : « la sélection adverse se manifeste quand l'un des deux partis, généralement le souscripteur, a une meilleure information que l'autre partie, l'assureur, sur certains paramètres qui sont importants pour la transaction. Dans la plupart des modèles théoriques, on fait l'hypothèse que l'assuré connaît mieux sa probabilité d'accident, ou la distribution (conditionnelle) de pertes supportées en cas d'accident, ou les deux. Dans une telle situation, l'avantage informationnel de l'agent influe directement sur le coût attendu pour l'assureur à fournir le contrat ». En assurance santé, cela renvoie à la situation où l'assureur ne connaît pas le niveau de risque de son assuré. Au contraire, l'aléa moral renvoie à une information sur l'action de l'agent inobservable par le principal. En assurance santé, le terme décrit la situation

où l'assureur santé ne peut pas observer l'effort de prévention de l'assuré (aléa moral *ex ante*) ou ses comportements de consommation, une fois le risque sanitaire avéré (aléa moral *ex post*). L'antisélection a pour effet de déstabiliser le fonctionnement d'un marché privé de l'assurance en matière de santé. Elle produit des effets d'écumage et peut conduire à la non-assurance d'une partie de la population ou d'une partie des risques. Elle peut également s'interpréter comme un obstacle à un certain niveau de mutualisation du risque, qui implique des transferts entre agents. Or le caractère concurrentiel du marché peut parfois empêcher cette mutualisation en entraînant des pertes de bien-être au niveau collectif. Par rapport à l'antisélection, l'intervention publique peut rendre l'assurance obligatoire tout en fixant des plafonds aux primes appelées, ce qui permet de contrer les effets de sélection du marché tout en obligeant les entreprises d'assurance à opérer des transferts redistributifs entre les classes de risques. La réglementation porte alors à la fois sur l'obligation d'assurer tout en spécifiant un coût acceptable<sup>1</sup>. En ce qui concerne le risque moral, l'intervention publique peut aussi directement obliger au partage de l'information, limiter la quantité totale d'assurance achetée, la taxer, ou instaurer des tickets modérateurs à caractère obligatoire.

### **De quoi dépend la place laissée au marché ?**

#### **Du compromis social historique qui a fondé l'Etat providence pour Polton et Rochaix**

Pour Polton et Rochaix (2004), si divers facteurs peuvent être avancés pour expliquer la diversité des fonctions et de la place tenue par l'assurance santé privée observée dans les pays de l'OCDE, néanmoins le principal reste le facteur historico-idéologique. A ce propos, Polton et Rochaix parlent de « compromis social historique qui a fondé l'Etat providence », renvoyant ainsi à la conception historique, propre à chaque pays, des rôles respectifs du marché et de l'Etat en terme de couverture sociale. Ainsi, de nombreux pays où la taille de ce marché est importante ont une tradition de financement privé de la santé et de marchés d'assurance, comme aux Etats-Unis par exemple. De façon symétrique, dans les pays où le rôle de l'Etat en matière de santé a été historiquement défini comme prépondérant, comme en Angleterre avec le plan de Lord Beveridge ou en France avec la création de la Sécurité Sociale, les assurances privées ne tiennent qu'un rôle secondaire et l'attachement de la population au système national est très fort.

#### **De la position idéologique en matière de redistribution**

---

<sup>1</sup> Cf à ce propos l'exemple néerlandais de polices standardisées, figurant en annexes.

Jacobzone (1994) rattache la place laissée au marché dans le financement des soins à la position idéologique en matière de redistribution. Ainsi, selon Jacobzone, on peut considérer que le choix d'un système national de santé public comme le NHS britannique correspond à la vision égalitariste pure, avec un bien collectif distribué également entre tous<sup>2</sup>. Au contraire, un système d'assurance essentiellement privé, comme celui des Etats-Unis, correspond à l'adoption de principes libéraux<sup>3</sup>, tempérés par un altruisme spécifique en faveur des personnes âgées et des très démunis dans le cadre des programmes *Medicare* et *Medicaid*. Enfin les principes rawlsiens<sup>4</sup> semblent proches de certains compromis, combinant une assurance universelle publique, mais pas forcément pour l'ensemble des biens médicaux, tout en gardant la possibilité d'un niveau de couverture plus élevé avec une contribution plus forte pour les individus plus aisés et ayant des préférences spécifiques en terme d'assurance et de confort.

### **De l'échelle de revenus selon Jacobzone**

Jacobzone (1994) suggère de formaliser le choix entre prise en charge publique ou privée au niveau économique par une approche en terme de choix publics, modélisant les préférences individuelles dans un cadre de procédure de choix collectives. Par exemple, avec le modèle développé par Usher (1977), il est possible de montrer que la socialisation est plus probable quand l'inégalité des revenus au départ est forte et la diversité des préférences faible pour le bien donné. En effet, la socialisation permet de compenser les inégalités de revenus tout en offrant une quantité de biens uniforme de façon universelle. En revanche, la socialisation risque d'être rejetée avec une distribution des revenus relativement égale pour mieux respecter la diversité des goûts de chacun.

---

<sup>2</sup> Même si, dans l'approche égalitariste, il est éventuellement possible de donner des quantités inégales de soins pour corriger l'inégalité des dotations de départ.

<sup>3</sup> Le courant libéral favorise l'application pure de mécanismes de marché, en refusant une distribution *a priori* tout en offrant la possibilité de formes d'altruisme pour compenser l'impact direct du marché.

<sup>4</sup> La théorie de la justice de Rawls (1987) stipule que la situation des plus défavorisés doit être améliorée au maximum. Elle repose sur le principe du «maximin» où l'on maximise le bien-être des défavorisés tout en tenant compte des possibilités collectives.

## **Des préférences pour la redistribution pour Henri et Rochet**

Pour Henri et Rochet (2004), la part différente de l'assurance publique dans la couverture des frais de soins ne renvoie pas à des imperfections de marché plus fortes ou à des degrés d'irrationalité plus forts dans certains pays que dans d'autres, mais à des préférences différentes pour la redistribution. Sous leur modèle, les auteurs montrent que si l'index de morbidité est plus élevé chez les personnes en bas de l'échelle des revenus, alors l'assurance de santé publique peut être utilisée comme un moyen de redistribution et le degré de recours à l'assurance de santé publique plutôt qu'aux assurances privées dépend des préférences du pays pour la redistribution. Mais sur données françaises, les auteurs constatent que les personnes en haut de l'échelle des revenus ont une consommation de soins médicaux plus élevée même si leur état de santé est meilleur, en raison notamment d'une meilleure couverture complémentaire et d'un effet de type aléa moral : dans ce contexte, l'assurance publique pourrait être anti-redistributive.

## **L'importance du juridique : l'exemple canadien**

Depuis 1996, les doutes n'ont cessé de grandir quant à la soutenabilité du financement du système canadien : ainsi on assiste à des discussions croissantes sur un recours au secteur privé que ce soit en matière de financement ou de délivrance des soins. En juillet 2005, dans le cadre de la décision *Chaouilli*, la Cour Suprême du Canada a décidé que l'interdiction faite par le gouvernement du Québec à l'assurance privée d'exercer à titre duplicatif ou complémentaire constituait une violation de la Charte québécoise des droits et libertés puisque les longs temps d'attente du système public causaient des dommages physiques et psychologiques aux patients. La Cour a ainsi conclu que plusieurs Québécois ne souffriraient pas autant des listes d'attente si l'interdiction sur l'assurance privée était levée. Pourtant la Cour n'a pas émis de conclusion définitive sur la question de savoir si des dispositions similaires dans d'autres provinces étaient constitutionnelles. La question du partage public/privé reste donc pour l'instant en suspend au Canada et la décision *Chaouilli* suscite actuellement de vifs débats<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Parmi les conséquences possibles de la décision *Chaouilli* sur l'architecture du système de santé, Madore (2003) signale la possibilité qu'on assiste au scénario suivant : « La capacité des Canadiens d'acheter de l'assurance privée duplicative ferait certainement augmenter la demande de soins dispensés par le secteur privé et, comme en font foi les expériences de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni, cela stimulerait les investissements dans le renforcement des capacités du système privé parallèle, lequel inciterait alors les médecins à se désengager. Le nombre de médecins amenés à le faire par l'assurance santé privée duplicative dépendrait du maintien ou de la suppression des facteurs de dissuasion économiques actuels relatifs à la double pratique dans les lois provinciales. Puisqu'il existe

## La concurrence régulée : une position intermédiaire ?

Au Pays-Bas, l'articulation entre les deux niveaux de couverture publique - l'AWBZ (couverture publique du risque lourd pour toute la population) et le ZFW (couverture publique des soins courants pour une partie de la population seulement) - fait l'objet d'une remise en question récurrente. Sur ce sujet, Chevrier-Fatome (2002) identifie quatre arguments contre l'existence de ces deux compartiments obligatoires. Premièrement, la frontière entre les soins exceptionnels et complémentaires suscite des interrogations. Deuxièmement, le système encourage de la part des assureurs des effets de substitution entre les soins exceptionnels dont ils ne sont pas responsables financièrement et les soins ordinaires, moins coûteux dont ils sont responsables. Troisièmement, des soins corrélés peuvent dans certains cas relever de l'un et l'autre compartiments. Enfin, le système à deux compartiments est en soi complexe car il induit deux modes de régulation.

Consciente de ces limites, la Commission Decker (1987) envisageait déjà de réunir les risques exceptionnels et ordinaires dans une seule assurance. Dans le même esprit, le Conseil économique et social (SER) proposait en 2000 un système d'assurance obligatoire à deux niveaux : un niveau moins protecteur (*basispakket*) et moins cher, couvrant tous les risques lourds (maladies graves, accouchement, hospitalisation) et un niveau plus protecteur (*standardpakket*) et plus cher couvrant également les petites dépenses telles que les visites au médecin généraliste, aux kinésithérapeutes, etc. Le projet finalement annoncé par le gouvernement dès 2003 et devant être appliqué en 2006 est celui d'une assurance de base, la même pour tout le monde, éventuellement assortie d'une assurance complémentaire facultative, mais qui offre une couverture plus large pour les risques lourds.

L'originalité très forte de la réforme tient au fait que la couverture de base serait entièrement gérée par des assureurs privés. Ce retrait de l'Etat comme gestionnaire repose sur l'idée libérale que la mise en concurrence des opérateurs (assureurs et fournisseurs de soins) conduira à une gestion plus économe des moyens et à une amélioration de la qualité et que les incitations financières seront des ressorts efficaces du freinage de la consommation chez les assurés. On reconnaît alors explicitement aux assureurs le droit de réaliser des profits sur la couverture de base, puisque c'est précisément la recherche du profit qui doit stimuler la recherche

---

maintenant une pénurie de médecins dans toutes les provinces, il y a un risque que l'expansion du système parallèle résultant de l'assurance privée duplicative réduise la disponibilité des médecins dans le régime public, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni en ont fait l'expérience. »

de réduction des coûts et donc déboucher sur une meilleure gestion. A ce propos, dès juillet 2001, on pouvait lire dans une note de Vraag aan Bod : « L'assurance aura un caractère de droit public et une mise en œuvre totalement privée, et le but lucratif en sera autorisé ». Mais cette réduction des coûts ne saurait être conséquente sans la liberté accordée aux assureurs d'acheter librement les soins. Ainsi, deux réformes de 1992 et 2004 ont entériné le principe de leur liberté de contracter avec des offreurs de soins. De leur côté, les fournisseurs de soins sont libres de prévoir des conditions de prix différentes avec différents assureurs. De plus la loi sur la tarification des actes médicaux est en cours de modification, laissant une plus grande liberté de fixation des tarifs aux offreurs de soins.

L'Etat conserve néanmoins un rôle de régulateur chargé d'appliquer les mécanismes correctifs suivants : obligation d'acceptation de tous les assurés qui pèse sur les compagnies d'assurance, mécanisme de péréquation des risques entre les compagnies et compensation fiscale des dépenses de santé pour les ménages les plus modestes. Comme le fait remarquer à juste titre Wierink (2004), « le périmètre de cette assurance de base constitue évidemment le point crucial de cette réforme : selon que le « panier de soins » couvert par cette assurance sera plus ou moins étendu, la protection générale pour les risques de santé sera plus ou moins complète et la charge pour les ménages en assurances complémentaires plus ou moins lourde ».

## **Une typologie fonctionnelle des différents types d'assurance santé privée**

### **Un survol des typologies existantes**

L'assurance santé privée (ASP) est protéiforme : comme elle se définit la plupart du temps en opposition à la couverture publique, elle est *ipso facto* très liée au système de santé du pays étudié. D'ailleurs on pourrait être tenté de voir autant de formes d'ASP que de systèmes nationaux de santé si bien que toute tentative de regroupement apparaîtrait comme vaine. Pourtant, si chaque pays garde évidemment ses spécificités en matière d'ASP (notamment en matière de périmètre), des rapprochements entre pays peuvent toutefois être opérés sur la base des fonctions qu'y occupe l'ASP. Ainsi Couffinhall (1999) montre que les auteurs qui se sont intéressés à construire une typologie de l'ASP ont sur le sujet des points de vue assez convergents : malgré des terminologies différentes, tous adoptent une typologie fonctionnelle comportant 3 ou 4 types qui correspondent chacun à une fonction particulière remplie par l'assurance.

**Tableau 1 :** Les principales typologies fonctionnelles d'assurance santé privée  
Source : Couffinhal (1999)

Fonction de l'assurance	Van Doorslaer Wagstaff (1993)	Wasem (1995)	Rovira et al. (1998)	Schneider (1995)
Couverture unique pour certaines catégories de personnes	n.d.	alternative	substitutive	substitutive
Couverture de biens hors panier public	n.d.	complémentaire	supplémentaire	supplémentaire
Couverture de copaiements publics				résiduelle
Duplication de la couverture publique	supplémentaire	double couverture	alternative	parallèle/alternative

Plus récemment, dans un contexte uniquement européen, Mossialos et Thomson (2002) optent également pour une approche fonctionnelle mais retiennent 3 catégories seulement. L'ASP *substitutive* se substitue à la couverture qui aurait été autrement disponible auprès de l'Etat. L'ASP *complémentaire* fournit une couverture complémentaire pour les services exclus ou non couverts par l'Etat, cette couverture incluant aussi la prise en charge des copaiements laissés par la couverture publique. Enfin l'ASP *supplémentaire* fournit une couverture supplémentaire pour un accès plus rapide et un choix accru du consommateur.

### La typologie retenue dans ce travail

L'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE) pour sa part reconnaît en 2004 quatre fonctions essentielles (non forcément exclusives) donc 4 types d'assurance, les mêmes que celles retenues *in fine* par Couffinhal (1999). Pour notre part, c'est également cette dernière typologie que nous retenons. En effet, celle-ci apparaît comme la plus exhaustive à nos yeux, en faisant notamment comme le fait Schneider (1995), la distinction entre couverture de biens hors panier public et couverture de copaiements publics.

On parlera de couverture *primaire* quand l'assurance privée constitue le seul accès à une couverture maladie de base pour les personnes qui ne relèvent pas d'un régime public, soit parce qu'il n'en existe pas, soit parce qu'elles ne remplissent pas les conditions requises pour en bénéficier (couverture primaire *principale*), soit encore qu'elles y aient droit mais aient choisi d'en sortir (couverture primaire *substitutive*). L'éligibilité à ce type de couverture peut être déterminée par le revenu (Allemagne et Pays-Bas<sup>6</sup>), le statut professionnel (les professions indépendantes en Autriche, Belgique et Allemagne) ou l'emploi (certaines professions en Autriche).

<sup>6</sup> Les caractéristiques de l'assurance santé privée néerlandaises que nous mentionnons dans cette thèse sont celles qui prévalaient aux Pays-Bas avant la réforme de 2009. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, les caisses d'assurance maladie publiques doivent renoncer à leur statut et se trouvent en concurrence directe avec les assureurs privés pour la

Quand la couverture publique de base demeure, l'assurance santé privée peut alors remplir trois fonctions :

Si l'ASP couvre les mêmes soins que la couverture publique mais chez des prestataires différents, on parlera de couverture *duplicative*. D'une façon générale, il y a assurance-maladie privée duplicative dans les pays où l'admissibilité à la couverture publique est déterminée par la résidence et non par des catégories d'emploi. Ce sont les systèmes de santé dits « béveridgiens », qui sont financés par l'impôt (Australie, Nouvelle-Zélande, pays nordiques et pays méditerranéens, Royaume-Uni) dans lesquels on trouve ce type de couverture. Ainsi, en Angleterre, les assureurs privés ont développé, en raison d'importantes files d'attente dans le système de soins publique, des garanties semblables à la couverture publique mais permettant d'éviter les temps d'attente. En France, ce type de couverture jusqu'alors inexistant pourrait se développer.

Si l'ASP complète les copaiements laissés à la charge du patient par la couverture publique (ticket modérateur), on parle de couverture *complémentaire*. Contrairement à la couverture substitutive, la couverture complémentaire fournit une couverture complète ou partielle pour des services non ou partiellement pris en charge par la couverture publique. Certains assureurs limitent les prestations aux soins hospitaliers, mais quand la couverture concerne aussi les soins ambulatoires, elle peut prendre en charge une partie importante des soins de médecins (généralistes et spécialistes), frais de maternité, médicaments, examens, coûts de transport, soins dentaires, médecine alternative... Ce type de couverture est observable en France et aux Etats-Unis.

Si l'ASP prend en charge des soins non pris en charge par la couverture publique, on parlera de couverture *supplémentaire*. Selon le pays, elle peut comprendre des prestations non couvertes par le régime public tels que des soins de luxe, médecine alternative ou complémentaire, ou des prestations d'hôtellerie hospitalière de luxe (même lorsque d'autres éléments de la prestation hospitalière, à savoir la composante médicale, sont couverts par le régime public). C'est une fonction classique de l'assurance santé privée. Le Canada est un bon exemple de ce type de couverture où le régime public ne prend pas du tout en charge les frais de lunetterie.

---

couverture des soins de santé des résidents. La distinction public/privé n'existe plus : toutes les assurances en soins de santé font partie désormais d'un « régime de droit privé assorti d'importantes garanties publiques ». (Bernstein, 2008, à paraître)

Nous résumons la typologie fonctionnelle retenue *in fine* à l'aide du tableau ci-dessous :

**Tableau 2 : Les fonctions de l'assurance-maladie privée selon l'OCDE**  
source : OCDE 2004

		<b>Admissibilité à l'assurance-maladie publique</b>	
		Personnes couvertes par le régime public	Personnes non couvertes par le régime public
<b>Prestations maladies couvertes par le régime d'assurance-maladie privée</b>	L'assurance privée couvre les soins curatifs médicalement nécessaires généralement couverts par le régime public	<b>2.</b> Assurance privée duplicative	<b>1.</b> Assurance privée primaire : - principale - substitutive
	L'assurance privée couvre le ticket modérateur du régime public	<b>3.</b> Assurance privée complémentaire	
	L'assurance privée couvre les prestations de santé non couvertes par les régimes publics ou l'assurance privée primaire	<b>4.</b> Assurance privée supplémentaire	

### Une question cruciale aux Etats-Unis, en raison du rôle prépondérant joué par l'assurance santé privée

**La question de la demande d'assurance santé principale est prépondérante**

**L'assurance santé, véritable élément de la politique de la main d'œuvre et de la rémunération, est le plus souvent collective**

Les dépenses américaines de santé sont les plus élevées parmi les pays industrialisés : d'après l'OCDE, 15,3% du PIB était consacré à la santé aux USA en 2005 contre 9% en moyenne pour les 30 pays membres de l'OCDE. D'inspiration libérale, le système d'assurance maladie ne repose ni sur le principe d'une couverture généralisée de la population, ni sur celui d'un financement public par le biais de prélèvements obligatoires. Au contraire, le système de santé américain est fondé sur l'assurance privée, collective ou individuelle.

Les premiers plans d'assurance dans le domaine de la santé sont les *Blue Cross* créés par les hôpitaux eux-mêmes, dépourvus de recettes publiques dans les années 30. Dans les années 40 se développent des produits d'assurance plus ambitieux, visant à couvrir aussi l'ambulatoire (*Blue Shields*). La période de guerre interdisant les augmentations salariales, mais les entreprises cherchant à faire face à la pénurie de main d'œuvre, on voit se développer des accords d'entreprise sur les à côtés de la rémunération. Au premier chef, on trouve l'octroi d'une

couverture maladie financée par l'employeur. Ainsi, jusqu'aux années 1970, l'assurance maladie américaine peut être dite « corporatiste » ou « segmentée » plus que privée : comme dans le système bismarckien, les prestations et les primes varient en fonction de la profession, mais il s'agit d'un système bismarckien renforcé, puisque les variations subsistent à l'intérieur d'un même secteur d'activité, d'un employeur à l'autre. Encore aujourd'hui l'assurance maladie est explicitement conçue aux Etats-Unis comme un élément de la politique de la main d'œuvre et de la rémunération, et l'un de ses effets recherchés est de limiter la mobilité du salariat.

### **Néanmoins malgré des politiques de maîtrise des coûts fondées principalement sur le *Managed Care*...**

Pour répondre aux préoccupations des employeurs concernant le coût de l'assurance maladie, les assureurs privés ont mis au point dès les années 70 un système de gestion coordonnée de filières de services médicaux : le *Managed Care*. L'idée générale est que la production de soins est un processus (Robinson, 1996) qui gagne en efficacité s'il gagne en cohérence. En reliant, par la contractualisation ou incorporation dans une structure hiérarchique, des médecins généralistes, des spécialistes, des infirmières et des hôpitaux sélectionnés, on peut améliorer la cohérence de ce processus et être plus efficace. L'*American Public Health Association* définit le *Managed Care* en ces termes : « tout système de financement et/ou de distribution organisé dans le but de contrôler l'utilisation des services de santé par ses affiliés, en vue de contenir les dépenses, d'améliorer la qualité, ou de répondre à ces deux objectifs ».

Ainsi les *Managed Care Organizations* (MCO) comportent des mécanismes incitatifs qui portent à la fois sur les patients incités à recourir à des producteurs de soins agréés mais aussi sur les professionnels de santé (modes de rémunération<sup>7</sup> et modes de contractualisation sélectifs). Les MCO ont bénéficié d'une reconnaissance juridique dès 1971 (obligation pour un employeur de proposer un MCO parmi les plans d'assurance maladie s'il en existe dans le ressort géographique), mais leur extension spectaculaire est relativement récente. Actuellement, près de 70% des Américains sont inscrits dans un plan de *Managed Care*, soit par le biais de leur employeur, soit individuellement. Ainsi aujourd'hui les plans d'entreprise ne contrôlant rien ont peu à peu disparu : alors qu'en 1970, tous les plans rémunéraient à l'acte et ne sélectionnaient ni ne contrôlaient les médecins, en 1987 ces plans traditionnels n'occupaient plus que 41% du

---

<sup>7</sup> Dans certaines MCO (les HMO de type *Staff Model*), le médecin est le plus souvent rémunéré sur la base d'un salaire ou d'un paiement *per capita* calculé en fonction du nombre de patients qui s'inscrivent auprès d'eux et ajusté en fonction du sexe et de l'âge. Leur rémunération est donc indépendante du nombre d'actes effectivement réalisés.

marché de la couverture des actifs, et 5% en 1990. Une raison fondamentale du déclin des plans payant à l'acte a sans doute été la tendance croissante des employeurs à ne prendre en charge qu'une partie fixe (et non proportionnelle) des primes d'assurance.

Les assureurs opérant avec des réseaux fermés obtiennent des résultats indéniables en termes de réduction des coûts ; les effets sont particulièrement visibles sur les taux d'hospitalisation et la durée des séjours, ainsi que sur les prescriptions d'exams coûteux. La pression des HMO a induit dans les zones où le *Managed Care* était particulièrement répandu, une restructuration forte de l'offre de soins afin de l'ajuster aux besoins réels : réduction du nombre de lits d'hôpitaux, fermeture de certains établissements. Les HMO ont démontré leur aptitude à peser sur les tarifs des producteurs et à gérer globalement le capital santé des assurés en investissant davantage que les assureurs traditionnels dans la prévention. En revanche, la concurrence a induit une très forte croissance des frais de gestion et marketing. Les coûts administratifs s'élèveraient à 22% des dépenses de santé aux Etats-Unis, contre 5% au Royaume-Uni (Woolhandler et Himmelstein, 1995). La volonté de réaliser des économies d'échelle sur ces postes expliquerait, en partie, les mouvements de concentration observés dans l'assurance (Barro et Cutler, 1997). Cette concentration est de plus en plus horizontale, et dans de nombreuses régions des Etats-Unis, les consommateurs sont confrontés à un oligopole d'assureurs.

### **...les primes d'assurance santé continuent à s'envoler pendant que la participation de l'employeur diminue**

Aujourd'hui, plus de 2 américains sur 3 sont couverts par le biais d'une assurance privée liée à l'emploi. Les entreprises, quelle que soit leur taille, ne sont pas obligées d'offrir une assurance maladie à leurs employés ; toutefois dans un contexte très favorable à l'emploi, elles ont eu tendance à étendre cette possibilité. Globalement dans les entreprises qui proposent une couverture maladie, 79% des employés sont éligibles (temps de travail ou ancienneté suffisants). La prime d'assurance mensuelle pour une personne seule s'élevait en moyenne à 202\$ en 2000, dont 86% étaient pris en charge par l'employeur. Depuis 1996, on note une tendance à la hausse des primes d'assurance qui est liée, en partie, à la forte croissance des dépenses de médicaments. Dans un premier temps, cette hausse des primes ne semble pas avoir été répercutée sur les employés, qui ont vu leur participation mensuelle passer de 37€ en 1996 à 28€ en 2000. Ce phénomène s'explique par l'existence, à cette époque, de vives tensions sur le marché du travail américain qui ont conduit les entreprises à se rendre plus attractives vis-à-vis des salariés en prenant en charge ces augmentations. Néanmoins, comme le souligne le *National Health Policy*

*Forum* (NHPF), il semble que la tendance se soit inversée ces dernières années. L'année 2004 étant la septième année consécutive de croissance accélérée des dépenses de santé, la pression financière exercée sur les employeurs commence à ne plus être tenable. Ainsi, les employeurs demandent de plus en plus à leurs employés une participation financière accrue, à travers une hausse des franchises dans l'expression des garanties et une participation réduite dans la prise en charge de l'assurance santé. Les employeurs arguent que ce désengagement de leur part aura un effet global positif : en reportant une partie des coûts sur les patients, ces mesures auront pour effet de les responsabiliser davantage, et donc *in fine* de conduire à une meilleure efficacité en réduisant les consommations médicalement non justifiées. Les points de *Cost Sharing* concernent l'introduction de copaiements, de coassurance et de franchises.

### **La tendance actuelle chez les employeurs est d'augmenter la participation financière de l'assuré tout en lui offrant une liberté accrue en terme de choix de contrat**

Auparavant le *Managed Care* était fondé sur de faibles copaiements, pas de franchises, mais en revanche des restrictions sur le choix du praticien et des contrôles d'utilisation. Aujourd'hui les Etats-Unis sont désormais entrés dans une ère dite « *post Managed Care* ». Dans cette nouvelle ère, on reconnaît la liberté de choix du consommateur, mais le patient optant pour des praticiens, des sites ou des médicaments jugés moins efficaces devra à travers un copaiement plus élevé supporter des coûts plus élevés. Galvin et Milstein (2002) résument le point de vue de nombreux employeurs : « les employeurs pensent qu'exercer une pression financière sur les employés est bénéfique sur la qualité et l'efficacité et néanmoins sous-utilisée. Ils croient qu'on peut obtenir conjointement une meilleure qualité et un coût plus faible si les assurés sont davantage responsabilisés pour leurs dépenses de santé et si les employeurs répondent en améliorant leurs performances ». <sup>8</sup> Certains employeurs ont des considérations sociales : leur contribution à l'assurance santé de leurs employés est inversement proportionnelle au montant du revenu de ces derniers. Deux études trouvent respectivement que 9% et 24% des employeurs ont une contribution indexée sur le salaire de leurs employés. C'est une tendance croissante : auparavant une prise en charge généreuse pour tout le monde, depuis quelques années, un *cost sharing* supporté en premier lieu par les hauts revenus. D'après une enquête réalisée en 2003 par Kaiser,

---

<sup>8</sup> Pourtant les employeurs semblent de plus en plus pessimistes quant à la capacité du marché à générer à lui seul cette efficacité sans l'intervention du gouvernement. Ainsi, *The Community Tracking Study*, une enquête longitudinale de 12 marchés de soins représentatifs sponsorisée par la Robert Wood Johnson Foundation a démontré que la plupart pensait qu'« une sorte d'intervention plus forte que ce qui a été essayé avant est nécessaire pour occasionner un réel changement ».

80% des grandes entreprises et 31% des petites entreprises proposent à leurs employés plus d'un type de contrat.

### **Un faible recours à l'assurance privée individuelle**

Les Américains ont aussi la possibilité de souscrire une assurance maladie privée à titre individuel. Dans ce cas, les primes d'assurance sont déterminées selon les caractéristiques individuelles des personnes (*experience rating*) et non de façon mutualisée au niveau d'un groupe (*community rating*). Dans ce contexte, les primes demandées aux personnes s'assurant individuellement et présentant des risques élevés s'avèrent le plus souvent rédhibitoires, ce qui explique le faible recours à ce type d'assurance.

### **Tandis que la demande d'assurance santé complémentaire aux programmes publics est une question plus marginale**

Le type d'organisation qui prévaut aux Etats-Unis n'est pas sans inconvénients. Le premier étant de ne rien proposer pour la couverture des frais de soins des personnes n'ayant pas droit, directement ou par l'intermédiaire de leur famille, à un contrat collectif. Cette lacune concerne les retraités (seules 20% des entreprises prennent en charge leurs retraités au titre de l'assurance maladie d'après le NEHIS<sup>9</sup> 94), les chômeurs et toute personne à laquelle un handicap ou une maladie interdit d'exercer une activité. Le problème est naturellement crucial pour les retraités, dont les besoins médicaux sont les plus élevés, ce qui a motivé en 1965 l'instauration du programme public *Medicare*.

### ***Medicare* pour les personnes âgées ou handicapées**

Ce programme financé par l'Etat fédéral s'adresse essentiellement aux personnes de plus de 65 ans, sans conditions de revenus, mais aussi aux sujets handicapés ou souffrant de maladies chroniques âgés de moins de 65 ans, soit au total 13,7% de la population américaine en 2005. Le financement public n'a pas modifié le mode d'administration, confié aux *Blue Cross*. *Medicare* recouvre en fait deux programmes distincts. La partie A garantit le remboursement intégral des dépenses hospitalières dans la limite de 60 jours d'hospitalisation par an. Au-delà, le patient se voit imposer un ticket journalier de 170 dollars. La partie B permet un remboursement des dépenses autres qu'hospitalières à hauteur de 40%, en raison d'un système de ticket modérateur,

---

<sup>9</sup> *National Employer Health Insurance Survey*

de franchises, et surtout parce que le médicament n'est pas pris en charge. Pour accéder à la partie B, les assurés doivent verser des cotisations mensuelles, qui ne couvrent maintenant que le quart des prestations versées.

### ***Medicaid* pour les plus modestes**

*Medicaid* est un autre programme public, dont le financement est assuré conjointement par l'administration fédérale et les Etats : il couvre les dépenses de santé des personnes défavorisées et concernait à ce titre en 2005 13% de la population américaine, dont la moitié d'enfants. Toutefois les critères d'éligibilité à *Medicaid* sont très variables d'un Etat à l'autre et ne garantissent pas en pratique un accès universel aux soins.

### **Les assurances santé privées complémentaires**

Aux Etats-Unis, les personnes éligibles à *Medicare* peuvent souscrire des polices complémentaires *Medigap* qui couvrent la partie des frais non couverte par *Medicare*. Les employeurs proposent souvent à leurs salariés retraités de telles polices. Le marché des polices *Medigap* est strictement réglementé ; ainsi, les assureurs ne peuvent vendre que des polices normalisées, dont le renouvellement est garanti et qui doivent être accordées à tous les demandeurs dans un délai de six mois à compter de l'ouverture de leurs droits. Les assurés pauvres de *Medicare* bénéficient aussi d'une couverture complémentaire par *Medicaid* (17% des bénéficiaires de Medicare). Plus des deux tiers des assurés de *Medicare* ont une couverture complémentaire au titre de polices souscrites individuellement et/ou par l'employeur.

### **La question de la demande d'assurance santé est d'autant plus importante que trop d'Américains restent non couverts à l'heure actuelle**

Sans couverture universelle, à l'heure actuelle près de 16% de la population ne bénéficie d'aucune couverture maladie. L'absence de couverture maladie reste largement liée au niveau de revenu : ainsi plus de 80% de l'augmentation du nombre de non assurés entre 1993 et 1998 a touché les personnes dont le revenu est inférieur à 200% du seuil de pauvreté. Selon le rapport « Medicaid and the Uninsured » publié par la *Kaiser Kommission*, les groupes pour lesquels la probabilité de ne pas avoir d'assurance maladie est la plus forte sont les jeunes adultes, surtout les hommes (les hommes adultes représentent 38% des non assurés), les personnes vivant dans les familles à faibles revenus (56% des non assurés ont un revenu inférieur à 200% du seuil de

pauvreté fédéral) et notamment les travailleurs à faibles revenus employés dans des petites entreprises.

Pour remédier à ce grave problème, la réforme « Clinton » de 1994 avait pour principal objectif d'instaurer l'assurance universelle. Au terme de cette réforme, de nouvelles agences, les *Health Alliances* (HA), monopoles locaux, devaient être désignées comme unique intermédiaire entre les assurés et les assureurs. Au sein d'une HA, les assurés devaient pouvoir choisir entre différentes formes d'assurance (HMO, PPO<sup>10</sup> et assurance traditionnelle). Tous les contrats proposés devaient couvrir les mêmes biens et services mais les participations financières des usagers étaient différenciées pour prendre en compte la façon dont fonctionnent traditionnellement les différents types d'organismes qui proposent une couverture. La participation financière des employeurs au financement de l'alliance était obligatoire et standardisée à environ 80% de la moyenne des primes proposées au sein de l'alliance, le reste financé par les ménages eux-mêmes. Afin de garantir l'accès de l'assurance à tous, des subventions étaient accordées aux travailleurs indépendants et aux ménages dont le revenu était inférieur à 150% du seuil de pauvreté. Mais la réforme a échoué. En effet comme l'analyse Lacronique (1995), il s'agissait d'« un projet trop compliqué impossible à comprendre pour la majorité des Américains, apparaissant comme une série d'exceptions à un principe de base de couverture universelle et de cotisation obligatoire ».

## Conclusion

Aux Etats-Unis, l'assurance santé privée joue un rôle crucial dans le financement des soins puisqu'elle constitue la seule couverture possible (couverture primaire principale) pour la majorité de la population (60% environ). Ce rôle prépondérant de l'assurance santé privée explique sans doute l'extrême abondance d'articles américains traitant de la question de l'assurance santé aux Etats-Unis (antisélection sur les marchés d'assurance santé privée, déterminants de la demande d'assurance santé, efficacité des réseaux de type HMO, sensibilité des assurés au montant de la prime...). L'inconvénient majeur du système de santé américain est de laisser près de 16% des Américains sans aucune couverture. Pour remédier à ce grave

---

<sup>10</sup> PPO : *Preferred Provider Organisation*. Il s'agit d'un type particulier de MCO (*Managed Care Organisation*) réunissant des médecins, des hôpitaux et autres fournisseurs de soins, tous liés à l'assureur par un contrat dans lequel ils s'engagent à offrir à ses assurés des soins à des tarifs préférentiels. L'idée sous jacente à ce type d'organisation étant que les offreurs de soins accordent des remises substantielles aux assurés, en contrepartie d'un volume de soins *a priori* garanti. Au final, l'assureur y gagne en remboursant les soins sur la base d'un tarif plus faible qu'en l'absence d'un tel contrat, et l'assuré aussi, puisqu'une partie des économies réalisées par l'assureur se traduit par une réduction de la prime.

problème, Clinton avait proposé dès 1994 une réforme d'envergure pour instaurer une couverture publique obligatoire. Malheureusement cette réforme n'a jamais pu aboutir. Pour autant, le Massachusetts met actuellement en œuvre une généralisation de l'assurance maladie à l'ensemble de la population et onze autres états envisagent des réformes similaires (voir à ce sujet Cohu et Lequet-Slama (2007)). Ainsi, plutôt que de mener une réforme unique au niveau national, il semble que les Etats-Unis aient choisi la voie d'une réforme décentralisée, menée Etat par Etat. De façon schématique, il semble que deux solutions soient prises au niveau fédéral pour étendre la couverture : étendre les critères d'éligibilité aux programmes publics, subventionner l'achat d'assurance santé. Dans ce contexte, dans les prochaines années les articles de recherche sur la question de la demande d'assurance santé privée aux Etats-Unis ne devraient pas manquer. En particulier, la question de la sensibilité de la demande d'assurance santé au prix payé par l'assuré sera extrêmement importante, en permettant de déterminer au plus juste le montant de la subvention qu'il convient d'offrir aux non assurés pour qu'ils achètent une assurance santé privée.

## **La question de la demande d'assurance santé substitutive en Allemagne**

### **La demande d'assurance santé primaire substitutive est liée à la possibilité de sortir de la couverture publique...**

L'actuel système de santé allemand qualifié de « bismarckien » est hérité de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Tous les salariés et les personnes à leur charge sont couverts par l'assurance maladie légale : la *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), à l'exception des travailleurs indépendants et des fonctionnaires. Les salariés qui dépassent un certain plafond de revenus mensuels (situé aujourd'hui à environ 3200€ pour les actifs occupés et à environ 4300€ pour les retraités et les chômeurs, soit environ 20% de la population) peuvent sortir de la caisse publique d'assurance-maladie et s'assurer auprès d'un système d'assurance santé privé, le *Private Krankenversicherung* (PKV), dispensé par une cinquantaine de caisses privées. S'ils remplissent certains critères, les assurés sociaux peuvent choisir de rester dans le régime public même s'ils sont autorisés à en sortir. Les travailleurs indépendants peuvent s'y affilier à titre volontaire. En 2002, la GKV couvrait 88% de la population.

Quand on décide de sortir de la GKV, il est pratiquement interdit d'y revenir. Par contre, ces personnes peuvent choisir de rester assurées par une caisse maladie : elles sont 77% à préférer

cette option. Thomson, Busse et Mossialos (2002) identifient plusieurs raisons pour expliquer un tel phénomène. D'abord il existe peu de différences en terme de qualité entre la couverture publique -la GKV- et les couvertures offertes par les assureurs privés. En effet, l'assurance santé substitutive ne fournit pas davantage de choix en terme d'accès aux soins : seulement 3% des lits d'hôpitaux et 3% des médecins ne sont pas accessibles par le biais de la GKV. De plus contrairement à la GKV, l'assurance santé substitutive ne couvre pas automatiquement les personnes à charge : toute personne supplémentaire doit acquérir une couverture supplémentaire et payer une prime supplémentaire. De ce fait, la taille de la famille est un facteur critique d'achat d'ASP substitutive. Ensuite la croissance rapide des primes d'ASP substitutive ces dernières années (mêlée à une participation limitée de l'employeur dans le financement de l'ASP substitutive) a fait que beaucoup d'Allemands jugent ce type d'assurance trop chère par rapport à la GKV, malgré les efforts de marketing entrepris par les assureurs mettant en avant les facilités offertes par une assurance privée. Enfin les assureurs privés fournissent des prestations en espèces contrairement à la GKV qui fournit des prestations en nature : ainsi les détenteurs d'ASP substitutive doivent généralement payer directement les producteurs de soins et ne sont remboursés que dans un deuxième temps par leur assureur.

Le nombre de personnes avec une assurance santé substitutive a augmenté de 4,2 millions en 1975 à 7,5 millions en 2000, pour atteindre à cette date environ 9% de la population. Les primes sont calculées en fonction du niveau de couverture, du niveau de risque, de l'âge à la souscription, du genre et de l'état de santé au moment de la signature du contrat. Les conditions préexistantes sont exclues si elles sont connues au moment de la signature mais non révélées à l'assureur. En revanche les conditions préexistantes déclarées sont couvertes, mais s'accompagnent généralement de primes plus élevées. Les employeurs sont autorisés à financer jusqu'à 50% des primes de leurs employés (comme dans la GKV), mais leur contribution est limitée à la contribution maximale dans la GKV de façon à ce que l'assuré supporte intégralement le coût de toute dépense supplémentaire.

### **...et fait de l'Allemagne le plus grand marché d'ASP d'Europe**

L'Allemagne a le plus grand marché d'ASP d'Europe. L'ASP est fournie par 52 assureurs santé privés réunis dans l'Association des Compagnies d'Assurances Santé Privées (*Verband der privaten Krankenversicherung*, PKV), dont 46 qui offrent une ASP substitutive (cf *infra*). Le marché est relativement concentré puisqu'en 2002 dix assureurs percevaient à eux seuls 72,8% de

l'ensemble des primes collectées. Sur les 52 assureurs santé privés, 22 sont des sociétés d'assurances de type mutuelles tandis que 25 ont le statut de sociétés d'actionnaires. Tous les assureurs sont spécialisés en assurance santé, et les polices ne sont pas vendues conjointement à d'autres sortes d'assurances. Les primes d'ASP sont déductibles de l'impôt sur le revenu, comme le sont d'autres primes d'assurance, moyennant certains plafonds. Pourtant, ces déductions ne créent pas de fortes incitations à acheter une ASP, car les plafonds sont trop faibles pour les individus avec une ASP substitutive (le plafond décroît quand le revenu augmente), et les personnes intéressées par l'achat d'une ASP complémentaire ou supplémentaire auront dépassé le plafond du fait de leur contribution à la GKV. Enfin, notons que l'assurance santé collective n'est pas très développée en Allemagne.

### **La demande d'assurance santé supplémentaire est à présent assez faible mais est en plein essor**

Malgré l'existence de nombreux copaiements (portant sur les séjours à l'hôpital, les transports en ambulance, les soins dentaires), aucun assureur ne propose de police qui couvrirait ces copaiements (alors que de telles polices ne seraient sans doute pas illégales). Ainsi l'ASP en Allemagne est beaucoup plus supplémentaire que complémentaire. Afin d'obtenir une couverture complète, les individus qui optent pour une couverture substitutive peuvent avoir à acheter différentes polices, l'ambulatoire et les frais de dentistes pouvant être couverts séparément des frais d'hospitalisation. En 2002, 9% de la population allemande (soit environ 7,5 millions d'individus) détenait une assurance santé privée supplémentaire. La proportion de détenteurs d'ASP supplémentaire s'est fortement accrue ces dernières années (5,3% en 1991, 7% en 1997 et 7,6% en 1998) en raison de l'apparition de nouveaux produits d'assurance couvrant les couronnes et les soins dentaires, exclus en 1996 de la prise en charge publique pour les individus nés après 1978.

### **La dernière réforme augmente *a priori* le spectre des assurances supplémentaires**

La dernière réforme en date est la « réforme Schmidt-Seehofer » de 2003. Comme le souligne Patrick Hassenteufel (2004), on ne peut que s'étonner des nombreux points communs entre la dernière réforme française et la réforme Schmidt-Seehofer qui comprend trois axes principaux, à savoir :

- un accroissement de la participation financière des patients : augmentation des tickets modérateurs déjà existants et introduction d'un ticket modérateur pour les consultations médicales, le patient devant s'acquitter d'une taxe dite « de cabinet médical » (*Praxisgebühr*) de 10 euros, versée une seule fois par trimestre et pour une pathologie donnée (et non pas pour chaque consultation).
- une diminution des prestations : sont supprimés la prise en charge des médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance, les montures et verres de lunettes, la stérilisation, les cures thermales, les frais d'ambulance...
- des mesures tendant à améliorer le fonctionnement global du régime : un certain nombre de prestations seront désormais financées par l'impôt, la fiscalité sur le tabac a été augmentée, l'introduction d'un médecin de famille : toutes les caisses doivent désormais proposer un « système du médecin de famille » (*Hausarztssystem*) qui repose sur un contrat individuel entre la caisse et le médecin.

### **Conclusion**

Le financement des soins dans le système bismarckien de santé allemand n'est pas dénué de ressemblances avec le mode de financement français, bien au contraire. Néanmoins, trois différences majeures existent entre le cas allemand et le cas français. Premièrement, il existe en Allemagne une concurrence entre caisses que la France ne connaît pas. En effet, en Allemagne, depuis 1992, l'assuré est libre de choisir sa caisse d'assurance santé publique, si bien que depuis cette date les caisses se font concurrence sur le taux de cotisation. En outre, depuis la réforme Schmidt-Seehofer de 2003, la concurrence a été progressivement étendue à l'offre de soins : les caisses peuvent désormais proposer des formes de prise en charge intégrées dans le cadre de centres de soins médicaux (*Medizinische Versorgungszentren*) regroupant médecins et autres professions de santé. Deuxièmement, l'Allemagne autorise une partie de sa population à sortir du système public (assurance santé privée substitutive), alors qu'en France l'affiliation à la Sécurité Sociale est obligatoire, quel que soit le niveau de revenu. Cette particularité outre Rhin a d'ailleurs donné lieu récemment à une étude très intéressante montrant que les assurés à titre substitutif, mieux remboursés que les assurés des caisses publiques, pourraient voir leur demande manipulée par les médecins (phénomène de demande induite), ce qui ne semble pas être le cas des assurés des caisses publiques (H. Jürges (2007)). Troisièmement, depuis peu, les caisses d'assurances privées allemandes ne peuvent plus refuser les assurés remplissant les conditions de libre assurance. Par ailleurs, elles devront dès 2009 proposer un tarif de base, comparable à celui du système général obligatoire. Notons que ces particularités rapprochent plus l'Allemagne du modèle de concurrence régulée (*Managed Competition*) en vigueur aux Pays-Bas, que du cas français où les primes des contrats d'assurance complémentaire santé ne sont actuellement pas encadrées.

## **La demande d'assurance santé duplicative en Angleterre, une affaire politique ?**

**A priori le système de santé anglais ne laisse pas de place à l'assurance santé privée**

**Historiquement, le système de santé anglais est pensé pour assurer l'intégralité de la couverture**

Le système de protection sociale britannique ou *National Health System* (NHS) actuel remonte à la publication en 1942 du rapport « Social Insurance and Allied Service » de Lord William Beveridge. De ce rapport se sont dégagés les grands principes de la sécurité sociale, également appelés « règles des trois U » : universalité (couverture de tous les risques et de l'ensemble de la population), unité (un seul système, une caisse unique) et uniformité (des prestations en espèces, même prestation pour tous). La couverture étant minimale, Kerschen (1995) indique que « le plan laisse une large place à l'épargne personnelle et à l'assurance volontaire pour dépasser le niveau des prestations ou couvrir des risques particuliers ».

Les Anglais considèrent que la santé relève de la responsabilité de l'Etat. Le système de santé est universel : tout citoyen ou résident y bénéficie de soins gratuits, financés par l'impôt et organisés par une puissante administration. Néanmoins, comme le souligne Join-Lambert et Lefresne (2004) , « les affrontements sur la mission propre de l'Etat dans ce système ont été vifs : la question de la délimitation entre la politique publique et la responsabilité privée a été, et continue d'être, une question non résolue. »

### **Les médecins sont des salariés du *NHS***

Le médecin de famille, le *General Practitioner* (GP), commande l'accès au NHS et filtre (*Gate Keeper*) la demande de soins spécialisés des hôpitaux. Tout anglais doit s'inscrire auprès d'un GP de son choix et le consulter avant toute hospitalisation ou toute consultation d'un spécialiste. La plupart des médecins généralistes (environ neuf sur dix) travaillent en groupe. Les médecins généralistes sont des contractants indépendants rémunérés par le Ministère duquel ils reçoivent des rémunérations adaptées à leur activité sous forme de capitation (paiement *per capita*) qui les incitent à respecter l'éthique du NHS, en particulier à appliquer les stratégies de prévention

évaluées et jugées efficaces. Quant aux spécialistes attachés aux hôpitaux ainsi qu'aux médecins qui travaillent dans les services de soins communautaires, ils sont des salariés. Les soins dispensés sont gratuits. Aucune avance de frais n'est demandée. Si le patient s'adresse à un médecin privé, il ne pourra obtenir de remboursement de la part du NHS.

### **Mais les files d'attente, notamment dans les hôpitaux publics, ouvrent la voie aux assurances santé duplicatives privées**

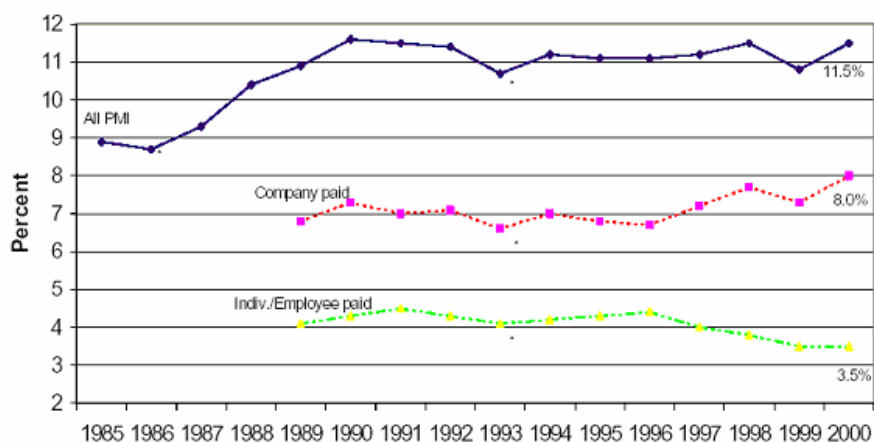
Les hôpitaux et les cliniques, qui sont des organismes publics, sont en compétition les uns avec les autres pour l'obtention de contrats des administrations sanitaires de district et des Fonds de médecine générale. Ces organismes sont généralement autogérés à l'intérieur du système public et ont le pouvoir de fixer localement la rémunération et les conditions de travail de leur personnel, d'accumuler des excédents, d'emprunter et de disposer de leurs actifs. L'admission à l'hôpital se fait par l'intermédiaire du médecin généraliste, du service des urgences ou encore du service des accidents. Les patients ont le choix entre 5 établissements proches de chez eux. Les séjours sont gérés par le NHS et sont gratuits. Les hôpitaux, peu ou mal reconstruits depuis la dernière guerre, sont sous-financés et offrent un confort médiocre. Mais le grand écueil du NHS tient surtout aux files d'attente (*waiting lists*) qu'il génère du fait des capacités d'accueil insuffisantes de ses hôpitaux publics. Même si la réforme du NHS lancée par le gouvernement de Tony Blair a largement permis de réduire ce phénomène (faisant passer le nombre de personnes attendant pour un lit d'hôpital de 1297700 en mars 1998 à 850000 en décembre 2004, soit une baisse de 35%), les files d'attente restent le cancer du NHS et ouvrent ainsi largement la voie aux assurances privées.

### **La demande d'assurance duplicative en Angleterre dépend très fortement des choix politiques**

Du fait de l'organisation même du système de santé anglais, plus les difficultés du NHS persistent et plus les assurances privées (*British United Provident Association, British Private Plan* ou *Western Union Association*) gagnent du terrain : en 2002, près de 7 millions de Britanniques (soit 11,5% de la population) sont couverts par une assurance privée, c'est-à-dire quatre fois plus qu'en 1970, principalement par le biais de leur employeur. Le marché de l'ASP est particulièrement concentré : les cinq premières compagnies d'assurance recueillent 90% des primes. Si on regarde l'évolution du marché de l'ASP sur la période 1985-2000, on observe ceci :

**Graphique 1 :** *Evolution dans le temps du pourcentage de la population anglaise couverte par une ASP*

Source : Laing et Buisson, UK Private Medical Insurance Market Sector Report, 2000 et 2001



Ainsi, on constate que le nombre de détenteurs d'une ASP financée par l'employeur a augmenté de 23% entre 1990 et 2000 tandis que sur la même période, le nombre de détenteurs d'ASP financée de façon individuelle ou mixte (individuelle et prise en charge de l'employeur) a diminué de 6% environ. En 2000, 66,5% des détenteurs d'ASP avaient un contrat entièrement pris en charge par leur employeur. Pour King et Mossialos (2002), c'est du côté politique qu'il faut se tourner pour comprendre les évolutions de la demande d'ASP en Angleterre sur la période étudiée.

Ainsi la phase de croissance de l'ASP observée entre 1985 et 1997 est à relier aux mesures prises par les gouvernements conservateurs de Thatcher et Major alors au pouvoir. Ces gouvernements ont encouragé la construction d'hôpitaux privés non couverts par le NHS. Ensuite ils ont introduit des incitations fiscales à souscrire une ASP<sup>11</sup>. Enfin, à partir de 1990, un abattement fiscal a été consenti aux détenteurs d'ASP âgés de plus de 60 ans. Autant de mesures qui ont stimulé la demande sur cette période. Au contraire, la phase de décroissance observée pour l'ASP financée de façon individuelle ou mixte (individu+employeur) correspond à l'arrivée au pouvoir en 1997 du *Labour Party*. En effet le *Labour* prend dès son arrivée au pouvoir une série de mesures qui vont dans le sens inverse de celles prises par les deux gouvernements précédents. Les raisons de ce revirement sont doubles. Certes le *Labour* désire imprimer la marque d'une rupture idéologique avec le parti conservateur. Mais surtout les incitations

<sup>11</sup> En effet, les primes prises en charge à parts égales par l'employé et l'employeur sont entièrement déductibles des impôts pour l'employeur. Il en va de même des primes de contrats individuels payées par des individus ayant un faible revenu.

financières introduites par les gouvernements précédents ont largement démontré leur inefficacité à accroître sensiblement la demande d'ASP malgré leur coût onéreux. L'abattement fiscal introduit en 1990 est suspendu. Par ailleurs, le nouveau gouvernement augmente de 4% à 5% la taxe sur les contrats d'ASP introduite en 1994 au taux initial de 2,5%. Ces mesures qui ont pour effet d'accroître sensiblement le coût de l'ASP (ainsi on estime que les primes d'ASP individuelle ont augmenté de 15% sur l'année 1999, soit 5 fois l'inflation sur la même période) ont pour effet de faire baisser la demande d'ASP individuelle ou mixte.

Pour autant, à partir de 1997 le nombre de détenteurs d'ASP financée intégralement par l'employeur augmente sensiblement, ce qui suggère que la demande d'ASP s'est déplacée de l'ASP financée individuellement ou de façon mixte vers celle financée par l'employeur. Pour King et Mossialos, ce report a été possible en raison des bonnes performances économiques des couvertures payées par l'employeur mais aussi grâce aux changements d'attitudes des employeurs devenus plus enclin à financer l'ASP de leurs employés. En 2000, 11,5% de la population détient une ASP (Laing et Buisson 2001). Les hauts revenus sont surreprésentés : 40% des adultes détenteurs d'une ASP sont dans le dernier décile de revenu comparé à 5% dans le premier décile (Emmerson et al. 2000). D'après les données de l'Enquête Générale sur les Ménages de 1995, 12% des individus de la tranche d'âge 45-64 ans détiennent une ASP contre seulement 5% des individus âgés de plus de 65 ans. Le taux de détention d'ASP diffère également de façon importante selon les secteurs d'activités : ainsi les travailleurs tertiaires en particulier les individus qui occupent des fonctions managériales sont 22% à détenir une ASP contre 2% chez les ouvriers spécialisés et les individus qui travaillent dans le service à la personne.

## **Conclusion**

En Angleterre, compte tenu de la fonction duplicative occupée par l'assurance santé privée, à l'heure actuelle, seulement 12% environ des Anglais détient ce type de couverture. Notons que l'acquisition d'une assurance santé duplicative ne dispense pas de cotiser au système béveridgien du NHS, par le biais de l'impôt, si bien que ce type de couverture s'adresse essentiellement à des personnes aisées, ayant les moyens suffisants pour s'offrir l'accès à un système de soins privés en marge du système public de soins. La question de la demande d'assurance santé privée est donc *a priori* plutôt une question marginale outre Manche. Aucun parallèle n'existe actuellement avec le cas français, puisqu'en France les assurances santé privées

ne peuvent exercer qu'un rôle complémentaire<sup>12</sup>. L'existence même de ce genre d'assurance en Angleterre constitue d'une certaine manière un aveu des faiblesses du NHS (en particulier des longues listes d'attente qui le caractérisent). Enfin, face aux problèmes du NHS, il est intéressant de regarder à quel point les solutions apportées par les gouvernements au pouvoir peuvent différer. De façon à alléger la pression de la demande sur le NHS, le gouvernement Thatcher a souhaité encourager la souscription d'assurances santé duplicatives en instaurant une déductibilité fiscale des primes d'assurance. Au contraire, le gouvernement Blair a supprimé ces exonérations fiscales et dans le même temps a lourdement investi dans la modernisation et la rénovation des structures de soins.

## **La demande d'assurance complémentaire santé en France**

### **Un bref historique des assurances complémentaires**

#### **Autrefois les mutuelles offraient une couverture de base aux plus démunis**

Les sociétés de secours mutuels, ancêtres de nos mutuelles actuelles, constituent la première forme de prévoyance non généralisée en France. Elles apparaissent au XVIII<sup>ème</sup> siècle, à la suite des différentes guildes, confréries et sociétés de compagnons qui organisaient déjà la solidarité entre les membres d'une même profession. Ces sociétés prennent en charge les questions liées à la prévoyance (maladie, incapacité, décès). A cette époque, elles ne bénéficient pas encore de reconnaissance sur le plan juridique. Au contraire même, la Révolution Française de 1789 signe la fin de ces sociétés avec la loi Le Chapelier du 14 juin 1791. Promulguant la fin de la liberté d'association, cette loi entraîne *ipso facto* la disparition des sociétés de secours mutuels. Elles renaissent pourtant avec l'Empire sous l'impulsion de la Société Philanthropique, dont le but est « d'engager les ouvriers à se réunir pour s'assurer mutuellement des ressources en cas de maladie, ou lorsque les infirmités de la vieillesse les mettraient dans l'impossibilité de continuer leurs travaux. » La loi du 15 juillet 1850 constitue le premier texte légal consacré aux sociétés de secours mutuels, par lequel elles peuvent se faire reconnaître « établissement d'utilité publique ». C'est finalement la loi du 1er avril 1898 qui, en accordant aux sociétés de secours mutuel une

---

<sup>12</sup> Même si récemment les AGF ont proposé un contrat, *Excellence Santé*, s'adressant à des clients très fortunés (essentiellement des dirigeants de grandes entreprises) et leur permettant de bénéficier d'une médecine de pointe (grands praticiens de renom triés sur le volet, meilleurs chirurgiens...) dans les meilleurs délais. Néanmoins, étant donnée la levée de boucliers que l'annonce de la commercialisation de ce contrat a déclenchée (ses détracteurs avançant notamment qu'il s'agissait d'une remise en cause profonde de l'égalité de la population face aux soins), ce contrat n'a finalement pas été commercialisé.

véritable liberté d'association et en étendant leur champ d'action à celui des risques d'accidents, vieillesse et décès, permet le véritable essor de la Mutualité<sup>13</sup>. Cette liberté d'association ne tarde pas à trouver son expression : en 1902 est créée la *Fédération Nationale de la Mutualité Française* (FNMF). La fédération va rapidement s'affirmer comme un partenaire essentiel des pouvoirs publics, pour l'élaboration d'une politique de santé.

### **Mais la création des Assurances Sociales à la fin des années 20 relaie les mutuelles au second rang**

La loi du 5 avril 1928, refondue le 30 avril 1930, installe juridiquement les premières formes d'Assurances Sociales, inspirées du modèle allemand hérité du chancelier Bismarck. Cette loi institue une prévoyance obligatoire couvrant la maladie, la maternité, l'invalidité et les conséquences des accidents pour la seule population ouvrière. Il est également prévu de couvrir les risques de vieillesse. Concernant la couverture maladie, il s'agit d'une couverture familiale couvrant, outre l'assuré, le conjoint et leurs enfants de moins de 16 ans. La garantie maladie porte sur les frais médicaux et pharmaceutiques, l'hospitalisation, les frais dentaires ainsi que les indemnités journalières. Une participation de 15 à 20% est laissée à la charge des assurés, en fonction de leur niveau de revenus. La loi prévoit la signature d'une convention entre les caisses et les professions de santé pour fixer les tarifs des principales prestations. L'affiliation s'exerce sous la responsabilité de l'employeur qui est également chargé du versement des cotisations réparties en une part à la charge du salarié et une part à la charge de l'employeur, et définies par tranche de revenus. Même si l'ensemble des salariés n'est pas couvert, compte tenu de l'existence de régimes spéciaux antérieurs (fonctionnaires, cheminots, ouvriers mineurs), les assurances sociales instaurées par les lois de 1928 et 1930 représentent néanmoins une première forme de prévoyance obligatoire, encadrée et contrôlée par l'Etat, en dépit d'une grande liberté laissée aux assurés sociaux dans l'affiliation aux organismes payeurs. Quand sont instaurées les assurances sociales dans les années 1928-1930, la Mutualité ne manque pas de faire valoir son expérience gestionnaire et la Mutualité se rend techniquement indispensable au fonctionnement des assurances sociales. Les unions départementales peuvent alors créer une caisse primaire de répartition pour les risques maternité-décès et une caisse de capitalisation pour les services retraite et invalidité.

---

<sup>13</sup> En 1898, 11.825 sociétés rassemblent 1.909.479 membres. En tenant compte des adhésions familiales, il est possible d'estimer à environ 10% le nombre de Français couverts par une société mutualiste à la fin du siècle.

## **L'entre deux guerres marque aussi l'essor des assureurs sur le créneau de la complémentaire santé d'entreprise**

Mais travaillant de concert avec les assurances sociales à la garantie des salariés les plus modestes, la Mutualité laisse le champ libre aux compagnies commerciales pour assurer les autres tranches de la population. C'est ainsi que certaines d'entre elles s'engagent dans un secteur jusqu'alors presque exclusivement réservé à la Mutualité : le secteur de la maladie. Ce marché est à cette époque porteur, car la sophistication croissante de la médecine et la banalisation du recours à la chirurgie entraînent rapidement un surcoût des soins que les fragiles budgets des petites sociétés de secours mutuels ne peuvent assumer.

Les conventions collectives, définies en 1936, constituent un vecteur efficace pour les contrats d'assurance groupe aux tarifs plus avantageux que les contrats individuels. Voulant réduire encore les frais d'exploitation, les compagnies d'assurance créent en 1938 le Bureau Commun des Assurances de Groupe (BCAG). De son côté, à la veille de la seconde guerre, exception faite des mutuelles syndicales déjà citées, la Mutualité n'a guère progressé dans la pénétration de ce marché, alors que les compagnies d'assurances se sont engouffrées dans la brèche non couverte par la nouvelle législation.

## **La création de la Sécurité Sociale en 1945 consacre le rôle « complémentaire » des mutuelles et des sociétés d'assurance...**

Les conséquences de l'instauration de la Sécurité Sociale le 4 octobre 1945 sur l'activité des mutuelles et des sociétés d'assurance sont claires : il apparaît d'emblée que la Mutualité ne jouera pas auprès de la Sécurité Sociale le rôle d'organisme gestionnaire qui avait été le sien auprès des Assurances Sociales. Au contraire, mutuelles et sociétés d'assurance sont *ipso facto* réduites au rôle d'organismes « complémentaires », terme qui prend alors véritablement tout son sens.

## **...et conduit à l'apparition d'un troisième acteur : les institutions de prévoyance**

L'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation de la Sécurité Sociale marque aussi l'apparition d'un nouvel organisme au sein du paysage de la protection sociale : celle des *institutions de prévoyance*. Au moment de leur création, ces institutions relevant du code de la Sécurité Sociale sont des caisses de retraite et de prévoyance (essentiellement décès) autorisées à fonctionner en répartition. Si les institutions de prévoyance connaissent un essor significatif à travers la convention collective du 14 mars 1947 qui instaure un régime de retraite complémentaire des cadres et institue une prestation obligatoire en cas de décès, ce n'est véritablement qu'au cours des années 1960 qu'apparaissent des institutions de prévoyance distinctes des caisses de retraite, mais créées à leur initiative pour offrir à leurs affiliés les prestations de prévoyance complémentaires qu'elles n'ont statutairement pas le droit de proposer.

### **Depuis, la Mutualité n'a cessé de perdre du terrain**

Dans ce nouveau champ, les mutuelles pensent avoir un avantage comparatif sérieux par rapport aux sociétés d'assurances. En effet, concernant la prise en charge du ticket modérateur laissé sur les soins médicaux, le Code de la Sécurité Sociale reconnaît dans l'article L4 une exclusivité de principe aux organismes non lucratifs, mutuelles et institutions de prévoyance. Exclusivité de principe et non de droit : en 1945, la Mutualité ne s'interroge guère sur cette lacune ou réserve législative qui représente pourtant un risque potentiel pour son avenir.

Par ailleurs, la Mutualité est peu visionnaire quant au développement de la protection complémentaire d'entreprise, ainsi que le rappelle Toucas-Truyen (1998) : « En cette période de reconstruction qui inaugure les trente glorieuses, la Mutualité ne saisit guère encore l'importance de la grande entreprise et des branches professionnelles, comme lieu d'élaboration d'une protection sociale dépassant la notion de risques professionnels. Figée dans les schémas anciens d'une solidarité de proximité, elle persiste dans son ignorance de l'évolution des rapports sociaux au sein du monde du travail, où la protection sociale complémentaire est devenue un élément central de la politique contractuelle. »

Par ailleurs à partir des années 1970, malgré des alliances engagées avec les syndicats pour mettre en place une véritable action de prévoyance au sein des entreprises qui résultent moins d'une convergence idéologique que d'une volonté de barrer la route à une confiscation de la protection sociale par le secteur lucratif, les sociétés mutualistes commencent de plus en plus à pâtir du phénomène de *sélection adverse* : rassemblant des adhérents moins aisés, elles recueillent également ceux qui sont évincés des compagnies d'assurances parce qu'ils souffrent de

pathologies aiguës ou chroniques. Leurs charges s'en trouvent donc alourdies. Dans le même temps, les compagnies d'assurance continuent leur percée sur le marché de la complémentaire maladie proposée dans le cadre collectif de l'entreprise, et ce d'autant plus que les autres secteurs d'activité (en particulier l'assurance vie) souffrent de l'inflation monétaire. Néanmoins, les mutuelles de fonctionnaires ont échappé à ce piège notamment parce que la majorité d'entre elles gère l'assurance complémentaire comme le régime obligatoire, sur la base d'une mutualisation par les revenus. Or, dans la mesure où ce sont généralement les fonctionnaires les plus âgés qui sont aussi les mieux rémunérés, cette façon de procéder neutralise *de facto* l'effet de subvention inter-génération.

La quatrième cause de déclin est liée à ce qui a longtemps été un dogme pour la Mutualité : la limitation des remboursements au socle conventionnel. En effet, pendant longtemps, les mutuelles ont considéré que leur champ d'intervention exclusif était le remboursement du ticket modérateur laissé à la charge de l'adhérent par le régime obligatoire. Le développement du secteur deux et l'explosion du reste à charge dans les domaines de l'optique et du dentaire ont créé dans la partie la plus solvable de la clientèle une demande croissante de prise en charge des dépassements d'honoraires. Pour Matallah (2002), « le niveau des remboursements en dentaire et en optique est devenu ainsi le principal argument de vente des contrats d'assurance santé, en collective d'abord, en individuelle dans un deuxième temps ».

Enfin la disparition progressive de la classe ouvrière constitue selon Matallah (2002) une autre cause de déclin de la Mutualité : « En dehors des problèmes de recrutement de nouveaux adhérents qu'elle engendre, cette disparition a des conséquences incalculables pour la Mutualité. Elle la prive de son socle social et rend caduc l'essentiel de son discours institutionnel [qui] s'adresse non pas à des individus isolés mais à un groupe social entier, partageant les mêmes valeurs et adhérant aux mêmes institutions ».

## **Les déremboursements de la Sécurité Sociale, longtemps un déterminant majeur de la demande d'assurance complémentaire santé**

### **Des difficultés financières de la Sécurité Sociale...**

Dans les années 1970, la France connaît de graves difficultés sur le plan économique : elle essuie comme la plupart des autres pays industrialisés les retombées de la crise pétrolière de 1973. La masse salariale stagne, le nombre de cotisants baisse avec l'augmentation du chômage et le retrait de certaines catégories de la population du marché du travail. Or, les ressources de la Sécurité Sociale étant principalement assises sur le travail, celles-ci sont très dépendantes de l'état du marché du travail. Dès lors, dans ce contexte, les conséquences sur les finances de la Sécurité Sociale sont lourdes et cette époque marque un tournant historique. En effet, à sa création, la Sécurité Sociale s'inscrit dans le cadre d'une politique économique d'ensemble qui vise et repose sur le plein emploi, et qui sera par la suite qualifiée de politique « keynésienne »<sup>14</sup>.

Pourtant quand le système commence à s'essouffler à la fin des années 1970, les analyses des difficultés de financement débouchent assez vite sur une remise en cause très profonde de l'Etat providence, notamment le poids exagéré de l'Etat et des dépenses sociales, mettant en exergue leur contribution à l'accroissement du chômage et aux mécanismes de « stagflation ». Comme le rappelle Palier (2002) : « Dans ce contexte nouveau, la réduction du déficit de la Sécurité Sociale va devenir la préoccupation centrale des gouvernements en matière de protection sociale, remplaçant peu à peu les objectifs qui avaient dominé les politiques de protection sociale au cours des années 1950 à 1970 (amélioration de la couverture sociale ; utilisation des prestations sociales à des fins de politique économique) ». Avec les plans Veil de 1977 et 1978 commence ainsi la longue liste des plans d'économie pour la Sécurité Sociale, continuée en 1979 par un plan Barrot particulièrement drastique. A ce propos, Palier (2002) souligne : « Dorénavant le déficit est traité pour lui-même, au moyen de plans de « redressement » financier qui font passer au second plan les préoccupations sociales des différents ministres des Affaires Sociales. Ainsi on parle de plus en plus de « comptes », d' « équilibres financiers » et « économie » au ministère des Affaires Sociales, jusque là habitué aux thèmes de solidarité, de justice sociale, de l'extension et de la généralisation de la Sécurité Sociale ». A cette époque, les moyens mis en œuvre sont peu contestés, les bienfaits du système très largement reconnus.

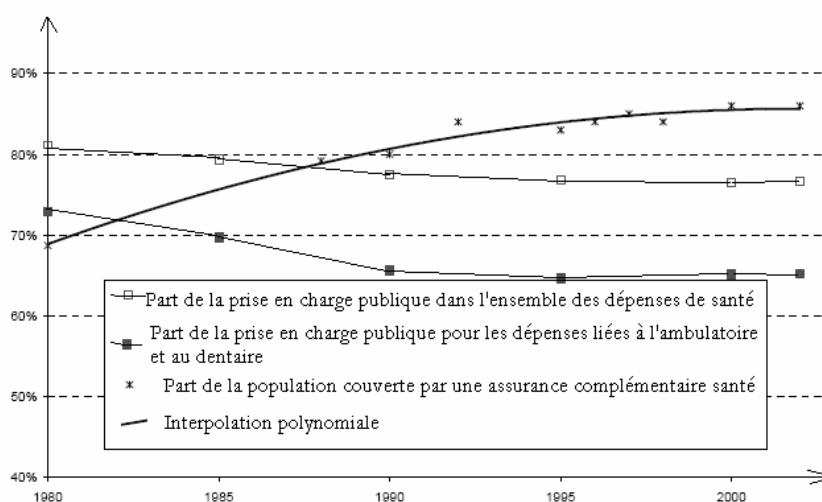
### **...à l'essor conjoint des complémentaires santé**

---

<sup>14</sup> Sur ce sujet, Pierre Laroque rappelle d'ailleurs dans son enseignement à l'Institut d'études politiques dans les années 1960 : « Le plan de Sécurité Sociale est dominé par le souci de prélever des excédents de pouvoir d'achat, en période de prospérité, pour restituer ces sommes en période de crise, en vue d'assumer une permanence suffisante de l'évolution économique, de maintenir le pouvoir d'achat de la population et, par là, l'activité économique et les possibilités d'emploi. C'est donc à la fois un instrument d'une politique économique d'ensemble et un instrument de politique sociale. »

Ces nombreux plans d'économie ouvrent chaque fois un peu plus la voie aux assurances complémentaires qui peuvent profiter des remboursements opérés par le régime général pour élargir leur périmètre d'action. Le graphique ci-dessous montre bien comment le désengagement successif de la Sécurité Sociale s'accompagne de façon concomitante d'une percée des assurances complémentaires santé de 1970 à aujourd'hui.

**Graphique 2 :** *Lien entre le désengagement de la Sécurité Sociale et le taux de couverture par une assurance complémentaire santé en France de 1980 à 2002*  
 (Source : Comptes Nationaux de la santé<sup>16</sup>)

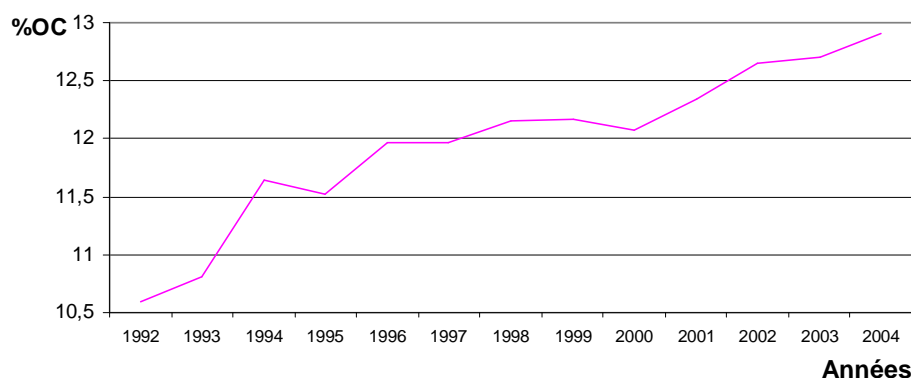


Ce graphique montre que la couverture publique décroît sensiblement entre 1980 où elle prend en charge 81% de l'ensemble des dépenses à 2002 où 77% des dépenses sont pris en charge. Néanmoins cet agrégat est largement composé des dépenses d'hôpital pour lesquelles la couverture publique atteint les 90%. Ainsi, en centrant l'analyse sur la médecine ambulatoire et les dentistes, le désengagement de la Sécurité Sociale apparaît encore plus clairement : entre 1980 et 1995 la couverture publique pour ces postes de dépenses a perdu plus de huit points. Parallèlement, entre 1980 et 2000, la proportion de Français détenteurs d'une assurance complémentaire santé est passée de 69% à 86%. Le *trend* observé suggère que la demande pour les assurances complémentaires s'est accrue, en réponse à une détérioration de la couverture publique notamment pour certains types de soins. Parallèlement, comme en témoigne le graphique 3 ci-dessous, la contribution des complémentaires au financement des dépenses de santé est passée de 10,6% en 1992 à 12,7% en 2002.

<sup>15</sup> Tiré de : Buchmueller et Couffinhal (2004) : « Private Health Insurance in France », *Working paper de l'OCDE*.

<sup>16</sup> Il n'existe pas de séries chronologiques pour l'assurance complémentaire santé : des extrapolations ont été réalisées à partir d'enquêtes de l'INSEE et de l'IRDES

**Graphique 3 : Part des organismes complémentaires (OC) dans la dépense totale de soins et biens médicaux.**  
(Source : Comptes Nationaux de la Santé)



## **Aujourd'hui, le marché des complémentaires santé est un marché hautement concurrentiel**

### **Les pratiques des trois acteurs tendent à converger**

### **La loi Evin de 1989 a gommé les spécificités historiques de chacun des acteurs**

La loi Evin<sup>17</sup> fait référence à la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989. Cette loi est encore aujourd'hui très célèbre car elle a profondément modifié le paysage de la protection sociale complémentaire, en englobant dans les mêmes dispositions les sociétés d'assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance en consacrant dans les règles des pratiques devenues courantes dans les faits, à savoir l'intervention des assureurs dans le domaine de la prévoyance collective d'entreprise. Par ailleurs, la loi Evin a modifié certaines règles applicables à l'assurance individuelle en permettant notamment aux institutions de prévoyance de proposer des contrats individuels. Au final, suite à la loi Evin, la concurrence entre les trois opérateurs s'est encore accentuée à la faveur des institutions de prévoyance. A ce propos, les chiffres sont assez

---

<sup>17</sup> En matière d'assurance collective, la loi Evin vise aussi à limiter la sélection des personnes. En particulier, l'acceptation du groupe par l'organisme gestionnaire doit être faite en bloc pour la totalité de l'effectif : si l'un des salariés présente une antériorité médicale lourde, la hausse du tarif qui en découle doit être appliquée sur l'ensemble des salariés, l'organisme étant néanmoins en droit de refuser le groupe. Enfin, la loi Evin a établi le principe du maintien individuel de la garantie maladie pour les salariés quittant une entreprise où ils bénéficiaient d'un contrat collectif ; les institutions de prévoyance doivent donc continuer à couvrir les chômeurs, les retraités, les invalides, qu'elles assuraient au cours de leur vie active, si ceux-ci le souhaitent. C'est d'ailleurs devenu un des axes prioritaires de leur stratégie. Ainsi le marché des particuliers a progressé de 18% en 1997 chez AG2R pour atteindre en 1998 9% de son chiffre d'affaire (Source : Comptes nationaux de la santé/SESI, *Espace social européen*, 28 mars 1997. n°372, p. 23.)

éloquentes : la Mutualité occupait 67% du marché de la complémentaire maladie en 1980 tandis qu'en 1994, sa part se réduisait à 60%. Pour la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), les parts sont passées de 33% en 1980 à 26% en 1994. Dans le même temps, la part de marché des institutions de prévoyance passait de 8% à 14%.

### **Les phénomènes d'anti-sélection poussent les mutuelles à s'aligner sur les pratiques des concurrents**

Jusqu'à ces dernières années, les mutuelles refusaient de couvrir les dépassements d'honoraires médicaux. Mais devant la pression de la concurrence commerciale, qui propose parfois des assurances *surcomplémentaires*, la plupart d'entre elles s'y sont finalement résolues. En effet, les principes solidaristes (absence de discriminations tarifaires et non tarifaires comme la sélection des risques par exemple) ont rendu les mutuelles ouvertes particulièrement sensibles aux phénomènes d'anti-sélection qui les ont peu à peu conduites, face au développement de la concurrence, à réviser leurs pratiques dans le domaine de l'assurance santé individuelle. Comme le rappelle Mauroy (1999), celles-ci ont alors adopté un système de tarification par tranche d'âge et ont multiplié les niveaux de couverture proposés<sup>18</sup>.

### **D'importants mouvements de concentration à l'œuvre sur le marché**

#### **Un fort impact des règles prudentielles financières sur les mouvements concentrationnaires des mutuelles**

Sur le plan juridique, les mutuelles sont régies depuis 1955 par le Code de la Mutualité. Pourtant ce code a fait l'objet d'une première réforme par la loi du 25 juillet 1985 (rentrée en vigueur en 1999) et qui a notamment introduit, dans la gestion des mutuelles, des règles prudentielles financières. L'ordonnance du 19 avril 2001 (et rentrée en vigueur le 1er janvier 2003) a modifié une seconde fois l'univers réglementaire des mutuelles, suite aux exigences communautaires qui assimilent ces dernières aux entreprises d'assurance. Les conséquences de cette ordonnance sur l'activité des mutuelles sont très claires : en vertu du principe de séparation des risques, celles-ci doivent clairement séparer les risques « vie » (risques liées à la durée de la vie

---

<sup>18</sup> Même si, comme le fait remarquer Turquet (2003), le nouveau code de la Mutualité rappelle et impose cependant un certain nombre de principes éthiques en matière d'assurance complémentaire maladie tels que la suppression du délai d'observation de deux ans (pendant lequel l'exclusion est rendue possible par la loi), les mutuelles devant conserver leurs assurés aussi longtemps qu'ils le souhaitent, l'interdiction de moduler les cotisations en fonction de l'état de santé du souscripteur ou encore l'interdiction de recourir à des questionnaires médicaux.

humaine : décès, retraite, épargne) et « non-vie » (risques non liés à la durée de la vie humaine : maladie, invalidité, caution de prêts bancaires, chômage, assistance et protection juridique). De plus elles doivent se soumettre aux mêmes exigences de solvabilité et de fonds propres que les sociétés d'assurances<sup>19</sup>. Ces contraintes contribuent à renforcer le mouvement de concentration à l'œuvre dans le secteur mutualiste, comme le souligne Hörr (2006) : « Le marché de la santé complémentaire est aujourd'hui caractérisé par un très grand nombre d'acteurs. La prochaine mise en place des nouvelles normes de solvabilité, ainsi que la nécessité de disposer d'une taille critique pour pouvoir offrir des services de qualité à la personne engendreront nécessairement une concentration plus forte des intervenants du secteur »<sup>20</sup>. Même si le mouvement a déjà commencé comme le rappelle F. Charpentier<sup>21</sup> : en moins de 10 ans, le nombre de mutuelles est passé de plus de 6000 à moins de 1000.

### **Des volontés hégémoniques des gros assureurs qui pourraient renforcer la concentration du marché**

Les intentions de croissance des assureurs santé pour les années à venir sont importantes : « Le géant en assurance santé collective, *Axa*, ne veut plus se contenter de sa quatrième place en individuel parmi les assureurs et affiche une très forte ambition dans ce domaine. [...] Les *AGF* affichent également un fort engagement dans le domaine de la santé, souhaitant croître de 25% au cours des trois prochaines années. Quant à *Swiss Life*, focalisé sur les assurances de personnes, son projet est plus que jamais de demeurer un leader innovant dans le domaine de la santé. Seul *Generali*, qui appréhende cette branche comme un complément de gamme, demeure un peu en retrait. »

---

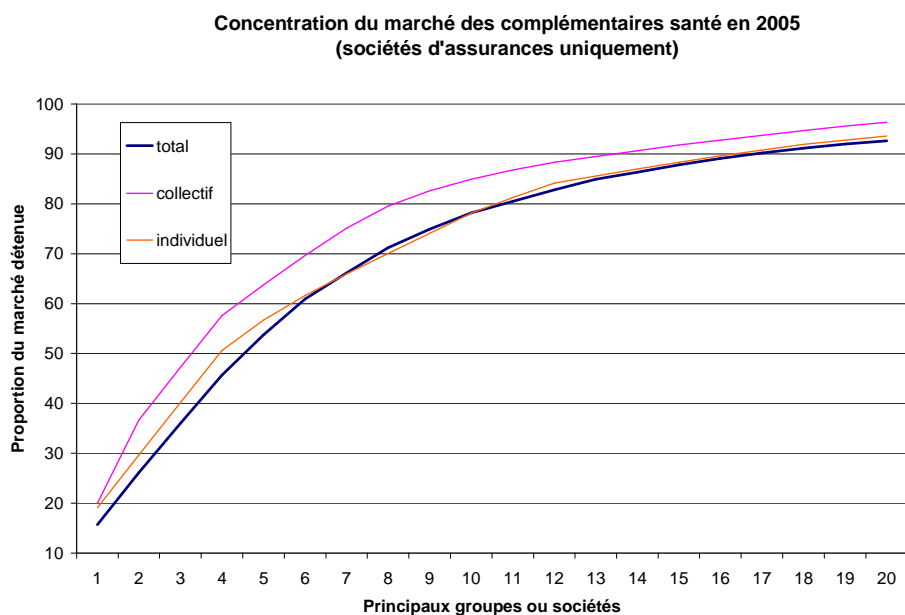
<sup>19</sup> Signalons également qu'en vertu du principe de spécialité, les mutuelles doivent exclure toute autre activité économique ou commerciale : cela remet donc en cause notamment la gestion par les mutuelles des différentes réalisations sanitaires et sociales (d'où la création actuelle de structures dédiées à la gestion des œuvres sociales).

<sup>20</sup> Interview de Michel Hörr, directeur AGF Collectives, in Espace Sociale Européen-n°791- du 15 décembre au 4 janvier 2006.

<sup>21</sup> Intervention de F. Charpentier. Conférence sur : « La place de l'assurance complémentaire dans le système de santé », EN3S.

#### Graphique 4 : Concentration du marché des assureurs complémentaires santé en 2005

Source : Etats Comptables, FFSA



#### La concurrence exacerbée stimule l'innovation du côté de l'offre

##### Vers une adaptation de l'offre à la demande

La concurrence est tellement vive sur le créneau de la complémentaire santé que les assureurs rivalisent entre eux en terme d'innovations. De plus en plus, c'est l'offre qui s'adapte à la demande et non l'inverse. A ce sujet, Matallah (2002) écrit : « Jusqu'ici les produits étaient d'abord conçus pour répondre aux contraintes techniques des compagnies. Désormais, il faudra procéder de manière inverse : les compagnies devront s'organiser pour rentabiliser des produits répondant aux attentes des consommateurs. Si ces derniers souhaitent des garanties en implantologie dentaire par exemple, il ne pourra plus être question dans l'avenir d'exclure ce poste des remboursements, comme c'est le cas actuellement : les compagnies devront trouver un moyen de proposer ces garanties dans des conditions économiquement acceptables ».

##### Le vieillissement de la population, un catalyseur d'innovations

Le vieillissement constitue un moteur particulièrement actif en terme d'innovations, comme le souligne Matallah (2002) : « Compte tenu du vieillissement irréversible de la population française, la prochaine frontière de l'innovation est vraisemblablement la prise en charge des personnes âgées. Les assureurs santé vont devoir apprendre à gérer un nombre croissant de retraités, dont les besoins vont évoluer en profondeur dans les années à venir. L'exclusion de la

gérontologie des contrats individuels, qui est une pratique courante actuellement, est difficilement tenable à terme et une vraie réponse devra être apportée ».

### **Les plates-formes de santé : maîtrise des dépenses et fidélisation des assurés**

En 1996, les assureurs santé sortaient, surtout en collective, d'une période très noire au cours de laquelle ils avaient perdu beaucoup d'argent et cherchaient à améliorer leurs résultats. Les responsables des directions santé ont alors mis en place des plates-formes de conseil santé. Inspirées des *call-centers* américains, ces plates formes de santé permettent de délivrer des informations médicales grand public (conseil de prévention et d'hygiène, explication de devis, proposition de nouveaux produits...) et ont pour objectif de maintenir le lien avec les assurés. La finalité recherchée est double : maîtriser les dépenses de santé et fidéliser les assurés. Progressivement, cet outil a permis aux assureurs de créer des partenariats avec les professionnels de santé, en particulier les opticiens et les dentistes à qui ils garantissent une clientèle solvable. Il s'agit de réseaux de professionnels avec lesquels l'assureur passe un contrat de qualité de service et de modération des prix.

### **Les réseaux de soins : du *Managed Care* « à la française »**

C'est tout naturellement donc que les plates-formes de conseil santé ont débouché sur des constitutions de *réseaux de soins*. Les premières négociations avec les dentistes et les opticiens ont démarré dès 1997-1998 et aujourd'hui, des assureurs comme les AGF, AXA, GROUPAMA, la MAAF ou la MGEN peuvent faire bénéficier leurs clients d'accords avec des milliers de praticiens répartis sur toute la France. En contrepartie, ils permettent à leurs partenaires de pratiquer le tiers-payant, contribuant ainsi à solvabiliser leurs patients et à développer leur activité. Selon les assureurs, ces réseaux sélectifs permettent de réduire de 15 à 20% les tarifs moyens du marché grâce, en particulier, à la prénégociation de prestations en nature et en échange de la garantie de flux additionnels de clientèle pour les professionnels agréés. *MAAF Assurances* a ainsi « jeté un joli pavé dans la mare » en 2004 en proposant de rembourser au premier euro les renouvellements de lunettes réalisés en direct par un opticien agréé, faisant l'économie du recours à l'ophtalmologiste. L'orientation vers des professionnels de santé spécifiques, c'est la version française du *Managed Care* à l'américaine. Le principe est de négocier avec des groupes de professionnels de santé des accords portant sur les prix et les prestations en échange d'un ensemble d'avantages allant de l'apport de clientèle jusqu'aux facilités de paiement. Les accords peuvent être très simples ou au contraire particulièrement compliqués. La forme la plus simple

consiste à créer un effet de centrale d'achat et à négocier avec les professionnels des accords portant exclusivement sur les prix et ayant pour seule finalité de les faire baisser autant que possible<sup>22</sup>. Les postes de dépenses les mieux adaptés à ce type d'accords sont à première vue le dentaire et l'optique, dans la mesure où les prix pratiqués par les professionnels sont le plus souvent libres et où les prestations peuvent être décrites de façon normalisée. [...] Dans les faits, ces accords sont très difficiles à mettre en œuvre. La législation sur la concurrence, qui empêche la fixation de prix uniformes, est un premier obstacle. Les limites à la sélection des professionnels de santé en sont un deuxième, tout aussi bloquant. Enfin, la structure très éclatée des professions de santé alourdit considérablement la charge administrative de conclusion et de maintenance de tels accords.

### **Vers du bonus malus en assurance santé ?**

MMA propose depuis le 4 décembre 2006 pour la première fois en France un produit, baptisé « Double Effet », qui va à l'encontre de la logique mutualiste qui prévaut d'habitude dans le secteur. Concrètement, MMA commercialise une assurance santé pour particuliers remboursable pour moitié selon les dépenses effectives engagées durant l'année écoulée. Seule contrepartie pour l'assuré : une majoration de 15% de son contrat. « Double Effet » n'est toutefois nullement obligatoire : il s'agit juste d'une version proposée avec les contrats d'entrée et de moyenne gamme du groupe. En clair, là où un assuré « classique » paie par exemple 260 euros par an, le bénéficiaire de « Double Effet » verse, lui, 300 euros (+15%). Mais sur cette somme, il peut récupérer à la fin de l'année jusqu'à 150 euros (soit 50% de sa prime correspondant à son fonds de réserve), au *pro rata* de ses dépenses. Ainsi, s'il consomme pour 50 euros de soins, il est remboursé de 100 euros issus de sa réserve (150-50). S'il ne puise jamais dans sa réserve, il récolte alors l'intégralité de celle-ci. Soit 150 euros. Au contraire, s'il ponctionne l'intégralité de ladite réserve, il ne touche rien en fin d'exercice mais continuera bien entendu d'être remboursé sans pénalité. Au final, pour un assuré exemplaire – qui cotise mais ne consomme pas –, son contrat lui revient à seulement 150 euros. Soit une économie de 110 euros (260-150). Autrement dit,

---

<sup>22</sup> A ce propos, Marianne Binst, Directrice Générale de Santéclair, « Ces partenaires en nombre limité vont accepter des concessions sur le prix, sur les engagements qualité, sur des services client en échange de volumes. C'est un grand classique dans le domaine des affaires, ce sont à la base des accords prix/volume, et tous nos échanges vont être structurés par cette façon d'exercer notre métier. » (in « Nouveaux échanges dans l'assurance santé : enjeux et perspectives », conférence organisée par Eurogroup le 13 mars 2003): Pour information, à son lancement le 1er janvier 2003, le réseau Santéclair (une holding détenue par AGF, MAAF-MMA, QUATREM mais aussi par des IP comme Malakoff ou des mutuelles OMNIREP) comportait un réseau de professionnels de santé partenaires riches de 1000 opticiens et de 2700 chirurgiens-dentistes. S'adressant au total à 12 millions de clients, Santéclair réalise aujourd'hui environ 50000 orientations par an.

l'option « Double Effet » demeure valable pour les gens en bonne santé qui ont la chance de le rester, mais qui souhaitent malgré tout se couvrir au cas où.

## **L'essor de la couverture individuelle dépendant étroitement de l'évolution du marché de l'assurance collective**

### **Contrats individuels et contrats collectifs**

Il existe deux types de contrats : les contrats collectifs souscrits par un employeur pour ses salariés, et les contrats individuels souscrits par une personne qui ne bénéficie pas de protection complémentaire dans le cadre de son emploi, ou souscrits en complément d'une complémentaire d'entreprise qui lui semblerait insuffisante (on parle alors de "surcomplémentaire"). A noter que les complémentaires d'entreprise sont souvent intégrées dans un ensemble plus vaste : un contrat de prévoyance, proposant non seulement la prise en charge des frais de soins mais aussi une garantie décès (un capital ou une rente sera versé au bénéficiaire en cas de décès du salarié), une garantie incapacité de travail (si le salarié se trouve temporairement dans l'impossibilité d'exercer son activité professionnelle, il recevra des indemnités journalières en complément de celles versées par la Sécurité sociale) et une garantie invalidité (lorsque le salarié se trouve de façon permanente en invalidité, une rente lui sera versée). La garantie des frais de soins profite généralement à la famille du salarié, c'est-à-dire que le conjoint et les enfants sont habituellement couverts sans supplément par la complémentaire d'entreprise. Les cotisations sont prélevées en partie sur le salaire, l'autre partie étant prise en charge par l'employeur. Habituellement, les garanties proposées sont plus élevées et à un coût plus avantageux que celles des contrats individuels, notamment parce qu'une partie de la cotisation est prise en charge par l'employeur (Couffinhall A., Perronin M. ; 2004). Il existe deux types de contrats collectifs. L'adhésion peut n'être que facultative : seuls les salariés intéressés adhéreront à la complémentaire. Mais elle peut aussi être obligatoire : dans ce cas, un salarié ne peut refuser d'adhérer à la complémentaire si celle-ci existait déjà lorsqu'il a été embauché<sup>23</sup>.

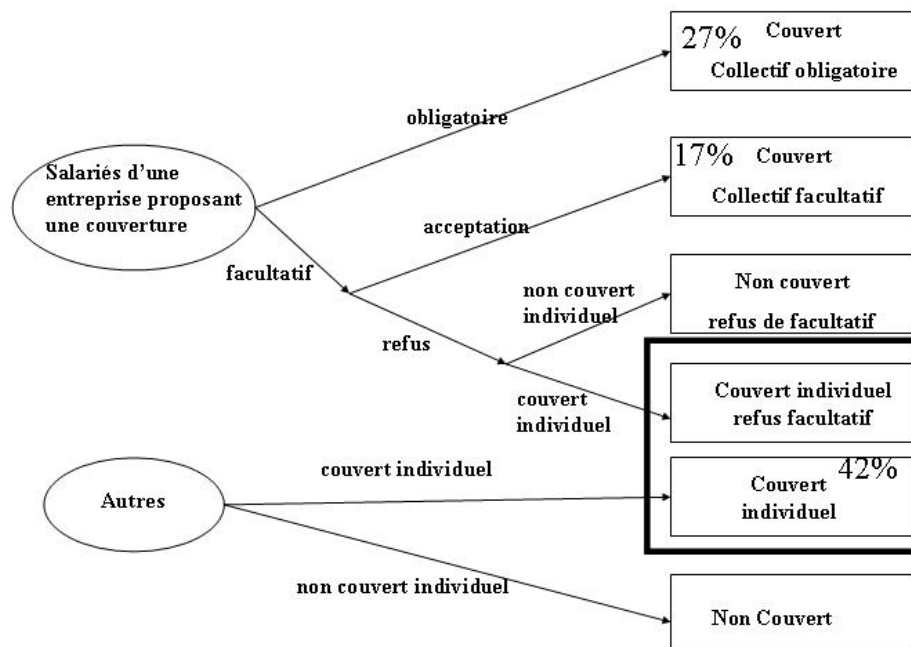
---

<sup>23</sup> Dans l'hypothèse où la complémentaire santé a été mise en place alors que le salarié était déjà présent dans l'entreprise, il faut distinguer plusieurs situations. La mise en place de l'assurance a pu être décidée unilatéralement par l'employeur, le salarié peut alors refuser d'y adhérer si les cotisations sont prélevées en partie sur son salaire (art. 11 loi no 89-1009 du 31 décembre 1989). À l'inverse, si l'instauration de la complémentaire santé a été décidée par la majorité des salariés à l'issue d'un référendum dans l'entreprise ou a été mise en place par un accord collectif ou une convention collective de travail, alors l'employeur pourra imposer au salarié d'y adhérer. Le fait que le salarié bénéficie déjà d'une complémentaire d'entreprise par le biais de son conjoint ne modifie pas les choses.

Chacune des trois familles d'organismes complémentaires peut distribuer des contrats individuels ou collectifs, mais en pratique, on observe une spécialisation importante. Ainsi une enquête de la DREES menée en 2005 montre que les trois quarts du chiffre d'affaires de l'activité santé des mutuelles et 70 % de celui des sociétés d'assurance proviennent des contrats individuels, tandis que 77 % du chiffre d'affaires des institutions de prévoyance sont liés aux contrats collectifs (Arnould, Pichetti et Rattier ; 2007).

Le schéma ci-dessous montre que le marché de la couverture complémentaire santé est un marché quasiment saturé : en tenant compte des bénéficiaires de la CMUC, près de 92% de la population bénéficie actuellement d'une couverture complémentaire. Par conséquent, la croissance du marché de la couverture individuelle en terme d'augmentation du nombre d'assurés ne sera possible que si parallèlement le marché de la couverture collective régresse. C'est pourquoi nous nous intéressons dans la suite plus particulièrement aux contrats collectifs.

**Schéma 1 :** Les différentes voies d'obtention d'une couverture complémentaire santé en France en 2004  
(Source : Rapport HCAAM (2004), schéma de l'auteur)



### Les spécificités de la couverture collective

**En raison de la loi Evin, la couverture collective est plus solidaire**

Dans le cadre d'un contrat de groupe, la couverture médicale fait l'objet d'une cotisation forfaitaire (montant mensuel fixe par personne protégée, identique pour tous ceux qui sont couverts par le même dispositif) ou en pourcentage du salaire : la discrimination tarifaire en fonction de l'âge, voire de l'état de santé est ainsi rendue impossible. En outre, concernant la sélection des risques, les assureurs ne peuvent opérer « d'écramage » parmi les membres composant le groupe de salariés dans le cadre d'un régime obligatoire (loi Evin du 31 décembre 1989). Ainsi comme le fait remarquer Turquet (2004) : « les pratiques assurantielles sont en conséquence plus solidaires sur le terrain de la couverture collective que dans le champ de la prise en charge individuelle de la complémentaire santé où s'opèrent couramment discrimination tarifaire et sélection des risques ».

### **Sur le terrain de la couverture collective, la qualité des contrats offerts est très liée à la taille de l'entreprise**

En 2001, del Sol et Turquet (2003) ont réalisée une étude qualitative portant exclusivement sur le volet collectif de la couverture complémentaire. Leur enquête les conduit à distinguer deux types de contrats collectifs : les contrats de base et les contrats haut de gammes. Il ressort que : « les contrats « de base » concernent en général les salariés de PME. L'adoption d'un contrat de ce type traduit assez souvent la volonté de rééquilibrer un régime en difficulté en optant pour des garanties peu coûteuses. Il peut également s'agir de ne pas trop peser sur les salaires faibles ou moyens. Cela est d'autant plus vérifié que le financement de l'employeur se fait plus rare dans ce type d'entreprise. Les contrats sont plutôt de type facultatif et bénéficient uniquement d'une participation du comité d'entreprise auquel revient alors la gestion du dispositif dans une perspective d'« œuvre sociale ». Les contrats de « haut de gamme » concernent en revanche des salariés de grandes entreprises dont l'implantation est nationale. Une partie d'entre eux vit dans des régions caractérisées par un coût élevé des soins (davantage de médecins en secteur 2, notamment). Le niveau de salaire est nettement plus élevé dans ces entreprises que dans les précédentes et le financement de l'employeur y est généralement non négligeable (les contrats sont le plus souvent de type obligatoire), lui permettant ainsi de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux afférents. La protection sociale d'entreprise fait alors partie de la politique de rémunération et de fidélisation. Elle est souvent activement négociée avec des représentants de salariés bien implantés dans l'entreprise ».

Constatant, d'une part, les grandes différences de couverture qui existent, et d'autre part, la faiblesse de la prévoyance santé dans les PME-TPE, le gouvernement de Villepin avait estimé

que « la négociation d'un accord national interprofessionnel pourrait donc favoriser et faciliter la mise en place d'un régime couverture complémentaire santé dans les entreprises qui en sont actuellement dépourvues<sup>24</sup> ». Dans ce contexte, le gouvernement a fait parvenir aux partenaires sociaux une note d'incitation à conclure des accords collectifs sur la complémentaire santé. Si cette démarche aboutit, elle pourrait à terme contribuer à réduire les disparités de couverture selon la taille de l'entreprise.

### **Les facteurs de croissance de l'assurance collective**

Pour Matallah (2004), le développement de l'assurance collective est la résultante de trois phénomènes. Tout d'abord il dépend de la nature du marché du travail dans la mesure où le contrat collectif est un élément du contrat de travail qui procure une rémunération différée. Or, si pendant 50 ans, le contexte du marché du travail a été favorable à l'assurance collective avec beaucoup d'embauche sous forme de contrats à durée indéterminée (CDI) et si le législateur a encouragé l'assurance collective au niveau juridique (pour les retraites) et fiscal (santé et retraite), aujourd'hui l'emploi salarié stable est en déclin, ce qui freine le développement de l'assurance collective. Ensuite, le développement de l'assurance collective dépend *a priori* de l'environnement légal et réglementaire. Cependant les contraintes juridiques de la protection sociale collective sont en réalité faibles en santé : les obligations légales portent essentiellement sur les retraites et la prévoyance. C'est l'importance de la couverture obligatoire en santé (incomparablement plus élevée qu'en retraite et en prévoyance) qui explique cet état de fait. Enfin la fiscalité peut aussi peser sur le développement de l'assurance collective. En effet, les avantages fiscaux encouragent notamment les salariés qui contribuent le plus à la mutualisation d'accepter la logique collective. A ce propos, la fiscalité reste jusqu'ici très favorable à l'assurance santé collective : le salarié peut déduire ses cotisations de son revenu net imposable, l'employeur ne paie pas de charges sociales sur les cotisations et enfin l'employeur peut déduire les cotisations du bénéfice imposable<sup>25</sup>. Comme le rappelle Turquet (2004), ces possibilités de réductions d'assiette des charges sociales pour les employeurs et de déductions fiscales pour les salariés sont loin d'être négligeables. La Cour des Comptes (2002) chiffre en effet les concours publics à 50% du coût de la couverture complémentaire pour les contrats obligatoires et à environ 25% pour les contrats à adhésion facultative. Mais les changements en cours remettent en cause cette logique du système : la loi

---

<sup>24</sup> Espace Social Européen – n° 795 – du 26 janvier au 1<sup>er</sup> février 2007.

<sup>25</sup> Selon l'article 83-2 du CGI, « les cotisations et primes versées aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire sont déductibles du revenu imposable ». Cette déduction ne s'applique à la protection sociale en entreprise que si le contrat est obligatoire pour une, plusieurs ou toutes les catégories de salariés de l'entreprise. Les contributions ne sont donc pas déductibles en cas de contrat à adhésion facultative.

Fillon modifie déjà le mode de calcul du plafond de déductibilité des cotisations au détriment de la prévoyance et de la santé collective.

## Conclusion

Ce chapitre nous a permis de donner un cadre d'analyse à la question de la demande d'assurance santé privée, en France comme à l'étranger. Pour cela, nous avons adopté une démarche méthodologique composée de trois temps. Dans un premier temps, une approche analytique nous a conduits à adopter une typologie fonctionnelle, de façon à cerner les différentes fonctions de l'assurance santé privée. Ensuite, pour bien saisir quelle traduction concrète trouvait chacune des fonctions, une approche monographique nous a poussés à décliner ces fonctions, en considérant chaque fois un pays emblématique de la fonction étudiée. Enfin, c'est grâce à une approche historique du marché des complémentaire santé en France que nous avons pu vraiment saisir quelles évolutions il fallait attendre à la fois sur le marché de la couverture collective et sur le marché de la couverture individuelle.

Dans l'approche analytique, nous avons vu que la place laissée au marché dépendait à la fois du compromis social historique qui a fondé l'Etat Providence (Polton et Rochaix, 2004) et de la position idéologique envers la redistribution. Nous avons finalement retenu la typologie fonctionnelle de l'OCDE (2004) et de Couffignal (1999) qui distingue 4 fonctions de l'assurance santé privée : primaire (principale ou substitutive), duplicative, supplémentaire et complémentaire. Cette typologie fournit une grille d'analyse performante pour situer le rôle de l'assurance privée au sein de n'importe quel système de santé.

Dans l'approche monographique, l'exemple américain de couverture primaire principale a très clairement exhibé l'incapacité du marché à assurer seul la couverture financière des soins de santé, avec notamment le problème des non assurés. La volonté d'extension du taux de couverture commence à trouver une traduction concrète dans certains Etats, avec l'instauration notamment d'incitatifs financiers, si bien que la question des déterminants de la demande individuelle de couverture santé est de toute première importance aujourd'hui aux Etats-Unis, notamment la question de l'élasticité prix de la demande. En Allemagne, la possibilité offerte aux hauts revenus de se faire assurer auprès de caisses privées (couverture primaire substitutive) peut apparaître comme une façon de soulager le système public de financement des soins. Néanmoins les forts phénomènes d'antisélection que cette mesure a engendrés soulignent la nécessité de réguler les marchés d'assurance santé privée. Quant à l'exemple anglais de couverture duplicative, il démontre bien le lien étroit entre volonté politique et développement des marchés d'assurance privée.

L'approche historique de la question de la demande d'assurance complémentaire santé en France nous a montré combien les termes dans lesquels se pose cette question avaient changé. Ainsi, pendant la phase d'essor du marché des complémentaires santé, la question se posait surtout en terme binaire : de quoi dépend le fait qu'un individu souscrive ou non une couverture complémentaire santé. Aujourd'hui, avec près de 92% de la population qui détient une couverture complémentaire santé, le marché est quasiment saturé. Dès lors, l'enjeu n'est plus tellement de savoir si ce marché va croître en terme de nombre d'assurés. Au contraire, il nous semble que deux nouvelles questions de recherche sont apparues. La première : comment va évoluer à terme la part des contrats individuels relativement à la part des contrats collectifs ? La seconde : quels niveaux de garanties souhaiteront à l'avenir les individus ? Répondre à la première demande d'étudier spécifiquement le marché des assurances collectives et son étroite imbrication avec la situation du marché du travail, ce qui ne fait pas l'objet de cette thèse. Comme les préférences individuelles s'expriment peu voire pas du tout sur le marché des assurances collectives (les contrats étant obligatoires ou facultatifs), répondre à la seconde question nécessite de se pencher sur le marché des contrats individuels et sur les déterminants individuels de la demande d'assurance complémentaire santé. C'est l'objet des prochains chapitres.