



FINANCEMENTS DES SOINS ENTRE ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRES SANTÉ :

Pour un financement à 100 % des soins essentiels
pour toutes et tous

Table des matières

Lexique	3
Résumé de l'étude	4
Introduction	6
I. Modalités de formation du système actuel	11
A. Aux origines de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire	11
B. Le modèle français – un modèle singulier	13
C. 2004-2024 : Le tournant néolibéral de la santé - la croissance des financements par les complémentaires et la participation accrue des usagers	14
1. Vers une réduction de la prise en charge de la santé sur le dos des personnes malades et des usagers	15
2. Un tournant gestionnaire qui renforce le poids des complémentaires, et concentre ce marché	18
D. Paysage de la situation actuelle	22
1. Des disparités dans l'accès aux complémentaires santé	23
2. Des cotisations aux complémentaires santé toujours à la hausse	25
II. Perspectives et évolutions du modèle actuel de financement de la santé	27
A. La théorie économique en faveur d'une assurance santé obligatoire et publique	27
1. La théorie économique favorable à une assurance santé obligatoire	27
2. La théorie économique favorable à une assurance santé obligatoire et publique	29
3. L'assurance maladie publique, un enjeu de justice sociale	31
B. Intérêts et limites de l'approche complémentaire	34
C. Pour une extension du périmètre de l'assurance maladie obligatoire	35
1. L'hypothèse Grande Sécu	35
2. Financer la réforme, un enjeu de justice sociale et sanitaire	36
D. Limites d'une gouvernance excessivement centralisée sur l'administration centrale – faire de l'assurance maladie une nouvelle Sociale	41
Conclusion et demandes	43
Bibliographie et sources	45

Lexique

ALD : Affection longue durée

AMO : Assurance maladie obligatoire

AMC : Assurance maladie complémentaire

C2S : Complémentaire santé solidaire

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux

CSG : Contribution sociale généralisée

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

TSA : Taxe de Solidarité Additionnelle

Résumé de l'étude

La présente étude se concentre sur le financement des soins en France, partagé entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Ce système dual, bien qu'il organise une couverture large, se révèle complexe, opaque, inefficace et inégalitaire. Les complémentaires santé, devenues incontournables pour compléter les remboursements de l'assurance maladie, génèrent des coûts croissants pour les ménages et accentuent les disparités, notamment en raison de tarifs souvent indexés sur l'âge et peu redistributifs. Cette situation crée une pression financière accrue sur les populations les plus vulnérables, tout en renforçant les inégalités sociales et intergénérationnelles.

Depuis les années 2000, un tournant néolibéral et gestionnaire des politiques de santé a transformé l'organisation du financement. Les politiques de « responsabilisation financière » des usagers, comme les tickets modérateurs, les franchises médicales et les participations forfaitaires, ont alourdi les coûts supportés par les ménages, particulièrement pour les personnes souffrant d'affections longues durées (ALD). Ces mesures, censées contenir les dépenses publiques, imposent une charge disproportionnée aux personnes malades et aux populations précaires, tout en augmentant les restes à charge. Par ailleurs, elles contribuent à renforcer le rôle des complémentaires santé, qui compensent partiellement ces dépenses, mais au prix d'une augmentation continue des cotisations. Ces politiques pèsent sur les usagers par une augmentation des dépenses en santé et des restes à charge, qui peuvent devenir des barrières financières à l'accès aux soins.

Pour répondre à ces défis, l'UFC-Que Choisir s'intéresse dans le présent dossier au scénario souvent qualifié de "Grande Sécu" détaillé dans un rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie en 2022, qui propose d'élargir significativement le périmètre de l'assurance maladie obligatoire. Ce scénario préconise une prise en charge intégrale des soins essentiels, notamment en supprimant tickets modérateurs, franchises et participations forfaitaires, tout en intégrant des soins aujourd'hui remboursés par les complémentaires santé. Cette réforme, nécessitant un financement adapté, permettrait de simplifier le système, de réduire les inégalités et de renforcer la solidarité intergénérationnelle.

Enfin, le texte ouvre la réflexion sur la nécessité d'une nouvelle gouvernance pour le système de santé, ancrée dans l'idée d'une nouvelle sociale, ce en cohérence avec l'esprit originel de notre système de santé hérité du Conseil National de la Résistance, et en rupture avec un modèle actuellement excessivement centralisé sur l'administration centrale, faisant des complémentaires un contre-pouvoir intéressé. Les partenaires sociaux, en tant que représentants des travailleurs et

principaux contributeurs au financement de l'assurance maladie obligatoire, doivent retrouver un rôle central dans la définition des priorités et la gestion du système. De même, les usagers, premiers concernés par les décisions de santé, doivent dépasser un simple rôle consultatif pour exercer une influence réelle sur la gouvernance. Cette transformation permettrait d'assurer un pilotage plus transparent et participatif, renforçant la justice sociale et la légitimité des choix opérés. À travers cette redéfinition de la gouvernance, le système de santé pourrait évoluer vers un modèle véritablement solidaire, démocratique et centré sur les besoins de tous.

Introduction

Les dépenses nationales de santé, mesurées par le ministère de la Santé par la « *consommation de soins et de biens médicaux* » (CSBM), poursuit une tendance à la hausse pour atteindre près de 236 milliards d'euros en 2022. Incluant les dépenses de santé hors CSBM, la prévention, la gouvernance et les soins longue durée, ces dépenses de santé représentent jusqu'à 313,6 milliards d'euros. Cette hausse, documentée dans le tableau de la « *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* » (DREES) reproduit ci-dessous, devrait s'aggraver dans les années à venir du fait du vieillissement de la population et du développement de maladies chroniques (y compris le traitement de certaines pathologies qui deviennent chroniques du fait de l'allongement de l'espérance de vie pour les personnes atteintes grâce au développement de nouveaux traitements et l'amélioration de traitements existants).

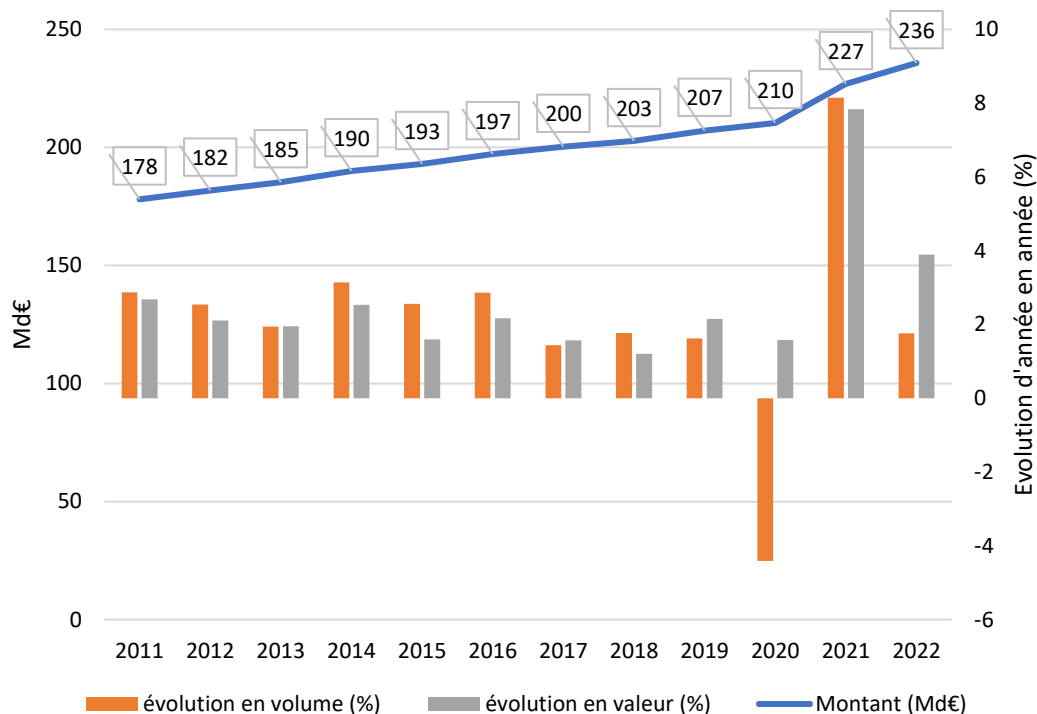
♦ **Tableau 1 - Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et dépense courante de santé au sens international (DCSi) par poste (2019 – 2022)**

Montants en milliards
d'euros

	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021/2022 (en %)	Contribution à la croissance de la CSBM (en point)
Soins hospitaliers	97,2	103,3	110,2	114,9	4,3	2,1
Hôpitaux du secteur public	74,5	79,8	84,9	88,7	4,5	1,7
Hôpitaux du secteur privé	22,7	23,5	25,2	26,2	3,6	0,4
Soins ambulatoires	109,9	107,2	116,8	120,9	3,6	1,8
Soins de ville¹	56,6	54,8	60,3	62,2	3,1	0,8
Soins de médecins et de sages-femmes	23,7	23,0	24,6	25,6	4,1	0,4
Soins d'auxiliaires médicaux	15,9	15,7	17,3	17,8	3,0	0,2
Soins de dentistes	12,0	11,4	13,5	13,8	2,6	0,2
Laboratoires d'analyses	4,5	4,5	4,7	4,6	-1,6	0,0
Cures thermales	0,4	0,1	0,2	0,3	34,7	0,0
Médicaments	30,7	29,8	31,1	32,8	5,3	0,7
Biens médicaux²	17,6	17,8	19,8	20,0	1,0	0,1
Transports sanitaires	5,1	4,7	5,6	6,0	7,7	0,2
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	207,1	210,4	226,9	235,8	3,9	3,9
Part en % du PIB	8,5	9,1	9,1	8,9		
Dépenses hors CSBM	63,4	69,4	80,6	77,8	-3,5	
Soins de longue durée	42,7	45,5	47,7	49,5	3,8	
Soins de prévention	5,5	8,7	17,5	12,7	-27,9	
Gouvernance	15,2	15,2	15,4	15,7	1,7	
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	270,6	279,8	307,6	313,6	2,0	
Part en % du PIB	11,1	12,1	12,3	11,9		

Source > DREES, comptes de la santé. CNS Edition 2023 – vue d'ensemble, VE T1

♦ **Graphique 1 - La Consommation de soins et de biens médicaux en France depuis 2011**

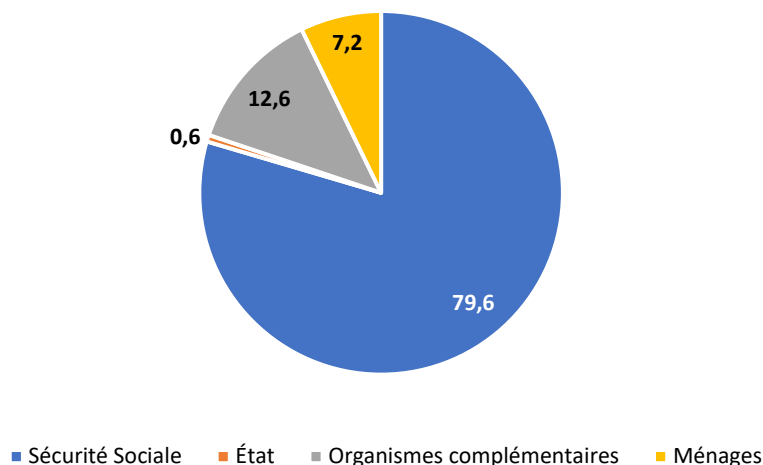


Source : Drees¹

Dans ce contexte d'accroissement des dépenses de santé, l'Assurance maladie obligatoire assume 79,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux, contre 12,6 % pour les organismes complémentaires d'assurance maladie. 96 % de la population est couverte par une complémentaire santé et l'objectif de généralisation par les pouvoirs publics semble quasiment atteint. 7,2 % de la dépense de santé reste à la charge des ménages en 2022. L'État ne finance qu'un résidu (0,6 %) ; essentiellement des prestations non contributives versées aux plus démunis.

¹ https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/comptes_de_la_sante_partage_volume_prix/export/

♦ **Graphique 2 - Le financement de la dépense de santé en 2022**



Source : Drees²

Dans ce modèle, les complémentaires santé sont installées aujourd'hui en France comme un pilier de notre système de santé, organisant alors une infrastructure singulière. Comme le résume d'ailleurs France Stratégie au sujet d'un rapport sur le sujet du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) en 2022 :

« Par rapport aux pays occidentaux comparables, l'articulation entre Sécurité sociale et organismes d'assurance maladie complémentaire se singularise en France par le fait que les deux remboursent en très large part les mêmes soins et que le complément apporté par l'assurance complémentaire est considéré comme indispensable à l'accessibilité financière de ces soins. Cette organisation spécifique conduit à un reste à charge des ménages (défini comme les dépenses après remboursements) faible, sans toutefois supprimer les risques de restes à charge importants sur des soins essentiels pour les 4 % de personnes sans assurance complémentaire. Elle conduit aussi à des frais de gestion et des taux d'effort des ménages (incluant le financement de la Sécurité sociale et des complémentaires) pour leurs dépenses de santé élevés. »

² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>

Ainsi, ce modèle de financement de la santé est complexe, entre différents acteurs, certains obligatoires, d'autres qui ne le sont pas – pour finalement les mêmes soins – et des modalités de contrats différentes en fonction de la situation de chacun, salarié du privé, agent public, indépendant, personne retraitée, étudiants, etc. À cette complexité s'ajoute l'opacité des contrats de mutuelles, qui renforce encore l'illisibilité du système (UFC-Que Choisir, 2020)³, et la question relative aux modalités de couvertures de personnes, certes rares, sans complémentaires. Car si l'on parle de l'assurance maladie publique comme d'une assurance maladie obligatoire et universelle, il n'en reste pas moins que les complémentaires le sont tout autant pour bénéficier d'une offre de santé complète, et ne pas supporter de restes à charge exorbitants. Dès lors, le HCAAM dans son rapport sur l'articulation entre la Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire (2022), note :

« Au total, le système actuel est trop complexe, tant pour les assurés que pour les professionnels de santé, inégalitaire, et malgré son coût il ne garantit pas l'accessibilité financière pour tous à des soins essentiels. Le statu quo entraînerait une situation peu supportable sur ces terrains et des évolutions apparaissent nécessaires. »

Et c'est donc en refusant ce statu quo que l'UFC-Que Choisir se saisit de cette question aujourd'hui.

L'engagement de l'UFC-Que Choisir sur la question des complémentaires est ancien et constant. Tous les ans, nous documentons les augmentations des prix de ces mutuelles, notamment en prenant en compte dans les calculs les dimensions liées à l'âge. À plusieurs reprises, nous avons alerté de l'opacité sur ce marché des complémentaires santé. D'autre part, en dépit d'améliorations de l'accès pour les bénéficiaires du RSA, la complexité de ce système produit des taux de non-recours élevés, notamment à la complémentaire santé solidaire (C2S), complémentaire destinée aux personnes les plus précaires et bien souvent déjà confrontées à des inégalités sociales et territoriales de santé. La DREES, dans un rapport publié en septembre 2024, au sujet de la santé des étudiants, constate ainsi, sans avancer de chiffres, un défaut de couverture complémentaire des étudiants, et notamment des plus précaires éligibles pour la C2S (Caro, Forzy et Gaffiot, 2024). Un rapport du Sénat note qu'en 2021, cette direction estimait le taux de non-recours à la C2S à 44 % (Iacovelli et Carrère-Gée, 2024).

Aussi notre étude vient prolonger plusieurs de nos travaux sur le sujet, et propose une lecture critique du modèle actuel. Elle s'articule en deux temps, en proposant

³ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-redistribution-des-complementaires-sante-l-ufc-que-choisir-agit-contre-la-scandaleuse-opacite-des-organismes-complementaires-n85791/>

une approche historique sommaire de la construction de notre modèle actuel d'assurance maladie, et de son financement, pour en mettre en exergue quelques tensions, notamment en défaveur des personnes âgées et des personnes les plus précaires. Considérant cette histoire et ces tensions, l'étude propose quelques pistes d'évolutions pour aller vers un modèle plus pérenne, efficace, efficient, équitable et redistributif. Elle explore notamment l'approche souvent qualifiée de « Grande sécu », qui vise à une intégration de la part complémentaire des financements de la santé, dans l'Assurance maladie obligatoire.

I. Modalités de formation du système actuel

A. Aux origines de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire

La Sécurité sociale en France vise à protéger les individus contre les risques sociaux (maladie, vieillesse, famille, etc.). Elle repose en théorie sur le principe de solidarité : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Créée en 1945 dans un contexte post-Seconde Guerre mondiale, où la classe ouvrière avait gagné en influence, auréolée de sa participation à la résistance, elle est mise en place par le Gouvernement provisoire et structurée par Ambroise Croizat et Pierre Laroque. Le nouveau système remplace les anciennes assurances patronales par un régime qui vise à être unifié, universel, solidaire, géré par les travailleurs et financé par les cotisations sociales comme forme de salaire différé ouvrant droit à une contrepartie, plutôt que par l'impôt comme versement obligatoire sans contrepartie⁴.

Ce mode de financement par le travail se prolonge jusqu'en 1990, année à partir de laquelle le Parlement ajoute un financement par la CSG (contribution sociale généralisée). Cet impôt est prélevé sur les revenus du travail, les revenus de remplacement (comme les pensions de retraite ou les allocations chômage), ainsi que sur les revenus du patrimoine et des placements. En remplaçant une partie des cotisations sociales et en élargissant les sources de financement de la Sécurité sociale à d'autres revenus, cette réforme a entraîné un changement important dans la façon dont celle-ci est financée. Pour l'économiste Nicolas Da Silva, l'État s'impose dans la gouvernance de notre système de santé, notamment par rapport aux partenaires sociaux dont le rôle décline (Da Silva, 2022), ce qui ouvre une question de gouvernance sur laquelle nous reviendrons dans cette étude.

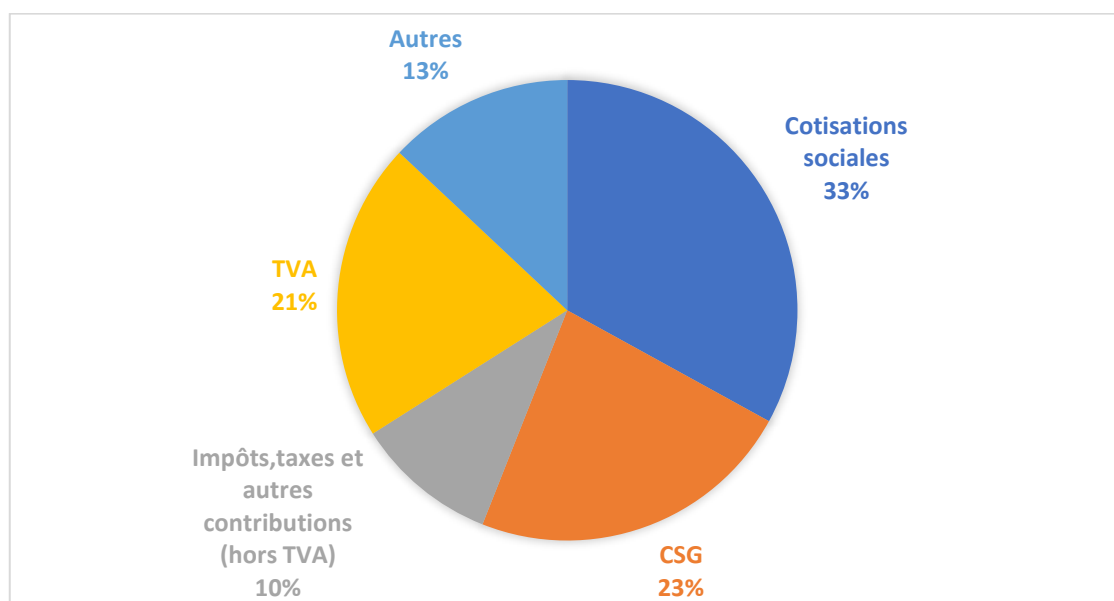
Dans cet espace en mutations tant financières qu'institutionnelles, l'assurance privée se déploie de manière *complémentaire* à la Sécurité sociale, dans les domaines non couverts – dont la prise en charge du ticket modérateur. Un véritable marché de l'assurance maladie complémentaire, clairement énoncé, se structure à partir des années 1980, et plus particulièrement dans la loi Évin de 1989.

⁴ Définition de l'INSEE ; « un impôt est un versement obligatoire et sans contrepartie aux administrations publiques. Il sert principalement à financer les dépenses publiques et peut constituer également un moyen de régulation de l'activité économique. »

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2126>

L'encadrement de la Sécurité sociale, désormais désignée comme « *assurance maladie obligatoire* », y laisse un espace pour le développement de l'« *assurance maladie complémentaire* ». La loi de 1999 sur la Couverture maladie universelle entérine cette coexistence ou ce co-financement, en faisant s'interpénétrer Assurance maladie obligatoire et Assurance maladie complémentaire sur des prises en charge partagées (Friot et Poinart, 2008).

♦ **Graphique 3 - Structure pour la branche maladie des recettes du régime général et des régimes de base en 2023**



Source : Sécurité sociale⁵

Encore aujourd'hui, la loi Evin constitue le socle juridique de l'activité de complémentaire santé. Elle pose les bases de ce marché et réglemente trois types d'organismes : mutuelles, assurances santé, et institutions de prévoyance. Les mutuelles et institutions de prévoyance y sont à but non lucratif, contrairement aux assurances santé, autorisées à générer des profits.

⁵ <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/financement/1.3.2.%20Recettes%20des%20quatre%20branc.html>

B. Le modèle français – un modèle singulier

Cette construction historique, travaillée d'évolutions et rééquilibrages successifs, produit un modèle de couverture maladie français qui se singularise par rapport à d'autres modèles internationaux.

La France est ici comparée à quatre autres pays occidentaux, choisis pour leurs différences et leurs ressemblances au système français et leur caractère « idéal typique » :

- les États-Unis et leur système largement privé, critiqué pour sa cherté, son aspect inégalitaire et son manque d'efficacité,
- le Royaume-Uni et le NHS (National Health System) largement étatique (modèle beveridgien, c'est-à-dire universel et financé par l'impôt),
- l'Allemagne et son système d'héritage bismarckien en certains points comparables à celui de la France,
- les Pays-Bas, qui disposent d'un large système d'assurances privées obligatoires, reconnu comme relativement efficace en comparaison internationale.

En France, près d'un huitième du PIB est dépensé pour le système de santé ; une part élevée, mais comparable à celle d'autres pays développés, proche de celles de nos voisins européens, et nettement inférieure à celle des États-Unis :

♦ **Tableau 2 - dépense de santé en part du PIB (2022)**

Pays	Dépense de santé en % du PIB (2022)
États-Unis	18,2
Allemagne	12,6
Royaume-Uni	11,3
France	11,9
Pays-Bas	11,2

Source : Drees⁶

Le système de santé français, universellement considéré comme l'un des meilleurs au monde, se distingue par son efficacité et le faible reste de dépenses à la charge des ménages après remboursement de l'Assurance maladie et des complémentaires. À noter également, la très faible part de l'État dans le financement (4,3 %, notamment à travers les taxes sur les tabacs et alcools) par

⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-02/CNS2023%20-%20Fiches%2028%20C3%A0%2036MAJ280224.xlsx>

rapport aux autres acteurs, du fait du poids de la Sécurité sociale comme administration publique à distinguer de l'État.

♦ **Tableau 3 - Part de différents acteurs (en %) dans le financement de la dépense de santé en 2021**

Pays	États et autorités locales	Assurances obligatoires publiques	Assurances obligatoires privées	Assurances privées facultatives	Ménages	Dont total régimes obligatoires
Allemagne	10,7	68,2	6,6	2,5	12,0	85,5
France	4,3	74,3	6,3	6,3	8,9	84,8
Pays-Bas	13,7	21,6	49,7	5,7	9,3	85,0
États-Unis	30,4	23,3	29,9	5,7	10,7	83,6
Royaume-Uni	83,0	0,0	0,0	4,3	12,7	83,0

Source : Drees⁷

Il convient de noter que la part des régimes obligatoires est proche entre tous les pays considérés, mais que la France se distingue des autres pays de notre échantillon par la plus forte part d'assurances publiques obligatoires, 74,3 %, et le plus faible reste à charge des ménages, de 8,9 %, qui est même le plus faible de tous les pays de l'OCDE. Cette moyenne masque des restes à charge qui peuvent être ponctuellement très élevés pour certains assurés sociaux. Cependant, ce reste à charge faible n'en est pas moins un enjeu majeur et menacé, notamment par plusieurs politiques de rigueur en santé ces dernières années, qui contribuent à réduire les prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire, les déplaçant alors sur les organismes complémentaires, les ménages et les personnes malades.

C. 2004-2024 : Le tournant néolibéral de la santé - la croissance des financements par les complémentaires et la participation accrue des usagers

L'architecture de notre système de santé est donc un héritage du Conseil National de la Résistance, au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Cependant, ce qui était à l'origine un modèle à visée universel financé par des cotisations sociales obligatoires et majoritairement géré par les représentants des salariés a évolué, renforçant progressivement la mainmise de l'État au détriment des partenaires sociaux. Les sources de financement se sont élargies pour inclure l'impôt comme

⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-02/CNS2023%20-%20Fiches%2028%20C3%A0%2036MAJ280224.xlsx>

prélèvement obligatoire sans contrepartie, tandis qu'une place croissante est laissée aux organisations privées, y compris celles à but lucratif, à travers l'assurance maladie complémentaire. Cette transformation va s'accélérer dans les années 2000, dans le cadre d'un tournant néolibéral, caractérisé par un double mouvement de centralisation étatique et de marchandisation, aux dépens de la santé qui se voit subordonnée à des impératifs de compétitivité et aux devoirs des États vis-à-vis des créanciers (Juven, Pierru et Vincent, 2019). Ce tournant va notamment s'incarner dans diverses politiques budgétaires qui vont viser les financements du système de santé, et l'accès aux soins, dessinant un nouvel équilibre entre assurance maladie obligatoire et complémentaire.

1. Vers une réduction de la prise en charge de la santé sur le dos des personnes malades et des usagers

➤ *Le ticket modérateur*

Le concept de « ticket modérateur » existe dans les débats parlementaires français depuis 1928. Il s'agissait à l'origine d'un véritable ticket physique, qui est vite devenu métaphorique, mais le terme de « ticket » est resté. Le premier ticket modérateur, représentant une participation des assurés sociaux aux soins, s'élevait à un montant de 15 à 20 % des tarifs conventionnels, et a été adopté dans le cadre de la loi du 30 avril 1930 (c'est-à-dire qu'il prédate de quinze ans la Sécurité sociale). À la création de la Sécurité sociale, le ticket modérateur a été fixé à 20 % avec une prise en charge assurée par les mutuelles et institutions de prévoyance. En 1967, il a été augmenté à 30 % (Sarfon, 2014) ; une proportion qui sera augmentée et diminuée de quelques points depuis cette date, et différenciée en fonction des actes et produits de santé. Il est revenu à ce niveau de 30 % à date d'octobre 2024 pour les consultations médicales par exemple... mais pour combien de temps ?

En octobre 2023, le ticket modérateur en dentaire passe de 30 à 40 % (Direction de l'information légale et administrative, 2024b). Cette décision est prise par les autorités sans aucune concertation des usagers ni de la société civile en général. Cette réforme est donc venue mécaniquement alourdir les remboursements des complémentaires, remboursements financés par des cotisations des assurés qui accusaient déjà une hausse fulgurante avant l'annonce de cette réforme : +40 % entre 2018 et 2024 d'après les relevés de l'UFC-Que Choisir.

➤ *Les franchises et forfaits, une participation des patients non remboursable*

Depuis la mise en place de l'Assurance maladie, la prise en charge du ticket modérateur par les Assurances maladie complémentaires s'est généralisée. Toutefois, dans les années 2000, de nouvelles formes de reste à charge non

remboursables ont été introduites, dans le but - du moins affiché - d'une responsabilisation financière des assurés.

Ainsi, en 2004, la loi du 13 août a introduit la « responsabilisation » des usagers avec l'introduction d'un forfait (ou participation forfaitaire) d'un montant d'1 € non remboursable sur les actes médicaux⁸.

Quant aux franchises, somme que les assurés doivent payer pour leurs actes de santé, elles ont été mises en place en 2008, avec l'idée de faire économiser de l'argent à la Sécurité sociale, malgré l'opposition alors de 70 % de la population (Le Figaro, 2007). Fixées initialement à 0,5 € par boîte de médicament et acte d'auxiliaire médical, et 2 € pour le transport sanitaire, elles ont été doublées par décret à partir du 31 mars 2024, désormais 1 € pour les médicaments et actes paramédicaux donc, et 4€ pour le transport (Direction de l'information légale et administrative, 2024a). Toutefois, des exemptions ont été organisées et maintenues (mineurs, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire), de même qu'un plafond de 50 € par an et par patient, qui demeure inchangé. Les participations forfaitaires ont également été doublées en 2024, à partir du 15 mai, passant à 2 € par consultation notamment (Direction de l'information légale et administrative, 2024c). Et dès l'année suivante, dans le cadre des discussions sur le budget de la Sécurité sociale pour 2025, c'est une nouvelle annonce d'une augmentation du ticket modérateur sur les consultations et les médicaments qui est faite par la ministre de la Santé au Sénat⁹.

Ces franchises et forfaits, qui s'ajoutent aux tickets modérateurs, ne responsabilisent guère les usagers. En réalité, ils leur imposent des mesures d'économie, souvent marginales à l'échelle des dépenses nationales de santé, mais qui ont un impact significatif sur l'accès aux soins des personnes les plus précaires. Imposer à l'assuré la responsabilité de modérer les dépenses de l'Assurance maladie obligatoire semble incohérent, d'autant plus que l'augmentation à moyen terme de la consommation de soins est principalement due au vieillissement de la population, à la progression des maladies chroniques et aux coûts croissants de l'innovation en santé.

➤ *Les ALD : prises en charge à 100% menacée*

Un dernier déplacement financier sur les usagers et l'Assurance maladie complémentaire, déjà amorcé, vise les affections longue durée (ALD). Les

⁸ La Sécurité sociale. Les grandes dates, (consulté en novembre 2024)

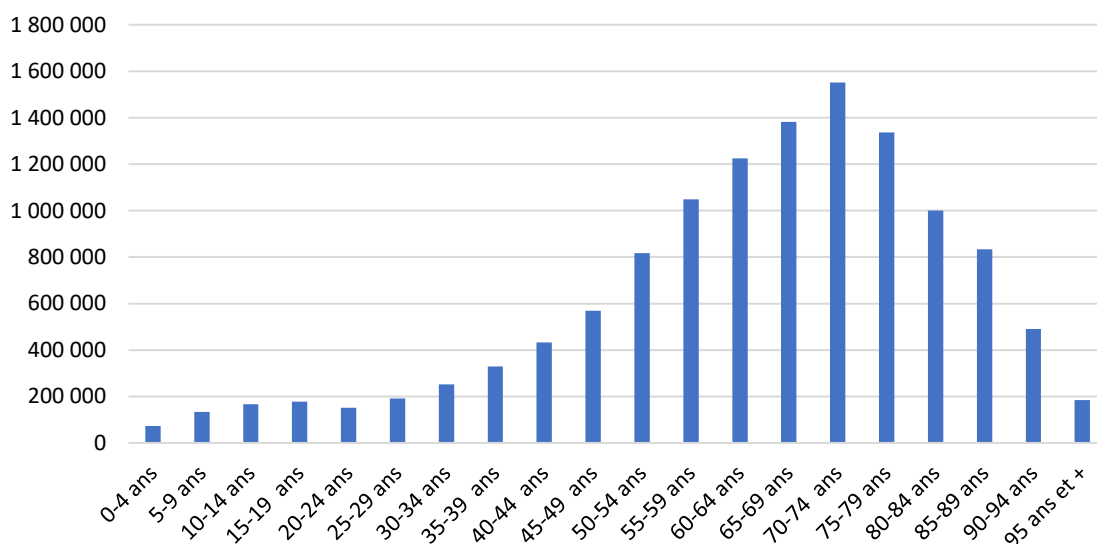
<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>

⁹ En 2025, une baisse du remboursement par la « Sécu » des consultations et des médicaments

https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/11/18/en-2025-une-baisse-du-remboursement-par-la-secu-des-consultations-et-des-medicaments_6401428_3224.html

affections longue durée exonérantes sont les « *affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* » (Direction de l'information légale et administrative, 2024d). Elle organise une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire du ticket modérateur pour les soins en lien avec l'affection. En 2022, 12 344 220 personnes seraient reconnues comme vivant avec une ALD donnant droit à une exonération du ticket modérateur. Leur prévalence est très liée à l'âge de la population ; le vieillissement de celle-ci s'accompagne donc mécaniquement d'une hausse de la part des patients en ALD, et de la dépense publique associée.

◆ **Graphique 4 - Effectifs de patients en ALD par tranche d'âge (2022)**



Source : Assurance maladie¹⁰

Toutes les prévisions avancent que le vieillissement de la population va s'accroître dans les cinquante prochaines années (INED, 2021). Cette hausse du nombre de personnes âgées et de la prévalence des ALD va donc se traduire par une poursuite de la hausse des besoins de soins en volume. Ce sera d'autant plus le cas en valeur alors que les traitements innovants sont toujours plus chers.¹¹

¹⁰ Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2022

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>

¹¹ « L'ordonnance de la société civile pour une nouvelle politique du médicament »,

<https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-sante-14-associations-publient-une-ordonnance-pour-garantir-l-acces-et-maitriser-les-prix-des-medicaments-n122946/>

Or, ces derniers mois, plusieurs propositions ont été avancées dans le débat public, visant à faire des économies sur ces affections, et donc au détriment des personnes malades.

Ainsi, l'ancien ministre de la Santé Frédéric Valletoux a-t-il proposé en mars 2024 de revoir la liste des ALD exonérantes pour la rendre plus restrictive (What's up Doc ?, 2024). Ainsi en septembre 2024, un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et des affaires sociales (Igas) propose de distinguer les ALD en deux niveaux de gravité donnant des droits différents, et d'instaurer un ticket modérateur spécifique sur les soins liés à l'affection ALD. Pour France Assos Santé¹², organisation fédérant les associations représentant les usagers et usagères du système de santé dont l'UFC-Que Choisir, cette mesure revient à supprimer totalement la prise en charge à 100 %, qui plus est pour des personnes malades qui subissent déjà le plus de restes à charge (France Assos Santé, 2024).

Ces projets viennent en effet s'ajouter à une succession de reculs sur la prise en charge à 100%. Les ALD exonérantes ne sont d'ores et déjà plus totalement prises en charge :

- ➔ Depuis 2004, les participations forfaitaires s'appliquent
- ➔ Depuis 2008, les franchises également
- ➔ Depuis 2011, la prise en charge des frais de transport est restreinte
- ➔ Depuis 2022, les personnes en ALD s'acquittent du Forfait Patient Urgences (FPU), alors qu'auparavant le ticket modérateur ne leur était pas appliqué.

Ainsi, pour éviter de financer la hausse tendancielle des dépenses de santé, les gouvernements envisagent non pas de trouver de nouvelles sources de financement, mais de réduire les niveaux de prise en charge des personnes malades. Or, si les tickets modérateurs sont transférés à l'Assurance maladie complémentaire, des augmentations tarifaires sont à prévoir pour ces dernières, afin de compenser cette dépense nouvelle.

2. Un tournant gestionnaire qui renforce le poids des complémentaires, et concentre ce marché

Comme nous l'avons souligné, le tournant gestionnaire et néolibéral des années 2000 a engendré un double mouvement : d'une part, la recherche d'un équilibre financier et budgétaire se traduit par des déremboursements et un recul de la prise en charge, et d'autre part, une marchandisation croissante du secteur de la santé,

¹² Economies sur les dépenses liées aux ALD : ce que France Assos Santé en pense...<https://www.france-assos-sante.org/actualite/economies-sur-les-depenses-liees-aux-ald-mission-inspection-generale-des-affaires-sociales-inspection-generale-des-finances-ce-que-france-assos-sante-en-pense/>

ouvre la voie à des acteurs privés. Les complémentaires santé s'inscrivent dans cet espace marchand en mutation, voyant ainsi leur rôle et leur environnement évoluer.

Le HCAAM souligne dans son rapport déjà cité le mouvement de concentration du secteur (nombre d'acteurs divisé par 4 sur les 20 dernières années), et le fait que les 20 plus grands acteurs (sur 664 en 2022) se partagent plus de la moitié du marché, une part en hausse d'une dizaine de points depuis 2011. Cette concentration est liée à des mouvements financiers et une transformation du marché liés à plusieurs réformes mises en œuvre ces dernières années.

➤ *Les exigences prudentielles, un facteur d'inflation des tarifs des AMC*

Une première de ces réformes vise les exigences prudentielles. À la suite de la crise financière de 2008, en application de différentes directives européennes dont la directive Solvabilité 2 en 2015, les complémentaires ont dû se conformer à des exigences prudentielles de plus en plus exigeantes afin de se couvrir contre le risque de défaillance. La constitution de matelas financiers par une multitude de petits organismes en concurrence les uns avec les autres constitue un facteur d'inefficience, autant que de diminution du taux de redistribution. Ces exigences ont par ailleurs poussé au rapprochement des structures au sein de groupes et consortiums. De manière paradoxale, ce processus n'a pas engendré d'économies d'échelle qui auraient été de nature à réduire les tarifs, ou au moins à contenir leur augmentation. En effet, les frais de gestion des complémentaires santé ont connu une hausse deux fois plus rapide que l'inflation entre 2011 et 2022, avec une augmentation de 33 % en valeur (Iacovelli et Carrère-Gée, 2024). Ces frais consistent largement en des frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients, ce qui fait peser dans les frais de santé des ménages une dépense de marketing. Pourtant, la publicité n'a que rarement amélioré l'état de santé d'une population (HCAAM, 2022).

♦ **Graphique 5 - Coût de gestion en santé des organismes complémentaires en 2022, selon leur nature**

En % des cotisations hors taxes perçues en santé

Poste	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Ensemble	Contrats individuels	Contrats collectifs
Frais de gestion des sinistres	4,0	4,4	4,3	4,2	3,8	4,5
Frais d'acquisition	6,5	11,5	4,5	7,9	9,3	6,5
Frais d'administration et autres charges techniques nettes	9,3	5,7	5,2	7,3	8,1	6,5
Ensemble des frais de gestion	19,8	21,6	14,1	19,4	21,3	17,6

Note > Les frais de gestion sont définis comme la somme des frais de gestion des sinistres, des frais d'acquisition et des frais d'administration et autres charges techniques nettes. Les subventions d'exploitation ne sont pas retirées ici.

Source > DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

➤ *L'accord national interprofessionnel, un cofacteur explicatif de la concentration*

En parallèle de ces exigences prudentielles, le marché des organismes de complémentaire maladie a largement été impacté par la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, dite "Loi ANI" qui transpose un accord national interprofessionnel. Une mesure de cette loi impose notamment à tout employeur du secteur privé de mettre à disposition de ses salariés une mutuelle d'entreprise, le financement étant partagé entre l'employeur et le salarié. Pour l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, qui dépend de la banque de France, cette loi a accru la concurrence entre les mutuelles régies par le code de la mutualité. De ce fait, et pour produire des offres compétitives, celles-ci ont été affectées par un mouvement de concentration au sein du secteur, étant confrontées au besoin de faire évoluer leur modèle économique (Ahado et Gandolphe, 2022).

➤ *Le périmètre des complémentaires a été élargi par réformes successives depuis 2019*

Enfin, les couvertures complémentaires santé sont de plus en plus utilisées comme relais de financement de la Sécurité sociale. Dans son rapport sur l'évolution de l'articulation entre la Sécurité sociale et l'Assurance maladie complémentaire, le HCAAM indique ainsi : *« L'existence des complémentaires santé permet à la Sécurité sociale de se désengager de la prise en charge de certaines dépenses sans que cela ne soit visible dans les sommes à déboursier directement par les ménages, même si cela renchérit leurs cotisations à l'AMC. Ce jeu de vases communicants, renforcé par l'obligation, depuis 2014, pour les contrats solidaires et responsables de couvrir intégralement la plupart des tickets modérateurs, a été observé lors des dernières augmentations du forfait journalier et, dans une certaine mesure, pour les décisions diminuant le remboursement des médicaments »* (HCAAM, 2022).

Ce commentaire s'applique d'ailleurs à la réforme du 100 % santé en 2019, qui a introduit un panier zéro reste à charge en optique, audio et dentaire, seulement après remboursement par l'Assurance maladie complémentaire. Du fait d'un mauvais pilotage de la réforme, et notamment d'objectifs d'économie en optique qui n'ont absolument pas été atteints, les cotisations aux complémentaires ont flambé pour financer ces nouveaux remboursements¹³. Bien que la création d'un panier « zéro reste à charge » soit en soi une initiative positive, il est difficile de saisir l'avantage pour l'utilisateur que ce panier soit financé par les complémentaires plutôt que par l'assurance maladie obligatoire. Cela semble uniquement viser à transférer le poids des dépenses vers le secteur privé, et ainsi à limiter les dépenses publiques en santé. En conséquence, ce sont les mêmes usagers qui en payent quand même le prix, avec des cotisations qui augmentent constamment, associées à des frais de gestions qui auraient été évitables.

En outre, la réforme du 100 % santé a généralisé les contrats dits « responsables », qui couvrent les tickets modérateurs et le panier 100 % santé en échange d'une remise fiscale. À propos de ces contrats responsables, le HCAAM souligne très justement : *« On assiste [...] à une normalisation des contenus des contrats d'assurance santé qui est particulièrement forte sur certaines garanties. L'uniformisation des règles qui en découle restreint la liberté contractuelle des opérateurs. La régulation du contrat d'assurance traduit une nouvelle conception*

¹³ Complémentaires santé - Les cotisations flambent à plus de 7 % en 2023 », <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-les-cotisations-flambent-a-plus-de-7-en-2023-n105259/>

des relations entre l'AMO [Assurance maladie obligatoire] et les couvertures complémentaires qui servent aujourd'hui un objectif commun : assurer globalement une couverture à tous des soins nécessaires (couverture "raisonnable"). La façon dont est conçu le reste à charge de l'assuré est révélateur de cette évolution puisqu'il résulte désormais de l'addition des deux segments de la couverture. Pour autant, le caractère obligatoire de cette troisième famille de règles doit être nuancé. Sur un plan strictement juridique, il est toujours possible de souscrire des contrats d'assurance "non responsables". Mais l'exercice de cette liberté a une conséquence économique puisque ces contrats ne sont pas éligibles aux mesures fiscal-social de faveur (par ex. majoration du taux de la taxe de solidarité additionnelle, non-déductibilité de l'assiette des cotisations sociales et du revenu imposable...). Cette liberté a donc un prix. » (HCAAM, 2022).

La question suivante se pose avec toujours plus d'acuité à la suite de la réforme du 100 % santé et de la généralisation des contrats responsables : pour l'utilisateur, quelle est la vertu de la concurrence entre multiples organismes d'Assurance maladie complémentaire qui proposent tous le même type de contrat ? Et cela d'autant plus qu'il est quasi impossible de comparer les offres (différences de remboursements proposés) et les performances (taux de redistribution et frais de gestion) entre organismes, faute de lisibilité et d'accessibilité des données (UFC-Que Choisir, 2023, 2024).

D. Paysage de la situation actuelle

Actuellement, l'Assurance maladie obligatoire prend en charge 79,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux, contre 12,6 % pour les complémentaires santé. 96 % de la population est couverte par une complémentaire santé – l'objectif de l'État d'une couverture pour l'ensemble de la population étant presque réalisé. Cependant, derrière ce succès se cachent des situations pour le moins disparates.

France Stratégie (2022), à propos du rapport du HCAAM note ainsi :

« La généralisation de la complémentaire santé a été conduite de manière segmentée, et il en résulte des inégalités et des ruptures de mutualisation qui interrogent sa soutenabilité à l'avenir pour les personnes âgées. »

De fait, les Assurances maladie complémentaires se sont déployées de manière hétérogène et segmentée, dans des conditions plus ou moins favorables en fonction des situations des personnes.

1. Des disparités dans l'accès aux complémentaires santé

Cette étude l'a déjà indiquée, le HCAAM souligne le mouvement de concentration du secteur des organismes complémentaires d'assurance maladie. Cette concentration est liée à plusieurs réformes du secteur, dont la mise en place à partir de 2016 de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (Iacovelli et Carrère-Gée, 2024).

Cette dernière réforme organise d'abord différents types de contrats. Les complémentaires offrent des couvertures de deux types, les contrats individuels et les contrats collectifs. Ces derniers couvrent l'ensemble des salariés du privé, quand les contrats individuels sont souscrits au cas par cas par les retraités, indépendants, étudiants, et agents publics. Pour ces agents, après une première aide pour le paiement des complémentaires, une prise en charge par des contrats collectifs devrait être systématisée à partir de 2025-2026.

Une autre forme de segmentation tient aux pratiques liées à l'âge. La loi interdit, fort heureusement, les questionnaires sur l'état de santé préalables à la souscription, qui pourraient donner lieu à des refus d'assurance ou des tarifs plus élevés pour les malades ou personnes à risque. Toutefois, les tarifs sont largement indexés sur l'âge des assurés, qui devient alors un proxy de l'état de santé. Selon le Conseil de l'âge « la très grande majorité des couvertures individuelles (97 %) sont tarifées en fonction de l'âge avec un tarif à 75 ans et 85 ans en moyenne 2,9 fois et 3,1 fois supérieur au tarif appliqué aux personnes âgées de 20 ans » (Conseil de l'âge, 2020). Les organismes complémentaires demeurent également autorisés à refuser d'assurer une personne qui en fait la demande, ce qui peut devenir une difficulté pour les personnes âgées. Pour ces dernières, certaines clauses peuvent de même permettre la résiliation du contrat à partir d'un certain âge. À noter que la différenciation des primes selon l'âge s'est en outre généralisée sur les vingt dernières années : « en 2006, encore 36 % des mutuelles appliquaient des tarifs indépendants de l'âge, elles ne sont plus que 3 % en 2016 » (HCAAM, 2022). Le rapport du Sénat sur les tarifs des complémentaires santé et le pouvoir d'achat des Français – mentionné à plusieurs reprises dans cette étude – trouve d'ailleurs son origine dans les difficultés des retraités face à l'augmentation des prix des complémentaires (Iacovelli et Carrère-Gée, 2024).

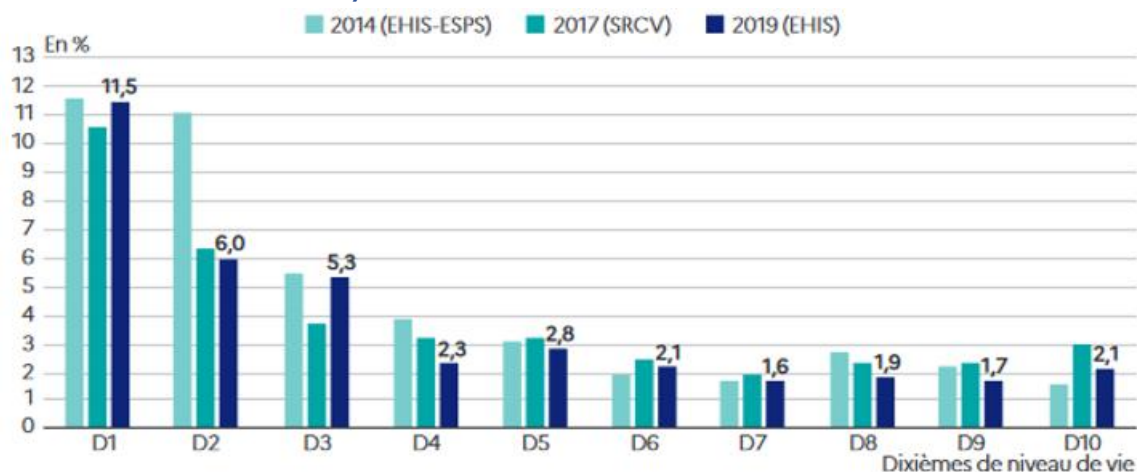
Enfin, 4% des Français ne souscrivent pas à une complémentaire santé, ce qui représente tout de même près de 2.5 millions de personnes. Si ce défaut de couverture peut relever d'un choix rationnel¹⁴ (UFC-Que Choisir, 2021), il n'en reste

¹⁴ Mutuelle - Se passer d'une complémentaire santé... pourquoi pas ?

<https://www.quechoisir.org/conseils-mutuelle-se-passer-d-une-complementaire-sante-pourquoi-pas-n8605/>

pas moins que pour une large part, ce défaut de couverture peut être lié à des raisons financières. L'absence de complémentaire est plus fréquente parmi les personnes les plus précaires, et concerne 12 % des personnes appartenant au premier dixième de niveau de vie, dont les retraités modestes et les chômeurs (Lapinte, Pollak et Solotareff, 2024). Certes, il existe un dispositif de Complémentaire santé solidaire (C2S) qui organise un tiers payant intégral, l'absence de dépassements d'honoraires, et des exonérations des participations forfaitaires et franchises. Pour autant, la complexité de ce dispositif, dans un modèle de financement lui-même complexe, fait que le non-recours reste élevé, et ce particulièrement au sein des foyers les plus modestes. En ce sens, l'intégration à la prise en charge de la santé d'une part par les complémentaires représente une source en soit d'inégalités sociales de santé.

◆ **Graphique 6 – Taux de non-couverture des personnes de 15 ans ou plus, selon le niveau de vie, de 2014 à 2019 (capture d'écran)**



EHIS : enquête santé européenne ; ESPS : enquêtes Santé et Protection sociale ; SRCV : enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie.

Note > Les niveaux de vie reflètent le revenu par unité de consommation. Les revenus des enquêtes EHIS-2019 et SRCV-2017 sont issus d'un appariement avec les données de la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Les revenus de l'enquête EHIS-ESPS 2014 sont des revenus déclarés dans le cadre de l'enquête.

Lecture > En 2019, 11,5 % des 10 % d'individus les plus modestes (D1) ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

Champ > Population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus.

Sources > Pierre (2022a) ; Irdes, ESPS ; Insee, SRCV ; DREES, EHIS. En 2014, l'enquête ESPS a accueilli les questions du module santé européen, ce qui explique sa dénomination : EHIS-ESPS.

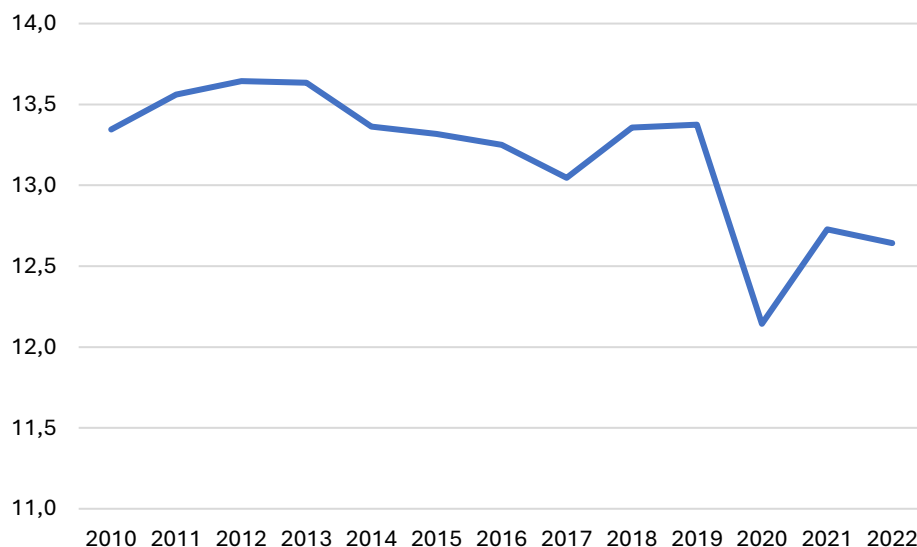
15

¹⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/CS2024MAJ040924.pdf>

2. Des cotisations aux complémentaires santé toujours à la hausse

Les complémentaires santé remboursent moins d'un sixième de la consommation de soins et biens médicaux, une part qui s'est légèrement réduite (-1 point) entre 2012 et 2022.

♦ **Graphique 7 - Part de la dépense de santé prise en charge par les organismes complémentaires (%)**



Source : Drees¹⁶

Pourtant, entre 2018 et 2022 (dernier point de donnée disponible des statistiques publiques), les cotisations aux complémentaires santé ont augmenté rapidement, de près de 19,7 % d'après les relevés de l'UFC-Que Choisir. Entre 2018 et 2024, pour un assuré donné, y compris en prenant en considération l'âge, d'après nos relevés, la cotisation a accusé une hausse médiane de 40 %. Ainsi, l'alourdissement du poids des complémentaires sur le budget des ménages est sans rapport avec l'évolution de leur importance relative dans la prise en charge des soins.

Cette hausse s'explique selon le Sénat par la progression des dépenses en santé par habitant, notamment en lien avec le vieillissement de la population. Cet argument peut être nuancé par les prises en charge des ALD par l'assurance maladie obligatoire, et non par les complémentaires, ce poids étant donc assumé

¹⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>

par le système public. L'augmentation peut aussi être liée à un déplacement progressif des dépenses, en retour, de l'assurance maladie obligatoire sur les complémentaires, via les hausses de tickets modérateurs et les déremboursements successifs. Enfin, l'absence de baisses sur les frais de gestions, y compris dans un contexte de numérisation et de concentration, ne semble pas compenser ces hausses.

L'étude met en lumière l'évolution de notre système de santé et le rôle croissant des mutuelles dans la prise en charge des dépenses non couvertes par l'Assurance maladie obligatoire. Depuis les années 1980, et notamment avec la loi Évin de 1989, un marché structuré de l'assurance complémentaire s'est développé, conférant à ces organismes un rôle de plus en plus central. Depuis les années 2000, elles ont dû s'adapter à des réformes importantes, comme la directive européenne Solvabilité II et la loi ANI, qui ont conduit à une concentration du marché, réduisant le nombre d'acteurs tout en accroissant la domination des grandes structures. Malgré cette consolidation, qui aurait pu permettre des économies d'échelle, les frais de gestion des mutuelles ont continué d'augmenter, entraînant une hausse des cotisations pour les assurés.

Les réformes récentes, telles que le "100 % santé" ou l'augmentation des tickets modérateurs, ont accentué l'importance des mutuelles en les plaçant au centre du financement de soins autrefois pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Cependant, cette prise en charge supplémentaire a conduit à une augmentation continue des cotisations, car les complémentaires ont dû absorber les coûts supplémentaires. En parallèle, la complexité croissante de ce système de co-paiement, peu compréhensible pour de nombreux usagers, contribue à un non-recours significatif, notamment parmi les populations les plus précaires, qui peinent à accéder aux dispositifs comme la Complémentaire santé solidaire.

Ces évolutions soulèvent des questions sur les vertus et les dérives du modèle actuel, où les complémentaires, tout en devenant des acteurs essentiels de la couverture santé, deviennent aussi de plus en plus onéreuses. Le poids croissant des cotisations pèse lourdement sur les ménages, accentuant les inégalités d'accès aux soins et fragilisant les plus précaires.

II. Perspectives et évolutions du modèle actuel de financement de la santé

La première partie de notre étude donne à voir une organisation des financements de la santé en France qui est complexe, opaque et porteuse en son sein de facteurs aggravants les inégalités sociales de santé. Qui plus est, cette complexité est un problème démocratique, tant l'interpénétration des dépenses entre une offre publique et complémentaire rend illisible les dépenses et recettes pour les citoyens et usagers du système de santé. Dans ce qui suit, nous proposons alors quelques pistes d'évolution pour aller vers un modèle plus pérenne, transparent et accessible pour toutes et tous - en commençant par mobiliser dans notre approche quelques enseignements de la théorie économique.

A. La théorie économique en faveur d'une assurance santé obligatoire et publique

1. La théorie économique favorable à une assurance santé obligatoire

Alors que nous avons cherché à ancrer notre première analyse dans une approche très empirique et statistique, nous identifions et décrivons un marché finalement objet de défaillances diverses, qui le déforme, aux dépens de la santé et des consommateurs. Quelques-unes de ces défaillances ont été étudiées par la théorie économique, et un détour par elle peut nous aider à penser notre objet, et donc quelques pistes de perspectives.

La théorie économique note ainsi que lorsque les défaillances du marché sont excessives, au point que le privé ne peut y proposer des solutions adéquates, alors la puissance publique peut fournir et organiser une sécurité sociale obligatoire large et accessible à tous, en vue d'améliorer le bien-être de la population (Samuelson et Nordhaus, 2005). Qui plus est, cette approche permet de réduire quelques défaillances du marché et comportements opportunistes, à l'image de l'aléa moral, de l'antisélection, ou du refus d'assurance (ou *cherry-picking*).

Sur le marché de l'assurance santé en particulier, dans la mesure où chacun peut potentiellement tomber malade un jour ou l'autre, l'assurance obligatoire évite les comportements opportunistes, défavorables à l'amélioration du bien-être collectif.

Côté consommateur, les comportements opportunistes se réfèrent aux actions des individus qui chercheraient à bénéficier des services médicaux sans supporter les coûts associés, en exploitant la nature incertaine des besoins médicaux futurs.

Un premier comportement est celui de l'antisélection d'abord, ou sélection adverse, qui ferait que seuls les malades ou ceux qui risquent le plus de l'être s'assureraient si ce n'était pas obligatoire. Un tel comportement collectif renchérirait les cotisations moyennes. Les personnes supposées en bonne santé ne s'assureraient pas par excès d'optimisme, et ne seraient pas indemnisées en cas de maladie. Par ailleurs, cette dynamique peut être aggravée par une asymétrie d'information entre l'assureur et le demandeur, asymétrie d'abord décrite par George Akerlof, dans son célèbre article de 1970 intitulé « *The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism* »¹⁷ (Akerlof, 1970). Bien que son article ne soit pas spécifique à l'assurance santé, les principes qu'il a développés peuvent y être appliqués : le patient connaît mieux son propre état de santé que l'assureur. Ainsi, une assurance santé obligatoire peut être conçue pour atténuer les risques associés à l'incertitude et à l'asymétrie d'information dans le secteur de la santé.

À l'inverse, l'obligation d'adhérer à l'assurance santé crée un groupe d'assurés plus large et plus représentatif de la population, ce qui permet de mieux répartir les risques. En incluant une large base d'assurés, les coûts des soins de santé peuvent être mutualisés au maximum, ce qui permet de réduire le risque pour chaque individu, et de stabiliser les primes d'assurance. Par ailleurs, l'obligation d'assurance santé permet de garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous les membres de la société. En assurant une couverture universelle, les individus ne peuvent pas être exclus de l'accès aux soins en raison de facteurs tels que leur état de santé préexistant ou leur capacité financière. Il faut également souligner que dans une approche de santé publique, l'état de santé des uns influe sur celui des autres, notamment avec les maladies infectieuses, ce que la pandémie Covid19 nous a récemment rappelé. Ainsi, exclure une partie de la population des soins entraînerait des conséquences négatives pour l'ensemble de la population.

Un autre comportement opportuniste associé à une approche excessivement large de la couverture maladie pourrait être celui de l'aléa de moralité – quand l'assurance diminue la volonté d'un individu d'éviter un événement à risque, ou d'aller abusivement vers l'offre couverte. C'est ce comportement qui semble être visé par les politiques de ticket modérateur et de franchises. Ces politiques produisent plus des barrières à l'accès aux soins qu'une véritable *responsabilisation*. En résulte un risque de dégradation de l'état de santé individuel et collectif, qui peut se traduire par un coût finalement plus important pour la

¹⁷ Traduction : « Le Marché des "Citron" : Incertitude de la Qualité et le Mécanisme du Marché »

collectivité. Cependant, cet aléa moral invite à penser le périmètre de ce qu'il serait indispensable de couvrir par l'assurance maladie, et ce qu'il ne le serait pas, puisque relevant du confort (médecine esthétique), ou faisant défaut d'une preuve scientifique solide de la valeur thérapeutique (homéopathie, médecines alternatives, cures thermales, etc.). Dans cet espace aux frontières de l'assurance obligatoire peut se trouver un espace marchand complémentaire. La difficulté est alors de définir ce qui relève l'assurance maladie obligatoire, et ce qui relèverait de soins complémentaires, ce qui renvoie invite à penser la gouvernance de cette assurance obligatoire.

Côté payeurs, le comportement évité par la dimension obligatoire de l'assurance maladie serait celui du refus d'assurance, ou *cherry-picking* ; les organismes ne voudraient prendre en charge que les personnes qui ont le moins de risques d'être malades. Cette approche priverait de couverture les patients qui en ont le plus besoin.

La théorie économique souligne donc les avantages, tant en termes d'efficacité que d'équité.

2. La théorie économique favorable à une assurance santé obligatoire et publique

La théorie « pure » des assurances, mentionnée précédemment, conclut à l'intérêt d'une assurance santé obligatoire, mais n'apporte aucune précision sur son organisation. Celle-ci peut prendre la forme d'un système administratif public unique, comme le NHS au Royaume-Uni ou la Sécurité sociale en France via l'Assurance maladie, ou bien reposer sur une pluralité d'acteurs privés, comme aux Pays-Bas ou en Suisse, où les organismes sont tenus d'accepter toutes les demandes d'assurance pour le niveau de garantie de base.

Toutefois, Kenneth Arrow, dans son article classique de 1963 intitulé « *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* »¹⁸ (Arrow, 1963), a abordé les particularités du marché des soins de santé en raison de l'incertitude inhérente aux besoins médicaux futurs. La demande de soins médicaux est instable, irrégulière et imprévisible. Les besoins de santé varient d'un individu à l'autre, et il est difficile de prévoir quand et comment les gens auront besoin de soins. Arrow a souligné que cette incertitude rendait difficile l'application des principes classiques de

¹⁸ Traduction : « L'incertitude et l'économie du bien-être des soins médicaux »

concurrence et de marché dans le secteur de la santé, et a suggéré que l'assurance santé pourrait être nécessaire pour atténuer les risques individuels – en particulier une assurance publique.

Celle-ci peut aider à répartir les coûts de manière plus équitable et à garantir un accès égal aux soins pour tous. En outre, les patients ne savent souvent pas à l'avance quels traitements seront nécessaires ni combien ils coûteront. Une assurance santé publique peut encadrer cette incertitude en garantissant un accès aux soins sans que les patients aient à s'inquiéter des coûts imprévus. Une assurance santé publique peut également contribuer à une régulation collective des prix et coûts, et ainsi viser des soins abordables pour tous.

À l'inverse, en Suisse et aux Pays-Bas, les assureurs privés sont tenus d'accorder le premier niveau de couverture à tout assuré qui en fait la demande. En Suisse, ils sont cependant autorisés à refuser explicitement d'assurer pour le niveau complémentaire. Aux Pays-Bas, où c'est interdit, les organismes discriminent les « mauvais risques » plus insidieusement, par exemple à travers des tarifs prohibitifs pour certains profils (HCAAM, 2022). Ces phénomènes de refus d'assurance mettent en lumière à quel point la couverture publique universelle est plus équitable, et collectivement efficace.

En outre, en France, les écarts en termes de frais de gestion pointent une plus grande efficacité, au moins en termes purement comptable, du système obligatoire et public par rapport aux offres privées complémentaires, avec un coût de fonctionnement de 4 € pour 100 € cotisé pour le système public, contre 20 pour les complémentaires, soit cinq fois plus.

La couverture publique n'est donc pas seulement plus équitable et efficace au regard de la santé publique, mais aussi plus efficiente d'un point de vue économique, notamment grâce à des économies d'échelle, à la mutualisation de ses ressources avec d'autres administrations (collecte des cotisations en particulier), et à l'absence de frais de publicité et de marketing. Tout se passe donc comme si l'assurance santé, au moins sur les soins essentiels, était un secteur où le monopole public était plus efficient dans l'intérêt du consommateur que la concurrence entre des acteurs multiples.

3. L'assurance maladie publique, un enjeu de justice sociale

Plus efficace sur le plan sanitaire, plus efficace sur les plans financiers et économiques, l'assurance maladie obligatoire en France présente de sérieux atouts en termes de justice sociale.

La redistribution organisée par une assurance santé obligatoire est horizontale (les sains paient pour les malades). C'est le cas pour l'assurance maladie obligatoire comme complémentaire, qui couvrent 96 % de la population et ne peuvent pas refuser d'assurer sur la base de l'état de santé des demandeurs. Mais il peut aussi y avoir par ailleurs une redistribution verticale (les riches paient pour les pauvres), en fonction de la politique de cotisations. Pour ce qui est des cotisations sociales et de la CSG, qui financent l'Assurance maladie obligatoire, elles sont progressives en fonction des revenus. La part de financement de cette assurance par les taxes, dont la TVA, pèse proportionnellement beaucoup plus sur les dépenses des ménages les plus modestes. Pour autant, ce financement de l'Assurance maladie obligatoire n'en est pas moins redistributif : les contributions moyennes y sont croissantes, en fonction du revenu (Lapinte, Pollak et Solotareff, 2024).

Ainsi, les 10% des Français les plus modestes contribuent en moyenne à hauteur de 1 268 € par an pour l'Assurance maladie obligatoire, ils perçoivent en retour en moyenne 4701 €. Les ménages du 5^e dixième de niveau de vie, soit les Français ayant le niveau de revenu médian, contribuent à hauteur de 4 134 €, et perçoivent en moyenne 4 890 € de prestation. Enfin, les 10 % des Français les plus riches contribuent à hauteur de 15 732 €, et perçoivent 4 421 €.

◆ **Tableau 3 - Financements et prestations de l'assurance maladie publique selon le niveau de vie, en 2019**

En euros

Dixièmes de niveau de vie	Financements		Prestations	
	Cotisations et CSG	Taxes	AMO	CMU-C et chèque ACS
D1	277	991	4 266	435
D2	765	1 221	7 331	217
D3	1 382	1 319	5 864	67
D4	1 973	1 419	6 896	36
D5	2 598	1 536	4 877	13
D6	3 417	1 635	5 844	7
D7	4 125	1 704	5 592	10
D8	5 203	1 883	4 048	9
D9	6 818	2 180	4 993	14
D10	12 954	2 778	4 415	6

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSG : contribution sociale généralisée.

Note > Les prestations de l'assurance maladie publique regroupent les prestations de l'AMO d'une part et les prestations au titre de la CMU-C et les chèques ACS d'autre part. Les prestations de l'AMO correspondent aux prestations en nature individualisables prises en charge par l'AMO. Elles peuvent être remboursées aux ménages ou versées directement aux prestataires au titre de ces soins. Les prestations au titre de la CMU-C correspondent à la partie complémentaire des soins financée par la CMU-C et dont les bénéficiaires sont exemptés (ticket modérateur [TM]). Le financement est séparé entre les cotisations et la CSG d'une part, les taxes (dont la taxe de solidarité additionnelle [TSA], qui finance les prestations de la CMU-C et de l'ACS), d'autre part.

Lecture > Un ménage du cinquième dixième de niveau de vie (D5) perçoit chaque année en moyenne 4 890 euros de prestations, en incluant celles de l'AMO et celles au titre de la CMU-C ou de l'ACS (sous forme d'un chèque). Il contribue au financement de l'AMO à hauteur de 4 134 euros (cotisations, CSG, et taxes).

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019. Fiche 16 - https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710_Panorama_ComplementaireSante2024

Pour l'assurance maladie complémentaire cependant, les cotisations sont faiblement dépendantes des revenus. Certes, en valeur absolue, les primes versées aux complémentaires santé sont plus élevées chez les ménages le plus aisés (1 267 € en moyenne pour les 10 % des Français les plus riches), et elles sont moins onéreuses parmi les ménages les plus modestes (319 € pour les 10 % des

Français les plus modestes. Or, même si ces ménages modestes tendent à choisir les contrats les moins chers possibles – et donc moins protecteurs, leurs taux d'effort (part du revenu consacrée à la santé) sont en moyenne plus élevés par rapport aux ménages les plus aisés, du fait de la faiblesse de leurs revenus (voir tableau 4).

Le taux d'effort est de 5,5 % pour les 10 % des Français les plus modestes avec des contrats peu protecteurs, contre 2,6 % pour les 10 % des Français les plus riches, avec des contrats très protecteurs.

◆ **Tableau 4 - Financements l'assurance maladie complémentaire et taux d'effort selon le niveau de vie**

En euros

Dixièmes de niveau de vie	Primes de complémentaire santé	Taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge	Taux d'effort pour l'ensemble des dépenses de santé
D1	319	5,5	14,3
D2	602	5,3	13,2
D3	766	5,6	14,3
D4	768	4,7	14,7
D5	829	4,5	15,1
D6	903	4,4	15,3
D7	993	4,3	15,6
D8	1 055	3,9	16,0
D9	1 116	3,5	16,2
D10	1 267	2,6	15,6

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019. Fiche 15 et 16, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710_Panorama_ComplementaireSante2024

A cette dimension faiblement redistributive s'ajoute de surcroît une dimension liée au vieillissement. Les organismes de complémentaires utilisent l'âge comme proxy de l'état de santé des personnes, et les cotisations pour les personnes âgées sont particulièrement élevées. Aussi, le taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge est de 2,6 % pour les personnes entre 20 et 39 ans, et de 7,3 % pour les personnes de 70 ans et plus¹⁹. L'UFC-Que Choisir souligne de surcroît que c'est aussi chez les personnes âgées que les augmentations de cotisations sont les plus marquées ces dernières années, jusqu'à 25 % et même 30 %²⁰. Pour les personnes

¹⁹ La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024.

Fiche 15 - Le poids de la santé dans le revenu des ménages https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/Fiche_15_CS2024.xlsx

²⁰ Hausse des complémentaires santé. Des frais de gestion scandaleusement élevés. UFC-Que Choisir, Janvier 2024 <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-hausse-des-complementaires-sante-des-frais-de-gestion-scandaleusement-eleves-n115702/>

âgées aux revenus modestes, le financement de la santé par les complémentaires est donc très défavorable, voire une double peine.

Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, le financement comme les prestations par les organismes complémentaires d'assurance maladie ne sont donc que très faiblement redistributifs – tant socialement que sur un axe intergénérationnel.

B. Intérêts et limites de l'approche complémentaire

Les complémentaires ne sont pas sans argument pour défendre leur place et leur intérêt dans le système de santé français. Celles-ci revendiquent notamment d'installer un équilibre entre l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire, autour d'un modèle à deux piliers, fondé sur une gestion solidaire et mixte, garantissant un accès aux soins, tout en préservant la liberté de choix des usagers.

Cette notion de liberté, de choix, est d'ailleurs le principal argument en faveur de ce modèle. Le choix se porte sur l'organisme de complémentaire d'abord. Il y a aussi la possibilité de souscrire, ou de ne pas souscrire. Cette liberté laisserait aux usagers la possibilité d'adapter leur couverture en fonction de leurs besoins et préférences spécifiques, et de leurs moyens financiers – quand bien même nous avons montré que ces couvertures différenciées contribuent à augmenter les inégalités sociales de santé. Les mutuelles organisent de surcroît des réseaux de soins, qui semblent appréciés par les professionnels de santé comme par les patients, alors qu'ils favorisent les circulations autant des personnes que des informations, et facilitent en cela le suivi. De tels réseaux peuvent devenir un modèle ou une expérience pilote à valoriser dans le déploiement de l'offre de soin sur le territoire.

La liberté revendiquée par ses organismes vise aussi la possibilité de choix du médecin indépendamment des dépassements d'honoraires, puisque précisément ceux-ci peuvent être pris en charge par les mutuelles. Pour autant, selon le HCAAM, la moitié des contrats individuels ne couvrent pas les dépassements d'honoraires – et les remboursements de ces derniers sont plus importants pour les foyers les plus aisés, renforçant encore la dimension inégalitaire en fonction du niveau de revenu. Par ailleurs, par une prise en charge partielle de ces dépassements, les complémentaires entretiennent à l'inverse ces dépassements, en les autorisant, alors qu'ils restent, à la fin, payés par les usagers via les cotisations.

Un autre argument promu en faveur des mutuelles serait qu'elles produisent un rempart face à un modèle d'une médecine à deux vitesses. En supprimant le rôle des complémentaires santé, les promoteurs de ce modèle alertent sur une augmentation importante des cotisations sociales, de la CSG, et par ailleurs des déremboursements massifs, qui seraient de nature à inciter à l'installation d'une offre de santé indépendante et à côté du système de santé publique obligatoire. Il y aurait donc une médecine des pauvres, avec un panier de soin limité, et une médecine des plus riches, avec une offre large, quand le système actuel serait relativement accessible à tous.

Cet argument souligne la nécessité de clarifier ce qui doit être pris en charge par l'assurance maladie et ce qui peut relever de soins complémentaires ou de confort, comme les cures thermales ou l'homéopathie. Il s'agit de déterminer quels traitements à service médical faible ou modéré doivent être couverts, et de définir un panier de soins essentiels, protecteurs, et un autre complémentaire, utile, mais dont le nonaccès ne contribue pas à produire ou renforcer des inégalités sociales. L'UFC-Que Choisir affirme que c'est précisément dans cet espace, au-delà de la frontière des soins essentiels, que les complémentaires santé peuvent jouer un rôle.

C. Pour une extension du périmètre de l'assurance maladie obligatoire

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, dans le rapport de 2022 que nous avons déjà cité à plusieurs reprises, analyse dans un *scénario 3* les enjeux économiques et les impacts d'une réforme qui viserait à transférer une part importante des remboursements de santé, actuellement pris en charge par les assurances maladie complémentaires, vers l'assurance maladie obligatoire. Cette réforme viserait à améliorer la prise en charge des soins, organiser un modèle plus distributif et moins porteur d'inégalités sociales de santé, tout en rationalisant les coûts liés à la gestion des complémentaires santé. La présente partie reprend les travaux du HCAAM.

1. L'hypothèse Grande Sécu

Le cœur de la réforme proposée HCAAM – dit de « Grande Sécu » – réside dans une augmentation substantielle du taux de remboursement des soins par l'assurance maladie obligatoire. Cette modification impliquerait une approche significativement plus redistributive du financement de la santé par la suppression de toute participation financière du patient. Pour les soins ambulatoires, cela

inclurait la suppression du ticket modérateur, des franchises et des participations forfaitaires, permettant ainsi un remboursement à 100 % des dépenses opposables (celles qui ne concernent pas les dépassements d'honoraires). Les soins hospitaliers bénéficieraient également d'une couverture complète. Pour les médicaments remboursables, actuellement pris en charge à des taux variés en fonction du SMR - service médical rendu (65 % - SMR majeur ou important, 30 % - SMR modéré, 15 % - SMR faible), ils pourraient également se voir intégralement couverts par l'assurance obligatoire, dès lors qu'il est démontré et évalué un réel service médical rendu. Enfin, les dispositifs inclus dans le cadre du "100 % santé" (prothèses dentaires, auditives, lunettes) seraient également pris en charge en totalité – sans intermédiaires ni conditions ou réseaux de soins.

La réforme permettrait de réduire significativement les restes à charge pour les patients, notamment pour les personnes âgées, renforçant ainsi une meilleure redistribution intergénérationnelle, et les patients souffrant de maladies chroniques, comme les affections de longue durée (ALD), qui sont souvent confrontés à des coûts élevés de santé.

2. Financer la réforme, un enjeu de justice sociale et sanitaire

Cette refonte globale du système de remboursement, à valeurs et comportements égaux par ailleurs, représente dans le rapport de 2022 un surcoût lié aux nouvelles dépenses (18,8 milliards d'euros) et à des rendements des taxes et impositions diminués, évalués à 22,5 milliards d'euros.

Cet impact budgétaire est un argument des complémentaires santé pour critiquer et invalider une telle réforme. Pourtant, cet argument connaît des limites. Derrière l'épouvantail des déficits, il fait comme si les complémentaires étaient gratuites, et comme s'il s'agissait d'une nouvelle dépense pour la santé. Or, le rapport du HCAAM rappelle que ces 22,5 milliards d'euros sont aujourd'hui financés, de manière contrainte, par les ménages, « soit directement soit par le biais de leur couverture complémentaire ». Autrement dit, aller vers un système essentiellement public et obligatoire déplace et transfère simplement le paiement des cotisations et primes de ces organismes complémentaires (soit de prélèvements quasi obligatoires privés) vers du prélèvement obligatoire public (Batifoulier et Da Silva, 2022).

Le surcoût pour les finances publiques est intégralement financé. Par ailleurs cette simplification permettrait même un potentiel gain lié à des frais de gestion et autres charges évitées à près de 5,4 milliards selon le HCAAM. Cette somme peut être d'ailleurs, soit considérée comme une économie, soit considérée comme une

nouvelle ressource dans un système de santé déficitaire et confronté à des politiques de rigueur et à des sous-investissements structurels.

La question qui se pose alors vise cependant la manière pratique d'organiser ce transfert de prélèvements obligatoires privés vers des prélèvements obligatoires publics, et ce que cet arbitrage produit. Qui paye, entre les salariés, les indépendants, les fonctionnaires et les retraités ? Par quels moyens, entre la CSG et ce qu'elle comprend, les taxes dont la TVA, ou encore les cotisations sociales ? Et qu'est-ce que ces choix produisent sur l'économie en général entre offre, demande et coût du travail, sur l'accès aux soins, ou même sur la gouvernance de notre système de santé.

Il n'a pas été possible pour l'UFC-Que Choisir de produire une modélisation de ces financements, considérant la complexité de la structure des recettes de la branche maladie, la technicité et le défaut d'accès aux données nécessaires. Pour autant, notre analyse permet de poser quelques grands principes, pour répondre aux difficultés identifiées et décrites par rapport aux financements complémentaires. En effet, une telle réforme n'a de sens que si elle permet effectivement de transformer le système de santé pour le rendre plus juste, pérenne et protecteur.

La présente étude souligne que le modèle de financement de la santé par les complémentaires pèse défavorablement sur les personnes âgées et les personnes les plus pauvres. Aussi, le financement de cette réforme doit donc viser à aller vers un système plus redistributif, et plus solidaire entre les générations.

La dimension redistributive suppose de prévoir une modalité de financement progressive, en ayant une vigilance accrue par rapport aux effets de seuils. Cette dimension redistributive peut notamment passer par la CSG ou les impôts, en évitant la TVA dont les augmentations sont essentiellement supportées par les ménages modestes (André, Biotteau et Insee, 2021), ou par les cotisations sociales, indexées sur les niveaux de salaires.

Pour ce qui est de l'âge, la réforme doit permettre une réduction des dépenses en santé pour les personnes les plus âgées et à la retraite. Aujourd'hui, ce sont elles qui dépensent le plus pour les complémentaires santé. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille reporter exclusivement ce financement sur les actifs. En effet, la fortune s'accroît avec l'âge, le patrimoine des personnes âgées, de 60 ans à 69 ans, mais aussi des 70 ans et plus, est plus élevé que celui des personnes plus jeunes (Observatoire des inégalités, 2023). Aussi, une contribution en fonction du patrimoine pourrait être envisagée, ce de manière à ne pas non plus pénaliser les personnes âgées modestes. D'autre part, l'augmentation des impôts pour les personnes âgées serait largement compensée par la suppression de cotisations

importantes aux complémentaires santé pour ces mêmes personnes. Or ces mêmes personnes - qui sont parmi les plus grands consommateurs de soins de santé - bénéficieraient de cette réforme, en recevant autant voire plus du système de santé, et en économisant les contributions aux complémentaires. Selon des scénarios produits par le HCAAM, les retraités gagneraient ainsi en moyenne entre 170 et 260 par an.

Au total, cette réforme serait à la fois simplificatrice et profondément redistributive. En transférant une grande part des remboursements vers l'assurance maladie obligatoire, elle garantirait un accès plus équitable aux soins tout en réduisant les coûts de gestion liés aux complémentaires santé. Elle bénéficierait particulièrement aux catégories les plus fragiles, tandis que les ménages les plus aisés verraient une légère augmentation de leurs contributions, renforçant ainsi la justice sociale et la solidarité entre les générations. Toutefois, une telle transformation nécessiterait une refonte du financement du système de santé, avec des ajustements fiscaux pour déplacer ces contributions quasi obligatoires privées vers des contributions obligatoires publiques. Ces changements modifieraient la structure des ressources et des payeurs en redonnant une place importante aux cotisations, entraînant un rééquilibrage des pouvoirs au sein de la nouvelle assurance maladie obligatoire, et invitant à repenser sa gouvernance.

Les autres scénarios du HCAAM dans le rapport de 2022

Le HCAAM, dans le rapport de 2022, propose l'analyse sur la Grande sécu, dite dans le rapport « scénario 3 » qui vise une augmentation des taux de remboursements de la Sécurité sociale. Ce rapport propose également 3 autres scénarios :

- **Scénario 1 – Amélioration à la marge du dispositif actuel.**

Ce scénario propose d'améliorer l'architecture actuelle du financement de la santé sans en modifier la structure, en introduisant plusieurs réformes. Parmi celles-ci, la *simplification* des règles de remboursement passe par une modulation des taux de ticket modérateur (TM) pour mieux répartir les restes à charge (RAC). Une participation financière forfaitisée pour les soins hospitaliers est envisagée, via des forfaits par séjour ou modulés selon la durée et le type d'hospitalisation, pour atténuer les RAC importants. Pour les retraités, il s'agirait d'obliger les complémentaires santé à proposer des contrats responsables accessibles aux salariés partant à la retraite. Les salariés précaires bénéficieraient d'un meilleur accès à la complémentaire santé grâce à la réduction des dispenses d'affiliation pour certains salariés, la refonte du chèque santé et une prise en charge patronale intégrale des cotisations lorsque celles-ci dépassent 10 % de la rémunération brute. Enfin, le champ d'application de la Couverture santé solidaire (C2S) pourrait être élargi pour certaines populations modestes et âgées, bien que cette mesure doive éviter des effets de seuil.

Malgré ces ajustements, ce scénario présente des limites : il reste tributaire de l'architecture actuelle et ne corrige pas les inégalités structurelles dans l'accès aux soins, tout en soulevant des difficultés d'équité et des risques de détournement des comportements de soins – notamment vers l'hôpital.

- **Scénario 2 - Généralisation de la couverture complémentaire en santé.**

Le scénario n°2 poursuit la généralisation de la couverture santé complémentaire amorcée en 2016, en structurant le système sur un modèle à deux piliers : l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. Ce modèle imposerait une obligation de souscription à une complémentaire santé pour tous les résidents en France. Les organismes complémentaires seraient tenus de proposer un socle commun de garanties uniformisées, encadrées par l'État, avec un mécanisme de péréquation pour équilibrer les primes entre organismes

bénéficiaires et déficitaires. Au-delà de ce socle, des garanties supplémentaires resteraient accessibles sans aide publique.

Le financement reposerait sur trois options tarifaires : une tarification libre indexée sur le risque individuel, une cotisation unique déconnectée du risque et modulée par les revenus, ou une tarification plafonnée avec un écart maximal entre les primes les plus basses et les plus élevées. Les organismes complémentaires pourraient se montrer réticents à participer à un système très encadré, comme cela a été observé avec la C2S. Le risque de requalification des primes en prélèvements obligatoires pourrait poser un problème juridique et politique. Ce scénario, tout en améliorant l'accès universel à la complémentaire santé, laisse subsister des interrogations sur sa faisabilité et son impact sur les inégalités sociales et professionnelles.

- **Scénario 4 – Décroisement des champs d'interventions entre l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire.**

Le scénario 4 propose un décroisement des champs d'intervention entre l'Assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires. L'Assurance maladie obligatoire couvrirait intégralement les soins restant dans le panier public, sur la base des tarifs de responsabilité, avec suppression des copaiements actuels. Les Assurances maladie complémentaires, quant à elles, prendraient en charge les soins sortis du panier public, telles que l'optique, le dentaire, les audioprothèses, les médicaments à faible ou modéré service médical rendu (SMR), ainsi que les dépassements d'honoraires et certaines pratiques comme l'ostéopathie ou les médecines douces.

La logique concurrentielle des organismes complémentaires pourrait cependant entraîner une tarification à l'âge et une segmentation accrue du marché, augmentant les inégalités d'accès aux soins pour certains publics. Les restes à charge pour les soins d'optique, dentaires et audioprothèses risqueraient de s'accroître pour les usagers hors couverture complémentaire. Ainsi, cette réforme pourrait exacerber les inégalités d'accès aux soins, et installer un système de santé à plusieurs vitesses.

Ces différents scénarios n'ont pas été retenus comme des solutions satisfaisantes dans notre réflexion, en raison des difficultés techniques et juridiques, mais aussi parce qu'ils ne permettent pas de lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé ni d'aller vers un meilleur accès à la santé pour toutes et tous.

D. Limites d'une gouvernance excessivement centralisée sur l'administration centrale – faire de l'assurance maladie une nouvelle Sociale

Le détour historique sur l'origine de l'Assurance maladie obligatoire dans l'après-guerre, en première partie de cette étude, invite à ouvrir la question de la gouvernance de notre système de santé, en même que la question des financements. Nous l'avons dit, la première architecture de notre modèle organisait une gouvernance par les représentants des salariés, alors que le financement était assuré par les travailleurs. Dès les années 1960, via l'ordonnance Jeanneney, l'État cherche à reprendre la main dans la gouvernance du système de santé et sur le régime général, pour en faire un élément parmi d'autres de la politique sociale. Les années 1990 marquent un tournant et un aboutissement de cette logique, tournant assumé par la gauche comme par la droite notamment via la CSG et les ordonnances Juppé. La CSG organise un mode de financement qui n'est plus centré sur les cotisations sociales, et marginalises-en cela les travailleurs et leurs représentants. Les ordonnances Juppé organisent une reprise en main par le Gouvernement et le Parlement des politiques de santé, notamment via l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) et les projets de loi de financement de la Sécurité sociale votés au Parlement de manière annuelle.

Dans cet espace, les syndicats sont écartés de cette gouvernance quand dans le même temps, les organismes de complémentaires y sont toujours plus associés via les mécanismes de copaiements. Ceux-ci deviennent alors un contre-pouvoir intéressé et bien peu démocratique, mais qui a le mérite d'exister. Aussi, réviser le rôle et la place des complémentaires par rapport à l'Assurance maladie obligatoire serait de nature à prolonger et renforcer encore la centralité administrative de notre système de santé. Le voulons-nous ? Acceptons-nous de remettre à l'administration centrale, à des bureaucraties sanitaires et au Parlement, aussi éclairées soient-ils, l'ensemble de la gouvernance de notre système de santé, et de ce qu'il couvre ?

Dans *la bataille de la Sécu, une histoire du système de santé* (2022), l'économiste Nicolas Da Silva propose quelques éléments de réponse. Il distingue ainsi la Sociale – comme protection sociale portée par les individus eux-mêmes, et l'État social comme protection portée par l'État. Et cet auteur défend que :

« Cette distinction n'est pas cosmétique. Le pouvoir de la protection sociale change tout du point de vue des politiques de santé. Lorsque les intéressés prennent le contrôle, ils peuvent détruire le paternalisme social et construire un monde en dehors de la domination étatique et l'exploitation capitaliste » (page 275),

et de continuer :

« Si les défenseurs de l'État social dominant le débat public, les discours se heurtent aux réalités matérielles. Il est de plus en plus clair que l'État social et le capital ne sont pas antagoniques [...] La proximité entre élites politiques et élites économiques donne à voir une collusion généralisée au détriment du plus grand nombre. Les alternances politiciennes ne changent pas le cœur de la politique de santé. Le gouffre financier des complémentaires est protégé de la critique. L'industrie pharmaceutique profite de rentes exceptionnelles, même par rapport aux standards du capitalisme contemporain. La Sécurité sociale est vampirisée par le monde de la finance avec les encouragements des gouvernements. Les cliniques privées prospèrent sur le délitement de l'hôpital public. » (page 276, 277).

Autant de très beaux sujets d'études et d'analyse futures pour l'UFC-Que Choisir. Mais avant de nous y consacrer, revenons aux complémentaires santé. Si la Sociale ouvre un champ des possibles qui permet de dépasser le tournant gestionnaire et néolibéral des années 2000, les organismes de complémentaires santé sont à l'inverse les cogestionnaires d'une organisation de la santé néolibérale et centralisée, qui se fait sans les personnes, les travailleurs et les usagers. C'est pourquoi, les débats sur la « *grande sécu* » ne doivent pas plus consacrer une nouvelle étape dans l'étatisation de notre système de santé, que faire des mutuelles le contre-pouvoir légitime et naturel. À l'inverse, l'évolution du financement, et une part croissante des cotisations, n'est-elle pas l'occasion de consacrer de nouveau la Sociale, dans une nouvelle dimension, qui prend acte des mouvements des personnes malades de ces dernières années dans le champ du cancer, du VIH, des maladies rares ou du handicap notamment, puis dans le champ de la démocratie sanitaire, auquel l'UFC-Que Choisir participe activement ? Reprenant l'adage « *rien pour nous, sans nous* », ce sont ces personnes, nous, qui part notre expertise sur nos propres vécues et nos propres vies, pouvons apporter une dimension complémentaire et nécessaire à la définition de ce qui doit être couvert par l'assurance maladie obligatoire, et la manière de l'organiser.

Conclusion et demandes

L'étude met en lumière les limites structurelles du modèle français actuel de financement de la santé, organisé autour de deux piliers et de copaiements : l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Ce modèle hérité de réformes gestionnaires successives d'inspiration gestionnaire et néolibérale est complexe, opaque et inutilement coûteux et engendre des inégalités sociales et barrières financières à l'accès à la santé supportées principalement par les personnes âgées et les foyers le plus précaires.

L'analyse comparative démontre que l'Assurance maladie obligatoire publique est plus efficiente économiquement, redistributive socialement, et capable de garantir un meilleur accès aux soins pour tous. En revanche, les financements de la santé via les organismes complémentaires perpétuent et entretiennent les inégalités sociales et sanitaires en raison de tarifs indexés sur l'âge, et de leur nature faiblement redistributive.

Une réforme qui étendrait la part de l'assurance maladie obligatoire dans les financements de la santé, autant que dans la prise en charge, apparaît alors comme une solution viable et souhaitable. Elle ne signifie pas la fin des mutuelles, mais un déplacement de leur rôle sur des soins supplémentaires, dont le recours ou le non-recours n'est pas de nature à impacter accroître des inégalités de santé. Cette réforme est économiquement neutre, voire une source de gains financiers de plusieurs milliards, en déplaçant des contributions privées quasi obligatoires sur des contributions publiques obligatoires, et en évitant par là des frais de gestions inutiles. Elle serait de surcroît de nature à améliorer l'équité, réduire les restes à charge, les dépassements d'honoraires et optimiser les dépenses en santé grâce à des économies d'échelle et une simplification administrative.

Recommandations :

Demande 1 : L'UFC-Que Choisir demande d'instaurer un régime d'assurance maladie obligatoire qui prenne en charge à 100 % des dépenses de santé, ce autour d'un panier de soins essentiels, et la suppression des dépassements d'honoraires, tickets modérateurs et franchises.

Cette position, établie au terme du déroulé de la présente note, propose de mettre fin au modèle de copaiements des soins pris en charge dans notre système de santé, y compris dans le cadre du 100% santé (dentaire – audition – optique), pour centrer le paiement exclusivement sur l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'une mesure de simplification, de

transparence, et qui vise des conséquences favorables sur l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Cette approche, parfois mentionnée sous l'appellation « grande sécu », n'efface pas le rôle des complémentaires amenées à prendre en charge ce qui ne relève pas des soins essentiels. Se pose alors la question de la délimitation du panier de soin, qui fait l'objet de la proposition 2.

Demande 2 : L'UFC-Que Choisir demande de définir clairement et de manière concertée le panier de soins essentiels pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, et les soins supplémentaires et non essentiels, qui resteraient à la charge des organismes complémentaires (médecins doux, médecines alternatives, etc.)

Demande 3 : L'UFC-Que Choisir demande que le déplacement des cotisations privées quasi obligatoires payées par les usagers du système de santé aux organismes complémentaires, sur des cotisations publiques obligatoires, se fasse de manière à organiser un modèle qui serait plus redistributif pour les foyers les plus pauvres et plus solidaire entre les générations.

Demande 4 : L'UFC-Que Choisir revendique une nouvelle gouvernance de notre système de santé plus démocratique et moins étatisée caractérisée par une place renforcée, réaffirmée et pas seulement consultative pour les partenaires sociaux comme représentants des travailleurs et principaux contributeurs, mais aussi pour les usagers du système de santé comme personnes les premières concernées.

Bibliographie et sources

AHADO F., GANDOLPHE S., 2022, « Analyse de l'assurance complémentaire santé entre 2012 et 2020 », *Analyses et synthèses*, 135, ACPR - Banque de France.

AKERLOF G.A., 1970, « The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *The Quarterly Journal of Economics*, 84, 3, p. 488-500.

ANDRE M., BIOTTEAU A.-L., INSEE, 2021, « Hausses et baisses de la TVA : quels effets sur la redistribution et les inégalités de niveau de vie ? - Blog Insee ».

ARROW K.J., 1963, « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *The american economic review*.

BATIFOULIER P., DA SILVA N.D., 2022, « La petite réforme de la « grande sécu »: Illustration d'un capitalisme politique en santé ? », *Revue Française de Socio-Économie*, 29, 2, p. 3-17.

CARO M., FORZY L., GAFFIOT J., 2024, « Prendre soin de sa santé pendant les études Une immersion dans le rapport des étudiants à leur couverture santé », *Les dossiers de la DRESS*, 121, DREES.

CONSEIL DE L'AGE, 2020, « L'incidence des réformes du « 100 % Santé » et de la Complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées ».

DA SILVA N., 2022, *La bataille de la Sécu: une histoire du système de santé*, Paris, La Fabrique éditions, 294 p.

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE, 2024a, « Médicaments, actes paramédicaux et transports : la franchise médicale a doublé le 31 mars 2024 ».

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE, 2024b, « Remboursement des soins dentaires », *Service-Public.fr*.

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE, 2024c, « Ticket modérateur, forfait et franchises (Sécurité sociale) », *Service-Public.fr*.

DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE, 2024d, « Prise en charge d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie », *Service-Public.fr*.

FRANCE ASSOS SANTE, 2024, « Franchises sur les dispositifs médicaux et menace sur les ALD : des atteintes graves pour l'accès aux soins des personnes malades ! », *France Assos Santé*.

FRANCE STRATEGIE, 2022, « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire ».

FRIOT B., POINSART L., 2008, « La cotisation maladie aux prises avec la CSG et les mutuelles », *Savoir/Agir*, 5, 3, p. 25-32.

HCAAM, 2022, « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire ».

IACOVELLI X., CARRERE-GEE M.C., 2024, « Hausse des tarifs des complémentaires santé : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français », Rapport d'information, 770, Sénat.

INED, 2021, « Projections - Evolution de la population - France - Les chiffres », *Ined - Institut national d'études démographiques*.

JUVEN P.-A., PIERRU F., VINCENT F., 2019, *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir éditions.

LAPINTE A., POLLAK C., SOLOTAREFF R., 2024, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », *Panorama de la DREES*, DREES.

LE FIGARO, 2007, « Des franchises médicales dès janvier 2008 », *Le Figaro*, 29 octobre 2007.

OBSERVATOIRE DES INEGALITES, 2023, « Le patrimoine selon l'âge », *Observatoire des inégalités*.

SAMUELSON P.A., NORDHAUS W.D., 2005, *Économie*, 18e éd, Paris, Économica.

SARFON M.-P., 2014, « Historique du ticket modérateur », *IRDES Eco-Santé France, Régions & Départements*.

UFC-QUE CHOISIR, 2020, « Redistribution des complémentaires santé - l'UFC-Que Choisir par en chasse contre l'opacité », *UFC-Que Choisir*, 30 novembre 2020.

UFC-QUE CHOISIR, 2021, « Mutuelle - Se passer d'une complémentaire santé... pourquoi pas ? », 26 février 2021.

UFC-QUE CHOISIR, 2023, « Complémentaires santé - Les cotisations flambent à plus de 7 % en 2023 - Action UFC-Que Choisir - UFC-Que Choisir », 18 janvier 2023.

UFC-QUE CHOISIR, 2024, « Hausse des complémentaires santé - Des frais de gestion scandaleusement élevés », *UFC-Que Choisir*, 23 janvier 2024.

WHAT'S UP DOC ?, 2024, « ALD, Frédéric Valletoux veut questionner la liste des pathologies éligibles, en vue de possibles économies », *What's up Doc ?*, 11 mars 2024.

UFC-Que Choisir
Janvier 2025

