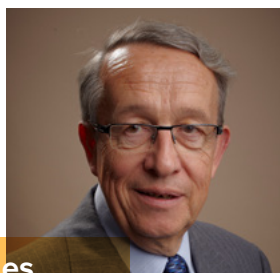




Spécial Marché de la complémentaire santé



Jacques NOZACH

Senior Advisor, ACTUARIS
jacques.nozach@actuaris.com

Dans la continuité des études menées par ACTUARIS depuis plusieurs années, nous analysons dans les pages suivantes le marché de la complémentaire santé, sa rentabilité, et les évolutions en cours, dans le cadre de trois grandes parties :

I-Évolution du marché en 2017

II-Rentabilité du marché de l'assurance santé

III-Evolution de la CMU-C et l'ACS

Les analyses ont été réalisées à partir du rapport d'activité 2017 du fonds CMU et du rapport 2017 de la DREES sur la situation financière des OCAM en 2016.

EVOLUTIONS DU MARCHÉ EN 2017

1- Un chiffre d'affaires qui progresse à nouveau

Après deux années de relative stagnation (+1,5% en 2015 et +1,4% en 2016), le chiffre d'affaires du marché de la complémentaire santé a progressé dans une fourchette de 2,8% (source Fonds CMU) à 3,34% (source FFA-CTIP-FNMF) par rapport à 2016.

Méthodologie et sources de données :

Depuis plusieurs années, nous nous fondons sur les statistiques produites par le Fonds CMU pour connaître le chiffre d'affaires annuel de la complémentaire santé. La fiabilité de ce chiffre paraît incontestable dans la mesure où il sert d'assiette au prélèvement de la TSA, qui fait l'objet de contrôles réguliers. Cependant, nous constatons, année après année, un écart constant par rapport aux chiffres d'affaires communiqués par l'ACPR et par la profession (la FFA, le CTIP, la FNMF publient ensemble des résultats en complémentaire santé et en prévoyance depuis deux ans). Les écarts constatés ne sont pas négligeables :

Marché Santé en Mds €	2016	2017	Evolution
source Fonds CMU	34,8	35,8	+2,8%
source ACPR (2016)	35,9	Non publié	
source profession (2017)		37,1	+3,34%
Ecart	+1,1	+1,3	

En se fondant sur les statistiques ACPR, la progression 2014/2015 n'aurait pas été de 1,4% mais de 1,7%. Conscients de cette différence, le Fonds CMU et la DREES expliquent cet écart par le mode de recouvrement de la TSA, qui est liquidée chaque trimestre, et au plus tard au cours du mois qui suit, tandis que l'ACPR et la profession tiennent compte également des primes acquises et non émises (PANE) et des primes émises et non acquises (PENNA). Dans la TSA de 2017, une partie de l'assiette comporte donc des cotisations imputables à 2016 et ne tient pas compte d'une part des cotisations 2017 qui seront intégrées dans la TSA 2018, alors que l'ACPR prend exclusivement en compte l'ensemble des cotisations payées ou à payer au titre de l'exercice. Cela représente un écart de 1 à 3% qui concerne principalement les OCAM qui ont des portefeuilles collectifs importants.

Au global le chiffrage de l'ACPR (et celui de la profession en attendant la publication du rapport de l'ACPR) nous paraît mieux correspondre à la réalité du marché.

Nous retiendrons donc pour 2017 un montant de cotisations de 37,1 Mds € en progression de 3,34% par rapport à 2016 (35,9 Mds €), progression qui correspond d'ailleurs à celle qui est constatée par le Fonds CMU pour les contrats responsables classiques (3,4%) qui représentent plus de 93% des cotisations santé.

2 - La part des contrats collectifs progresse lentement

Nous attendions une très forte progression des contrats collectifs en 2017, année où la généralisation de la couverture des salariés devait entrer en régime de croisière du fait de la fin des exemptions temporaires.

Rien de tel ne s'est produit : la part du collectif représente 47% des cotisations (source FFA-CTIP-FNMF, contre 46% en 2016), et nous sommes encore loin des 60% évalués en 2013 en tenant compte des salariés non couverts (entre 0,4 et 0,6 million) et des salariés bénéficiant de contrats individuels (entre 4,6 et 5,2 millions).

Force est de constater que ce transfert massif ne s'est pas produit et ne se produira sans doute pas.

Les dispenses d'affiliations (ressortissants CMU-C et ACS, bénéficiaires du « versement santé », une moindre couverture des ayants droit assurés par ailleurs), les choix exercés par les salariés au profit du maintien des contrats individuels dans les cas de DUE, expliquent pour l'essentiel ce phénomène : 10% des entreprises pour 16% des salariés. **Ces dispenses expliquent pour l'essentiel le faible taux d'adhésion (de l'ordre de 50%) des salariés dans certains contrats collectifs d'entreprises qui sont pourtant à adhésion obligatoire.**

Le non-respect de la loi de généralisation par un nombre significatif de TPE (6% des entreprises représentant 4% des salariés seraient concernées) et la non application des accords de branche du fait de la disparition des clauses de désignation pourraient également contribuer à limiter cette évolution.

Au total, selon la DRESS, 20% des salariés (3,5 à 4 millions) ne seraient pas couverts par un contrat collectif, certains parmi eux ne disposant d'aucune couverture.

Un autre constat intéressant correspond à la diminution du montant moyen de participation de l'employeur par salarié : 539 € /an en 2016 contre 674 € en 2013 (chiffre DARES). Ce phénomène pourrait être expliqué par des conjugaisons de tendances sur les contrats santé : une baisse moyenne des garanties – notamment du fait de l'introduction de nouveaux contrats avec des garanties minimales complétées par des surcomplémentaires – d'une modification de la typologie de cotisations retenue, et d'un taux de participation plus souvent limité au minimum de 50% (la réintroduction de cette cotisation patronale dans l'assiette de l'IRPP rendant le dispositif socialement moins attractif).

Il est vraisemblable cependant que la part de l'assurance individuelle connaîtra une lente érosion sur le long terme, au fur et à mesure des nouvelles embauches de salariés qui sont intégrés automatiquement dans les dispositifs collectifs (parties intégrantes de leurs contrats de travail).

3 - Des frais de gestion qui restent élevés mais qui semblent se stabiliser

Les frais de gestion des OCAM (20% des cotisations) n'ont cessé de croître sensiblement au cours des dix dernières années (+4,1% par an en moyenne), avec en 2016 une fourchette de 27% (en individuel sur les sociétés d'assurance) à 18% (en collectif sur les IP et les mutuelles) avec une structure de frais :

- **en diminution pour la gestion des sinistres** (4% des cotisations), avec une fourchette allant de 3% à 5%
- **en hausse pour la gestion administrative** (8% des cotisations, en particulier du fait des nombreuses réformes accumulées - ANI, contrats responsables, ACS, Solvabilité 2...), avec une fourchette allant de 6% à 8%
- **en très forte augmentation pour les frais d'acquisition** (8% des cotisations, du fait d'une concurrence accrue dans un marché mature et de la disparition des clauses de désignation au niveau des accords de branches), avec une fourchette allant de 5% à 15%.

Au total les frais de gestion des OCAM semblent se stabiliser :

	2014	2015	2016
Montant total (en Mds€)	7,189	7,349	7,365
Evolution		+2,2%	+0,2%
Montant des frais d'acquisition (en Mds€)	2,751	2,820	2,844
Evolution		+2,5%	+0,8%

Les frais d'acquisition qui aujourd'hui font polémique, semblent également sous contrôle.

La question est de savoir si les évolutions rapides et répétées de la réglementation, et les phénomènes de restructuration du marché qu'elles favorisent, permettront aux OCAM de réaliser des gains de productivité substantiels au cours des prochaines années.

La mise en place des nouvelles options « 100% santé » sur plusieurs exercices et la suppression probable de l'ACS ne semblent pas aller dans ce sens.

4 - Une restructuration du marché qui se poursuit au même rythme

Le nombre d'OCAM continue de diminuer, passant de 544 en 2015 à 477 en 2017.

Ces diminutions concernent exclusivement le nombre des mutuelles (337 y compris les mutuelles substituées), le nombre d'IP restant stable (25). Par contre, le nombre de sociétés d'assurance continue de croître (de 99 en 2015 à 115 en 2017).

La part de marché des mutuelles continue de diminuer (50% en 2017) au profit des sociétés d'assurance (32%), la part des IP restant stable (18%). **Notons que ce phénomène d'érosion de la part de marché des mutuelles est sensible, puisqu'en 14 ans (chiffres 2003 vs 2016) les mutuelles ont cédé 9 points au profit des sociétés d'assurance.**

Mais comme nous avons déjà eu l'occasion de l'écrire, ces classements et distinction par « famille d'assureurs » ou par organisme ne sont plus réellement significatifs aujourd'hui du fait de la constitution de groupes composites qui comprennent des IP, des mutuelles et des sociétés d'assurances. **Il paraît plus pertinent d'identifier et de suivre les groupes à dominante mutualiste, à dominante paritaire ou pilotés par des sociétés d'assurance**, car c'est à ce niveau que se situent le pilotage, la stratégie, et le plus souvent la solvabilité. Cette tendance s'est accélérée du fait de la création des groupements prudentiels.

En prenant en compte ce phénomène, chacun de ces trois types de regroupements composites représente à peu près 1/3 du marché.

Le phénomène de concentration du marché se constate déjà au niveau des organismes solos : les 20 plus gros organismes (8 mutuelles, 8 sociétés d'assurance et 4 IP) concentrent la moitié du marché, alors que 10 ans plus tôt, ils n'en représentaient que le tiers - et les 100 plus importants en concentrent 90%.

Dans une vision groupe, les 3 premiers (un mutualiste VYV, un paritaire MMH, une société d'assurance AXA) représentent à eux seuls plus de 10 Mds € de cotisations santé (27% du marché), les dix premiers en collectent près de 20 Mds (54% du marché).

Il est à souligner, par ailleurs, que ces regroupements ne se font plus seulement avec l'objectif de se renforcer et de se diversifier en assurance de personnes, mais avec la volonté de disposer d'une offre d'assurance globale également en assurance de biens (Auto, MRH...).

Dans ce contexte, tout paraît possible et il se noue des alliances qui hier encore paraissaient improbables.

LA RENTABILITÉ DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les résultats de 2015 (134 millions € / 0,3%) et la baisse progressive de ces résultats par rapport aux exercices précédents (0,7% et 0,8% en 2013 et 2014) laissent craindre un déficit technique en 2016. **Tel n'est pas le cas : ces résultats sont de 104 millions €. Ils restent donc globalement très proches du niveau d'équilibre et semblent se stabiliser autour de 0,3%.**

Néanmoins, comme précédemment, la formation de ce résultat fait apparaître des situations très contrastées : **les contrats collectifs restent structurellement déficitaires à hauteur de 4% (3,5% en 2015), et les contrats individuels dégagent en moyenne un excédent de 4% (3,4% en 2015)**. Même si la progression de la part du collectif n'est pas le « raz de marée » annoncé, cette part de 46% des cotisations en 2016 devrait continuer de croître (elle serait au moins de 47% en 2017) et dépasser les 50% à moyen terme. Dans ces conditions, toutes choses restant égales par ailleurs, l'ensemble du marché de la complémentaire santé serait probablement déficitaire.

Les acteurs du marché enregistrent néanmoins des résultats différents avec des écarts significatifs qui posent question :

Les IP sont globalement déficitaires sur la santé

Rien d'étonnant lorsque l'on sait que **leurs portefeuilles sont collectifs à 88%** - cette part de collectif génère en moyenne 5,7% de déficit technique (322 millions € / pour 5,7 Mds de cotisations) et leurs très bons résultats en individuel (+10%) sur un volume non significatif (796 millions €) ne permettent pas de compenser cette perte. L'activité santé des IP est donc déficitaire (244 millions € / 3,8%), qui est à peine compensée par les autres activités des IP, ne laissant au total qu'un résultat de 3 millions € pour 13,9 Mds € de chiffre d'affaires.

(A noter que l'assurance de l'incapacité / invalidité est également déficitaire de 118 millions €, compensée par des résultats décès de 149 millions €. Seuls les résultats non techniques, +216 millions € permettent l'équilibre global).

Les mutuelles sont globalement juste à l'équilibre

...avec à peine **18 millions € de résultat comptable (+0,1%) pour un total de cotisations de 18,5 Mds €**. La part de leur portefeuille collectif reste pourtant encore limitée (29%) mais pour un volume de cotisations (5,4 Mds €) comparable à celui des IP et des sociétés d'assurance. Ce portefeuille enregistre un déficit de 5% (271 millions €), à peine compensé par un excédent en individuel de 2,2% (289 millions € pour 13 Mds € de cotisations).

(A noter que les autres activités des mutuelles restent marginales, de l'ordre de 15% en prévoyance et en retraite, et légèrement excédentaire en 2016, ce qui permet un résultat global de 143 millions € / +0,7%).

Les sociétés d'assurance réalisent les meilleures performances

La part du collectif est de 49% (5,5 Mds de cotisations) dont elles limitent le déficit à 1,2% (68 millions €) ; elles réalisent un excédent de 7,1% en individuel (398 millions €) **et leur marge globale s'établit à 3% (330 millions €)**.

Comment expliquer ces meilleures performances qui se sont consolidées et améliorées au cours des cinq dernières années ?

Aucun élément tangible ne permet de répondre à cette question. On peut néanmoins évoquer comme piste d'explication plausible **un niveau de tarification en moyenne plus élevé, malgré un marché de la complémentaire santé devenu très concurrentiel, avec une forte pression sur les prix**. D'autant que les sociétés d'assurance exposent plus de frais de fonctionnement (23% des primes, soit 27% en individuel et 20% en collectif) que les autres OCAM - les IP affichent des chargements de 17% (8% en individuel et 18% en collectif) et les mutuelles de 20% (22% en individuel et 18% en collectif).

De toute évidence, **cet écart de coûts de chargement**, dû exclusivement à des chargements d'acquisition sensiblement plus élevés, **ne constitue pas un handicap commercial**, puisque les sociétés d'assurance sont les seules à conquérir des parts de marché (avec 32% du marché de la complémentaire santé en 2017, elles ont progressé de plus de trois points depuis 2013, et de 9 points depuis 2003).

En conclusion

Concernant la rentabilité de l'assurance complémentaire santé, la situation demeure très préoccupante.

Le résultat ne s'est pas dégradé en 2016, mais il ne s'est pas redressé. Le fait que la part des prestations des OCAM par rapport aux dépenses totales de santé (13,3% en 2016) a tendance à diminuer (13,7% en 2013), en particulier en raison du vieillissement de la population (hospitalisations et ALD), a sans doute eu un impact pour maintenir cet équilibre, de même que la nouvelle définition des contrats responsables (en partie mise en œuvre en 2016) qui limitent certaines prestations des OCAM.

Mais ce résultat apparaît très fragile : la part du collectif, de 46% des cotisations et 50% des prestations en 2016 continue de progresser.

Toutes choses restant égales par ailleurs, un déficit global paraît donc inéluctable. Que savons-nous de l'exercice 2017, permettant d'infirmer ou d'étayer cette hypothèse ?

Contre toute attente, la part du collectif a progressé moins vite en 2017. Elle s'établirait à 47% des cotisations (déclaration commune FFA, CTIP, FNMF) et probablement à 51% des prestations.

Cette évolution suffirait pour générer un déficit global. Cependant les éléments communiqués par le Fonds CMU fixent à 3,4% la progression des cotisations correspondant à l'ensemble des contrats responsables (93% du total des cotisations), signe probable de hausses de cotisations, à un niveau supérieur à celui de l'ONDAM (2,1%).

Des mesures de redressement tarifaire semblent donc avoir été prises.

Mais ce résultat dépend aussi d'une meilleure maîtrise des frais de gestion qui semblent se stabiliser (ils n'ont progressé que de 0,2% en 2016, alors que leur croissance annuelle moyenne a été de +4,1% au cours des 10 dernières années).

Comment imaginer dans ces conditions que les OCAM puissent prendre en charge, comme le demandent les pouvoirs publics, à cotisations inchangées, les surcoûts probables des réformes 100% santé en optique, dentaire et audioprothèse ?

Les RACO en optique, dentaire et audioprothèse ressemblent à un pas de géant vers une complémentaire santé étroitement administrée par les pouvoirs publics.

1. Cette nouvelle réforme s'attaque aux domaines de prédilection des OCAM

En effet, selon les dernières statistiques de la DRESS, leur prise en charge en 2017 s'établit respectivement à :

% des dépenses pris en charge	Par les OCAM	Par le RO	Par les patients (reste à charge)	Total
Dentaire	39%	36%	25%	9,1Mds€
Optique	72%	4%	24%	6,1Mds€
Audioprothèse	30%	14%	56%	1Md€

D'aucuns imaginaient même, il n'y a pas si longtemps, que ces remboursements pourraient devenir l'apanage exclusif des complémentaires santé après retrait du régime de base.

La voie choisie par les pouvoirs publics est tout le contraire d'un désengagement : le régime de base va augmenter certaines prises en charge (en particulier en dentaire), et les OCAM auront l'obligation d'introduire les options 100% Santé dans l'ensemble de leurs contrats. Une part non négligeable de l'effort reposera également sur les professionnels de santé concernés, chargés de proposer ces offres de référence RACO étroitement définies.

Le seul souci des pouvoirs publics, concernant les OCAM, semble être d'éviter que la mise en place de ces dispositifs RACO n'entraîne à leur niveau des hausses de tarifs, pourtant inéluctables sur certains segments de portefeuille !

2. Tout se passe comme si la complémentaire santé était traitée comme une simple annexe du régime de base, un « pilier 2 ou 1bis » de plus en plus administré, un clone du régime de base sans l'inconvénient d'avoir à le comptabiliser dans les prélèvements obligatoires.

Ce sentiment est renforcé par l'empilement de dispositifs auquel on assiste depuis plusieurs années et qui ne cesse de s'enrichir d'étages supplémentaires et menace aujourd'hui d'occuper tout l'espace de l'assurance complémentaire santé :

- la CMU-C
- les trois options (A,B,C) de l'ACS
- le panier de soins minimum de l'ANI/2013
- les planchers et plafonds des contrats « solidaires et responsables »

auxquels s'ajouteraient :

- les options RAC zéro réglementaires
- des nouveaux plafonds entrant dans la définition des « contrats solidaires et responsables » limitant les remboursements en dentaire et audioprothèse ?

Et même si ces limitations n'interviennent pas à l'occasion de la réforme en cours, la porte est désormais ouverte à cette évolution, dont la probabilité à terme est très forte.

3. La marge de manœuvre des OCAM est donc étroite, malgré leurs prises de position communes

Les domaines laissés à la liberté de négociation contractuelle au niveau des garanties paraissent extrêmement limités.

Restent le tarif technique, les coûts de gestion et d'acquisition, et les services (dont la prévention).

Une telle évolution pose la question des réseaux de distribution et de leurs coûts, de la pertinence des accords de branches en complémentaire santé, de l'avenir des plateformes de soins (pour quelles intermédiations si tout, ou presque, est normé au niveau des professionnels de santé ?) et **plus généralement de la question de la valeur ajoutée des OCAM**. N'oublions pas la possibilité de sortir du carcan réglementaire en proposant des contrats non responsables, potentiellement plus adaptés aux besoins des assurés.

4. Il est néanmoins difficile de contester la légitimité et le bien-fondé de cette réforme qui représente un important enjeu de santé publique...

Difficile, en effet, sur le fond de ne pas soutenir une telle réforme qui, à bien des égards, paraît légitime, car elle devrait permettre un accès aux soins du plus grand nombre. Les dépenses occasionnées par les trois postes concernés, du fait des montants élevés de restes à charge, sont la cause de nombreux renoncements aux soins (1/4 des assurés seraient concernés, en particulier en dentaire, le montant total correspondant à ces renoncements aux soins représenterait plus de 4 Mds€).

Lever cet obstacle est donc un véritable enjeu de santé publique. A ce titre, les OCAM soutiennent cette réforme qu'ils pourront demain valoriser auprès de leurs assurés.

5. On voit se dessiner ce que pourrait être, à court ou moyen terme, le nouveau périmètre d'une complémentaire santé « solidaire et responsable » totalement régulée par les pouvoirs publics.

Pourrait-on, si l'hypothèse d'une complémentaire santé étroitement limitée et régulée devenait réalité, encore parler d'assurance et d'un « marché de la complémentaire santé » ? de liberté d'offre des professionnels de santé et de choix des assurés ?

Un tel dispositif ne constituerait-il pas un frein important aux innovations médicales et techniques ? Ne consacrerait-il pas une médecine à deux vitesses ?

6. Les acteurs du marché peuvent anticiper cette évolution en complétant leur activité d'assureur de la complémentaire santé par une stratégie de diversification et de fidélisation (surcomplémentaire, couverture au 1^{er} €...)

Faut-il, dans ce contexte au-delà des contrats complémentaires, déployer d'ores et déjà une nouvelle stratégie de diversification prenant en compte l'ensemble des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), visant à assurer les dépassements et les frais que le régime de base ne prend pas en compte ? **Il s'agit d'un marché potentiel de l'ordre de 20 Mds d'€ de prestations, en sus des 28,5 Mds d'€ aujourd'hui remboursés par les OCAM en 2016.**

EVOLUTIONS DE LA CMU-C ET DE L'ACS

L'accès aux soins des personnes les plus démunies ne dépend pas seulement du droit d'accès universel au régime de base (PUMA, consacré en 2016), mais également du fait de pouvoir disposer d'une complémentaire santé permettant de minimiser au maximum le montant des restes à charge.

C'est le but des deux dispositifs CMU-C et ACS, qui s'articulent entre eux pour permettre la couverture des personnes aux revenus les plus bas (plafond de 727€ de revenu mensuel pour la CMU-C et de 728€ à 982€ pour l'ACS).

Le premier dispositif concerne entre 6,4 et 7,7 millions de personnes (+0,1 million entre 2016/2017), le second entre 3 et 4,4 millions de personnes (en baisse de 0,4 million par rapport à 2016) : au global, **les personnes éligibles à l'une ou l'autre de ces aides se situent entre 9,4 et 12,1 millions, soit environ 14 à 18% de la population française. Il s'agit donc d'un enjeu de santé publique majeur.**

1. Les performances de ces deux dispositifs en 2017 sont les suivantes :

■ **CMU-C** : les effectifs de bénéficiaires sont restés stables à 5,52 millions de personnes (+0,4%/2016). L'évolution des effectifs est étroitement liée à celles du chômage et des bénéficiaires du RSA.

■ **ACS** : les effectifs de bénéficiaires sont de 1,2 million de personnes (+8%, ce qui représente 0,08 million d'assurés supplémentaires). Les effectifs couverts ont progressé de 21% depuis la réforme de 2015.

La réforme de 2015, même si elle ne semble pas avoir réussi au niveau des effectifs couverts, a apporté des améliorations notoires.

■ Elle n'a pas réussi au niveau des effectifs couverts. **Le taux de recours des personnes éligibles à l'ACS plafonne entre 27% et 40%**. Même en tenant compte des salariés qui pourraient en bénéficier mais qui cotisent dans le contrat collectif de leur entreprise (que le Fonds CMU évalue à 16% du total), le résultat reste mitigé et ne dépasse pas 50%. Rappelons que ces salariés sont néanmoins des bénéficiaires potentiels de l'ACS dans la mesure où ils peuvent, s'ils le demandent, être exemptés d'adhésion au contrat groupe obligatoire de leur entreprise. **Au total, entre 1,5 et 2 millions de personnes éligibles n'utilisent pas ou renoncent à utiliser ce dispositif.**

■ **Pourtant la réforme a permis des progrès sensibles :**

- **En facilitant les démarches administratives** et en permettant des renouvellements de droit automatiques (ce taux est de 66% pour les 60 ans et +, et pratiquement de 100% pour les bénéficiaires de l'ASPA).
- **Le niveau moyen des garanties s'est amélioré sensiblement** (40% des assurés souscrivent à l'option C).
- **Le prix de l'assurance a baissé en moyenne de 11%** (le prix moyen est de 819 € pour 1,61 personne, dont 63% est pris en charge par l'ACS, pour un reste à charge moyen de 295 €). Mais ces moyennes ne reflètent pas toujours des situations plus contrastées, en particulier pour les personnes âgées, malgré la prise en charge de 550 € par l'ACS.
- **La généralisation du tiers payant, et l'application de l'opposabilité des tarifs de Sécurité sociale** (qui s'applique à la CMU-C) constituent, en principe, un avantage substantiel car il évite toute avance de frais et tout dépassement de tarifs...

Pourtant, l'ensemble de ces améliorations paraissent aujourd'hui insuffisantes pour permettre un accès aux soins de la majorité des personnes concernées. Selon la DREES, en effet, les restes à charge moyens (cotisations + prestations) s'établissent comme suit :

- option A : 810 €
- option B : 649 €
- option C : 690 €

En outre, on assiste à des réactions de blocage de la part de certains professionnels de santé qui considèrent que les tarifs pratiqués sont insuffisants. Les niveaux de restes à charge et l'accueil mitigé de certains professionnels de santé expliquent sans doute pour une bonne part le fait que 24% de bénéficiaires d'une attestation ACS ne l'utilisent pas en définitive.

2. Quelle est la place des OCAM dans ces dispositifs ?

■ **La part des OCAM dans la prise en charge et la gestion de la CMU-C ne cesse de diminuer** : elle était de 15,6% en 2011, elle est de 10% en 2017. Le fait que les CPAM aient en charge l'information, la reconnaissance des droits des demandeurs et soient désignées par défaut en l'absence d'un autre choix exprimé par le bénéficiaire, constitue pour les organismes complémentaires un handicap majeur.

Cependant leurs parts varient selon les départements dans une fourchette de 1,3% à 33,5%, apportant la démonstration que certaines mutuelles résistent mieux à cette érosion.

En 2017, seulement 205 OC se sont inscrits sur la liste des organismes habilités à gérer la CMU-C ; ils servent 222 millions € de prestations, ce qui représente 0,6% de leur chiffre d'affaires (234 millions € en 2016/-5%), à 618 000 bénéficiaires.

5 OC rassemblent plus de la moitié de ces effectifs, le plus important en gère à lui seul 150 000. Et le coût annuel moyen par bénéficiaire est de 385 € (pour une dépense plafonnée à un forfait de 415 €).

■ **S'agissant des ACS** : la quote-part des cotisations prise en charge par le Fonds CMU est de 324 millions d'€ en 2017 (313 en 2016/+3,5%), ce qui correspond à un chiffre d'affaires de 514 millions d'€ et représente 1,40% du chiffre d'affaires total des OC. **Il semblerait que les résultats techniques soient déficitaires (de l'ordre de -8%), principalement en raison du niveau de garanties le plus élevé (option C).**

Il convient de noter que 180 OCAM, rassemblés dans onze groupements, ont été retenus, suite à l'appel d'offre, pour diffuser les trois niveaux de garanties de l'ACS.

Leur performance de développement (+21% en trois ans) n'est certes pas spectaculaire mais peut être considérée comme honorable. Cependant cela ne règle pas fondamentalement le problème de l'accès aux soins de cette catégorie de la population.

Au total, CMU-C et ACS représentent un peu moins de 2% de l'activité des OCAM et ne constituent pas pour eux un objectif commercial prioritaire, à l'exception de quelques mutuelles où l'ACS peut représenter de 10 à 15% de leur activité. Il nous semble que l'enjeu pour les OCAM va bien au-delà des seules contingences financières liées à ces dispositifs et que leur légitimité à intervenir sur le marché de la complémentaire santé pourrait demain être appréciée, en partie, à l'aune de leur implication dans le développement des dispositifs solidaires que sont la CMU-C et l'ACS.

De toute évidence, à un moment où les OCAM sont de plus en plus contestés, les pouvoirs publics s'autorisant à fustiger leurs augmentations de tarifs (alors que leurs résultats ne sont pas bons !), leur intérêt commun ne serait-il pas de démontrer leur mobilisation en faveur des plus démunis... alors même qu'ils prélèvent 6,27% des cotisations de leurs assurés (plus de 2 Mds€) pour financer cette solidarité.

3. La réforme annoncée (qui n'a pas encore trouvé son nom) dite « CMU-C contributive » est sans doute, pour les organismes complémentaires, la dernière occasion de le faire.

En quoi consisterait cette réforme (pour ce que l'on en connaît en ce début octobre) ?

■ Le panier de soins proposé pour l'ACS serait le même que celui de la CMU-C après intégration des garanties « 100% santé en optique, dentaire et audioprothèse ». Les trois options existantes seraient supprimées en novembre 2019. Il faut saluer cette simplification rendue inéluctable par la mise en œuvre progressive des couvertures « 100% santé ».

■ La différence avec la CMU-C serait la non gratuité : il serait demandé une « contribution » de 1€ par jour (365 € par an au total). Est-ce par personne? Par famille?... Il convient de noter que ce montant est supérieur à la cotisation moyenne actuelle pratiquée (295 €) mais sensiblement inférieur au reste à charge actuel de prestations (compris entre 649 € et 810 €), les restes à charge les plus importants se concentrant sur les prothèses dentaires (de 329 € à 432 €) et les audioprothèses (de 540 € à 600 €).

■ Autre modification importante : la promotion de ce dispositif serait confiée aux CPAM, sans que les OC qui le souhaiteraient en soit exclus. **C'est une ouverture par rapport aux limites actuelles liées à l'appel d'offres (11 groupements d'OC autorisés), mais une ouverture inquiétante comparable à celle qui existe pour la CMU-C et qui a conduit à les marginaliser.**

Les CPAM, en effet, seront en amont de la distribution ; ce sont elles qui contrôlent les droits des intéressés, qui délivrent les attestations et qui peuvent recueillir directement les adhésions en l'absence d'un autre choix expressément formulé. En outre, l'offre des CPAM présente l'avantage de permettre un « guichet unique » permettant le traitement commun de la base et du complémentaire.

Le positionnement des CPAM est, par ailleurs, conforté par les aides supplémentaires qu'elles accordent déjà aux bénéficiaires de l'ACS, notamment pour limiter les « effets de seuil » (passage de la CMU-C à l'ACS) ; 125 441 aides de ce type (dont 46 704 pour limiter les effets de seuil) ont été attribuées par les CPAM en 2017.

Les CPAM se trouvent donc en position de force, mais, cependant, la question se pose de savoir si elles ont le droit de pratiquer ce genre d'opération.

La réponse est non si l'ACS reste un contrat d'assurance. Les CPAM, en effet, ne sont pas des organismes d'assurance au sens des directives européennes. Tout dépend de la qualification que l'on donne à la « contribution » payée par le bénéficiaire : s'agit-il d'une cotisation d'assurance? d'une taxe ?

De toute évidence, **ce n'est pas une prime d'assurance comme les autres**. Elle sera constituée par une part financée (comme aujourd'hui) par un versement du Fonds CMU et une contribution forfaitaire (360 € prévus) dont le montant, fixé par arrêté, devrait évoluer indépendamment de l'évolution du risque. L'équilibre des « contrats ACS » gérés par les OC étant garanti par la Sécurité sociale - une augmentation de la TSA pour équilibrer l'ACS, si nécessaire, paraît exclu.

Impossible de parler d'une taxe, entrant dans le champ des prélèvements obligatoires, puisque l'adhésion à l'ACS reste facultative.

Ni prime d'assurance, ni taxe... il est difficile de qualifier cette contribution...

CONCLUSION

Au global, notre sentiment est que l'industrie de la complémentaire santé va mal et continue d'être malmenée.

Certes, les OC respectent aujourd'hui les règles de solvabilité, mais à moyen terme, il n'est pas concevable qu'une activité d'assurance ne génère pas, au minimum, une marge lui permettant de financer les fonds propres nécessaires à son développement.

Au-delà de sa complexité de mise en œuvre étalée sur cinq ans et de son coût, l'instauration du « 100% santé » en optique, dentaire et audioprothèse, après la réforme du contrat responsable de 2014, **accentue très sensiblement l'encadrement réglementaire de la complémentaire santé** qui va se trouver dans un carcan laissant, au niveau des garanties, très peu de place aux différenciations concurrentielles. Le PLFSS 2019 pourrait encore accentuer les contraintes du contrat responsable.

En outre, il ne faut pas minimiser l'impact de la réforme annoncée de l'ACS, qui potentiellement ouvre une brèche permettant aux CPAM d'intervenir directement ou indirectement dans le domaine de l'assurance complémentaire santé (au moins pour promouvoir et gérer des contrats d'assurance). **Au final l'assurance complémentaire santé sera-t-elle encore un « marché », ou une simple annexe du régime de base, réglementée et étroitement encadrée ?**

La polémique autour des hausses de cotisations qui paraissent pourtant inéluctables pour faire face aux nouvelles garanties réglementaires, eu égard aux résultats actuels des OC... les critiques qui persistent sur les coûts de fonctionnement, notamment en ce qui concerne les frais d'acquisition... laissent à penser que nous ne sommes pas au bout de ce processus de mise sous tutelle.

Il est impératif pour les OCAM de définir une nouvelle stratégie (ce qu'ils font déjà en matière de services et de prévention) leur permettant de conserver une valeur ajoutée et d'explorer de nouveaux domaines d'intervention, au-delà des limites de plus en plus restrictives des contrats « solidaires et responsables ». Les plateformes qu'ils ont mises en place au cours de ces dernières années, dont l'efficacité est indéniable, sont un atout pour évoluer en ce sens.