

La cotisation maladie aux prises avec la CSG et les mutuelles

Bernard Friot et Laurence Poinart, IDHE, Université Paris Ouest Nanterre

Texte paru dans *Savoir Agir* n° 5, septembre 2008, p. 25-32.

Le financement de la couverture du risque maladie a connu trois inflexions profondes depuis vingt-cinq ans.

La première a stoppé le mouvement de croissance du poids de la sécurité sociale dans la couverture des dépenses de santé à compter du milieu des années 1980. Parti de 50% de la dépense dans les années 1950, il avait augmenté jusqu'à dépasser les 75% avant de se stabiliser à ce niveau depuis vingt ans. On ne peut donc pas parler d'un recul de la sécurité sociale, mais d'une rupture avec la tendance des décennies précédentes, où l'on voyait dans la sécurité sociale la forme normale de couverture de la dépense de santé, les autres formes, qu'elles soient étatiques ou mutualistes, ayant vocation à se marginaliser.

La seconde inflexion, symétrique de la première, est l'affirmation, explicite dans la loi Evin de 1989 mais déjà présente dans la réforme du Code de la mutualité de 1985, d'un marché de l'assurance-maladie complémentaire : non seulement le gel de la sécurité sociale, baptisée « assurance-maladie obligatoire » (AMO), laisse désormais ouvert l'espace de « l'assurance-maladie complémentaire » (AMC), mais cette dernière est le champ d'une concurrence légitime entre mutuelles et assureurs, avec inscription de la mutualité dans les directives assurance en 2001. La loi de 1999 sur la couverture maladie universelle a d'une part fait s'interpénétrer AMO et AMC qui jouaient jusque là des partitions séparées, d'autre part incité à une logique professionnelle de l'AMC en rendant obligatoire la négociation de régimes complémentaires d'entreprise

La troisième est la montée en puissance, dans la sécurité sociale, d'un financement fiscal, la contribution sociale généralisée (CSG) qui représente entre le tiers et 40% du financement de l'assurance-maladie depuis qu'en 1997, le basculement de la part salarié de la cotisation sociale vers la CSG a réduit le financement salarial de l'assurance maladie à la seule cotisation patronale, d'ailleurs contestée par les employeurs qui réclament son remplacement par un impôt. Cette fiscalisation du financement avait été précédée, en 1996, d'une prise en mains de la CNAMTS par l'Etat (réforme Juppé), amplifiée depuis.

A l'étape où nous en sommes, la socialisation de la consommation de soins repose donc sur deux piliers, certes de taille fort différente : le financement d'un « panier de soins » par une assurance-maladie limitée dans sa vocation tout en étant partiellement financée, et largement régulée, par l'Etat d'un côté ; la couverture de ce qui n'entre pas dans ce panier par des prestataires du marché européen de l'assurance de l'autre. On examinera successivement ces deux piliers, en insistant sur le complémentaire, avant de définir les enjeux d'une refondation de l'assurance-maladie dans le salaire.

L'assurance maladie obligatoire

Le passage d'un financement socialisé des soins de santé par le salaire à un financement par l'impôt, et à des références constantes à la notion de solidarité nationale concernant les soins de santé a d'importantes conséquences.

La solidarité nationale ne peut être de même nature qu'une solidarité organisée par et pour les salariés. Elle s'adresse en priorité à ceux des citoyens qui en ont le plus besoin du fait de la gravité de leur état ou de la faiblesse de leur capacité contributive. On voit ainsi se

profiler une définition de l'AMO par défaut : elle serait légitime pour les « gros risques », d'où son centrage sur les affections de longue durée, ou pour les catégories populaires, ce qui est cohérent avec un mode de conventionnement des médecins de ville et un financement à l'acte de l'hôpital qui creusent la différence entre une médecine populaire confiée au secteur 1 et à l'hospitalisation (publique ou privée) courante, et une médecine pour les catégories intermédiaires et d'encadrement qui peuvent assumer par une bonne couverture complémentaire le recours aux « conventionnés » de secteur 2, aux lits privés de l'hôpital public et aux cliniques haut de gamme.

En même temps, ce pilier de solidarité nationale relève d'un monopole étatique, d'où le peu de légitimité des conseils d'administration élus, voire des instances de la sécurité sociale, dans sa gestion : la réforme Juppé de 1996 initie une étatisation du premier pilier avec la loi annuelle de financement de la sécurité sociale, les conventions Etat/assurance maladie qui font de cette dernière un instrument technique d'une politique publique, la nomination par l'Etat des directions des caisses nationales et le contrôle étroit de celles-ci sur les caisses locales, le rôle central des agences régionales de santé. Insistons sur ces dernières, car leur intervention devrait concerner l'ensemble du dispositif de santé, qu'il s'agisse de ses objets (la santé publique, l'expertise et la décision médico-économique, l'assurance-maladie) et de ses acteurs: les services de l'Etat, les régimes d'AMO et d'AMC, les élus, les établissements et professionnels de santé, les partenaires sociaux. Ainsi, et ce sera une transition avec la partie suivante, les mutuelles qui avaient proclamé au début des années 1980 leur ni-ni : ni sécurité sociale bis impliquant leur soumission à l'Etat, ni assurances impliquant leur soumission au marché, se retrouvent aujourd'hui à la fois sous régulation étatique et dans la logique marchande de l'assurance.

L'assurance maladie complémentaire

Trois types d'opérateurs ont le droit de gérer la complémentaire maladie : les entreprises d'assurance, les mutuelles de santé et les institutions paritaires de prévoyance (IP). Chacun est soumis à une législation spécifique, mais ils se sont largement homogénéisés depuis les années 80, de par des dispositions législatives nationales (réforme du code de la mutualité de 1985 et loi Evin de 1989) et communautaires (intégration des IP et des mutuelles aux directives assurances de troisième génération en 2001). Toutes ces sociétés proposent des protections individuelles ou collectives¹.

Elles sont progressivement intégrées à la réflexion concernant le financement des soins de santé et comprises dans les évaluations du taux de couverture des dépenses de santé, comme si leur financement ne pesait pas sur les ménages. Cette inflexion a été particulièrement nette à partir de la mise en place de la CMU (couverture maladie universelle) qui instituait la création d'une complémentaire sous condition de ressources. En 2003, le rapport Chadelat préconisait qu'une protection complémentaire de base soit définie (et aidée le cas échéant) afin que la couverture des soins soit suffisante, en prenant en compte ces deux protections. Mais c'est la réforme Douste-Blazy de 2004 qui a réellement intégré ces organismes à l'organisation économique et politique de la protection maladie, tout en renforçant l'action de l'Etat dans l'ensemble du dispositif.

L'articulation des complémentaires à l'assurance maladie obligatoire que nous connaissons aujourd'hui s'est ainsi construite en trois temps. Un premier temps de régulation du marché de la complémentaire santé par l'Etat (loi Evin) ; puis la reconnaissance et l'acceptation du fait qu'elles sont devenues indispensables à un accès correct des Français aux

¹ C'est-à-dire basée sur l'adhésion non d'une personne mais d'un collectif.

soins de santé (naturalisation de la distinction entre AMO et AMC) ; enfin un travail de coordination économique et politique des deux types de protection (loi sur la CMU, réforme de 2004). Examinons-les successivement.

Si l'on en croit Viviana Zelizer², le poids symbolique dont sont investies un certain nombre d'activités économiques rendrait difficile leur commercialisation. Pour ce qui est de l'assurance maladie complémentaire, la mise en place explicite d'un marché concurrentiel a ainsi donné lieu à débats. Cette mise en place étant consubstantielle à l'homogénéisation des conditions d'exercice des différents opérateurs, mais ces dernières ne pouvaient relever uniquement de critères économiques.

Les assurances étaient depuis longtemps soumises à des règles de prudence dans la gestion de leurs fonds. La création du marché européen de l'assurance a conduit à l'homogénéisation de ces règles de prudence. Et elles se sont appliquées aux IP et aux mutuelles dès qu'elles sont rentrées dans ce cadre. L'action de la Communauté européenne a de plus poussé à une homogénéisation encore plus grande des conditions d'exercices des uns et des autres. Et l'on peut penser que la concurrence et les contraintes accrues ont contribué à homogénéiser également les pratiques dans le sens d'un arrimage plus important du tarif au risque³ (selon l'âge par exemple) et à la prestation (avec la création de gammes différentes). La logique salariale des mutuelles qui était en cela proche de celle de la Sécurité sociale était ainsi mise à mal.

Parallèlement à l'application, aux mutuelles et aux IP, des règles prudentielles et donc des contraintes financières habituelles dans le secteur des assurances, l'Etat mettait en place, via des incitations fiscales, des règles éthiques visant à moraliser la pratique des assureurs (garantie viagère, abandon du questionnaire médical...) D'autre part, tout un ensemble d'incitations étaient destinées à encourager la prévoyance collective. Contrairement aux protections des mutuelles de fonctionnaires ou aux mutuelles d'entreprises traditionnelles, qui sont à adhésion individuelle, les contrats collectifs supposent une adhésion collective et une relation triangulaire entre salariés, prestataire et employeur. Dans ce cadre leur gestion échappe aux seuls salariés. Ce sont les protections collectives obligatoires qui furent les plus avantagées par les incitations sociales et fiscales.

Avec l'entrée des mutuelles dans le cadre des directives assurances le 19 avril 2001, le marché de la complémentaire santé était définitivement constitué et institué. Mais l'articulation entre ce type de protection et l'assurance maladie obligatoire restait à faire.

Le premier stade de cette articulation fut la reconnaissance de l'insuffisance de la protection de base pour permettre l'accès aux soins de tous les des assurés. Lors de la loi sur la CMU visant à étendre le bénéfice de cette protection de base, la question de l'augmentation de son niveau se posait pour ceux qui ne pouvaient pas payer une complémentaire. Le rapport Boulard proposait trois solutions : une augmentation des remboursements de la Sécurité sociale de base, une généralisation de l'aide médicale départementale sur tout le territoire, la création d'une couverture complémentaire sous conditions de ressources. C'est cette dernière qui fut choisie, ce qui revenait à accepter le caractère limité de la protection obligatoire et la pertinence d'un système articulé entre l'Assurance maladie et les différentes complémentaires. A partir de là c'est cette organisation qui fut toujours retenue, en particulier dans le rapport Chadelat et dans la loi de 2004 qui tâcha de mettre en place la coordination

² Viviana Zelizer, *Morals & Markets, The development of life insurance in the United States*, Columbia University Press, New York, 1979.

³ Pour des précisions sur les effets de la concurrence sur l'offre des mutuelles voir Hervé Mauroy, *La mutualité en mutation, la politique solidariste en question*, L'Harmattan, Paris, 1996.

entre les deux pôles de protection selon trois axes : la généralisation de la protection complémentaire, l'articulation de son action avec celle de la Sécurité sociale, et la formation d'un acteur politique homogène représentant les complémentaires.

La coordination des deux régimes passa d'abord par l'approfondissement de la logique de la CMUC avec la création d'une aide à la mutualisation. Puis les incitations fiscales et sociales destinées à favoriser la mise en place de dispositifs complémentaires plus éthiques, furent prolongées dans l'optique de cette coordination. Les règles que devaient s'imposer les complémentaires pour en bénéficier n'étaient plus seulement destinées à améliorer la condition de leurs adhérents, mais elles sanctionnaient la compatibilité des contrats avec les politiques publiques mises en place. Les pratiques des différents acteurs devaient donc encore se rapprocher pour leur action en prévention, l'inscription dans leurs contrats de la notion de parcours de soins... De plus les complémentaires étaient désormais conviées à participer aux politiques de l'Assurance maladie via la formation de l'UNOCAM. Même si le rôle politique de cette instance s'est avéré pour l'instant assez faible, puisqu'elle est entièrement tributaire des décisions prises à l'UNCAM, il ne faut pas négliger le fait que son existence même constitue en acteur homogène des opérateurs, qui étaient jusqu'alors très différenciés dans leurs conceptions politiques.

La refondation de l'assurance-maladie dans le salaire

L'ambition de refonder l'assurance-maladie dans le salaire suppose de revenir sur les débats qui ont présidé à la mise en place de la CSG en 1991. Il s'agissait alors de distinguer, dans les quatre branches de la sécurité sociale, les risques « liés au travail » (chômage et retraite) et les risques « universels » (famille et santé) : seuls les premiers devaient relever de la cotisation sociale, et encore, pour leur seule part contributive, d'où la création de la CSG pour la famille (sans extension d'ailleurs à ce jour au-delà du point de 1991), pour la santé (c'est là que son poids est aujourd'hui le plus important), et pour le « fonds de solidarité vieillesse » de 1994 qui finance entre autres les avantages familiaux de la pension.

Cette distinction entre l'universel et le professionnel est au fondement de la distinction entre le champ de la CSG et celui de la cotisation sociale. Il n'a aucun fondement historique et confond le champ du travail subordonné et celui du salaire, alors que toute l'histoire de la cotisation sociale est celle de l'extension de l'objet du salaire très au-delà de l'emploi dans la sphère marchande. Quelle est la prétendue nature du salaire qui viendrait légitimer sa clôture ?

La naturalisation du binôme universel/professionnel que tente la réforme pour faire reculer la cotisation sociale – et donc le salaire – se double de celle d'un binôme proche du premier, qui ne se confond pas avec lui dans l'argumentaire réformateur, mais qui lui donne sa forme concrète : le binôme public/privé déjà évoqué lorsque nous avons présenté la distinction entre solidarité nationale et responsabilité individuelle : l'AMO doit assurer la première, et elle seulement, la seconde trouvant sa réalisation dans l'AMC. Là encore, la prétendue neutralité des catégories recouvre une prescription de réduction cette fois drastique de la cotisation sociale, puisqu'elle n'a même plus grâce aux yeux des réformateurs pour financer le professionnel et disparaît totalement : le public-obligatoire-universel est affaire d'impôt, CSG ou TVA sociale ; le privé-complémentaire-professionnel est affaire de prime, mutualiste ou assurantielle. Que la prime soit un élément de la rémunération est recommandé par les réformateurs, qui souhaitent l'extension de l'AMC et donc que son caractère obligatoire soit rendu possible grâce à une participation des employeurs. Rémunération et pas salaire : les patrons sont prêts à dépenser en financement d'une mutuelle ce qu'ils refusent à l'assurance-maladie sous forme de cotisation sociale supplémentaire.

Le salaire, voilà l'ennemi de la réforme. Pourquoi ? Nous n'avons pas la place dans ce bref article pour répondre à cette question centrale autrement que de manière elliptique⁴ : le salaire reconnaît du travail non marchand et non subordonné, dans les institutions du salariat ni la relation employeur/employé, ni le marché du travail et l'existence de forces de travail ne sont centrales ; elles affirment la qualification contre l'employabilité, la cotisation sociale rend inutiles la rente et la prévoyance et le passage par des techniques financières fondées sur le droit de propriété lucrative, la socialisation du salaire développe une solidarité universelle entre égaux à la place de la solidarité nationale des riches vers les pauvres et de la solidarité corporative professionnelle, elle montre qu'on peut financer l'investissement sans recours à l'accumulation financière. Bref le salaire subvertit les fondamentaux du capitalisme.

Financer par cotisation sociale la socialisation de la dépense de santé, c'est inscrire la santé dans cette logique nouvelle, c'est la faire sortir de l'ordre ancien du travailleur comme être de besoin prévoyant dans lequel la réforme veut la faire rentrer. Développer un discours alternatif à celui de la réforme passe donc par la promotion de la figure du salarié et des institutions du salariat.

⁴ Le lecteur trouvera des développements à ce sujet dans Nicolas Castel et Bernard Friot, *Les enjeux salariaux de la réforme des retraites*, communication aux journées de l'AES, Reims, 3-4 septembre 2008 ; dans Bernard Friot, *L'argent public des travailleurs contre l'argent commun des salariés*, communication aux Journées d'étude sur l'argent public, Université Paris-Dauphine, 3-4 juin 2008 ; et dans Bernard Friot, *La revendication d'un statut du travail salarié à la Cgt : enjeux salariaux pour le secteur privé*, communication au XVIIIème Congrès de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française, Istanbul, 7-11 juillet 2008