



L'ANI, ses conséquences, nos propositions

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier sur la sécurisation des parcours professionnels, qui est venu mettre en place, de façon un peu surprenante, la généralisation des couvertures complémentaires santé en entreprise répond, à premier abord, à l'objectif fixé par le Président de la République de voir généraliser ces complémentaires à l'ensemble de la population.

Naturellement, la FNIM rappelle qu'elle approuve sans réserve cet objectif de généralisation d'une complémentaire santé à tous les Français.

L'analyse du texte de l'ANI, ainsi que du projet de loi tel qu'il a été adopté par le Conseil des Ministres révèle de sérieuses difficultés se plaçant à différents niveaux.

Ainsi, on peut sérieusement douter que l'objectif de généralisation à tous les Français puisse être atteint dans des conditions d'équité satisfaisantes. Nous reviendrons plus en détail sur ce point.

On peut craindre également que la mise en œuvre de cet accord aggrave les déficits publics du fait de l'augmentation du nombre de contrats bénéficiant, au contraire des couvertures individuelles, d'allègements fiscaux et sociaux.

Enfin, cette application entraînera des mutations profondes chez les opérateurs complémentaires santé, qui sont sans commune mesure avec le texte initial. Cette restructuration complète du marché des complémentaires santé, si elle était décidée, ne peut en aucun cas procéder d'une mesure accessoire à un accord faisant évoluer les relations du travail entre employeurs et salariés.

Au-delà des premières réactions, le Conseil d'Administration de la FNIM a tenu à réaliser une analyse complète de ces textes et de leurs conséquences sur la couverture santé des Français, leurs effets anticoncurrentiels, leurs impacts sur l'activité des mutuelles interprofessionnelles de proximité qui composent la Fédération.

Au final, nous arrivons à une véritable contribution pour la réorganisation de l'assurance complémentaire dans le cadre de l'objectif présidentiel de généralisation à tous de la complémentaire santé.

Par convention de simplification, sont regroupés sous le signe « ANI », le texte de l'accord de janvier 2011, le projet de loi, ainsi que les textes qui pourraient en découler.

Contacts

FNIM
Aimée Weber Defrance
4, avenue de l'Opéra
75001 Paris

Tél. : +33 / 01 55 35 31 21
contact@fnim.fr

A propos de la FNIM

Créée en 1989, la FNIM a pour vocation de fédérer les mutuelles indépendantes, de défendre leurs intérêts et de garantir le pluralisme du secteur et la liberté de choix des assurés sociaux en matière de complémentaire santé. Elle permet aux mutuelles à taille humaine de se rassembler, d'échanger et de nouer des partenariats tout en préservant leur personnalité et leur indépendance, pour une cotisation unique qui offre des services de grande qualité.

La FNIM en bref

Plus d'1,5 million de personnes protégées
Une cotisation unique : 1,33 euro par chef de famille
Une couverture nationale (France métropolitaine et DOM-TOM).

Comprendre la logique de l'ANI

Constatant, chez nombre d'opérateurs de toutes les familles, les difficultés à comprendre le mécanisme mis en place par l'ANI, il est indispensable au préalable de revenir sur la logique du dispositif.

Celui-ci repose sur un principe de départ consistant à reconnaître aux partenaires sociaux la possibilité de définir un régime ou une couverture des frais de santé pour les salariés, au titre du dialogue social. Ce principe n'est pas mis en cause par la FNIM.

Le second principe consiste à reconnaître à la négociation sociale interprofessionnelle la possibilité de rendre obligatoire cette mise en place et ce, par différents moyens.

Enfin, et selon une pratique classique, ces textes organisent la mise en place des complémentaires santé en prévoyant plusieurs niveaux et plusieurs modes de mise en œuvre.

Niveau de première intention : la branche professionnelle

Pour chaque branche professionnelle non couverte, les partenaires sociaux doivent ouvrir, d'ici le 1^{er} juin 2013, une négociation portant sur :

- la définition du contenu et du niveau des garanties accordées
- la répartition de la charge des cotisations
- les modalités de choix du ou des organismes assurant la couverture complémentaire (désignation, recommandation, sans indication)

Elles auront jusqu'au 1^{er} juillet 2014 pour aboutir.

Second niveau : l'entreprise

A partir du 1^{er} juillet 2014, toutes les entreprises non équipées de branches ayant échoué, au niveau de la branche, à mettre en place un régime frais de santé, devront ouvrir des négociations pour aboutir à un accord d'entreprise respectant les conditions minimales définies par décret.

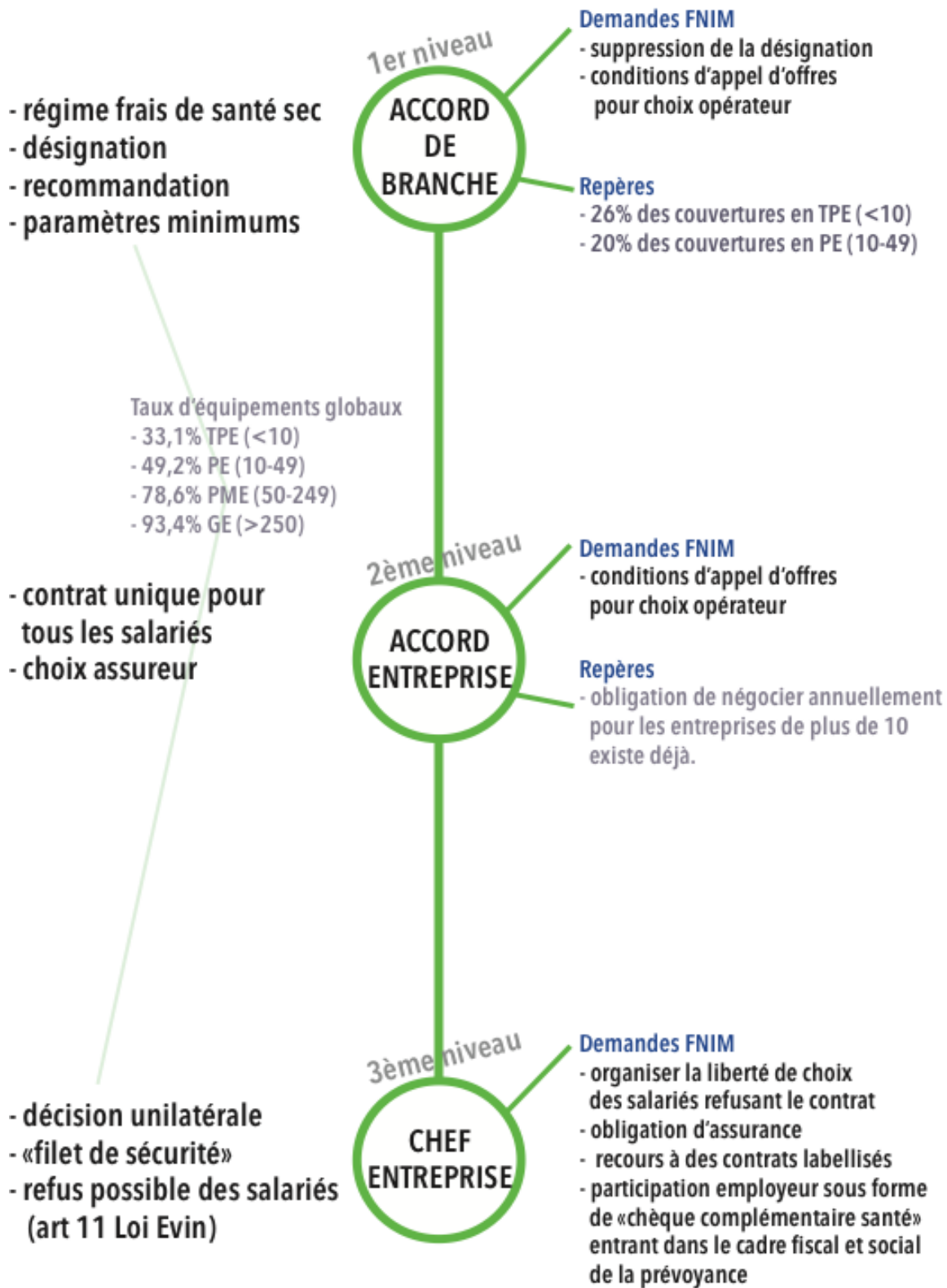
La mise en place de ces contrats devra permettre une couverture de tous les salariés à partir du 1^{er} janvier 2016.

Troisième niveau : une garantie socle par décision unilatérale

A défaut d'accord de branche et d'accord d'entreprise, il revient au chef d'entreprise de proposer à tous ses salariés un contrat collectif respectant les conditions minimales définies par décret.

Dans ce cas, et en application de la loi Evin, les salariés auront le choix de ne pas souscrire ce contrat.

Le schéma qui suit permet de retracer la cinématique du dispositif, tout en apportant quelques repères issus de rapports officiels.



Nous nous proposons de détailler les éléments principaux de ce diagramme, notamment sur leur contexte et nos propositions. Nous reviendrons ensuite sur l'équilibre général du dispositif et son rôle dans l'objectif présidentiel de généralisation de la complémentaire santé à tous les Français.

Sur les clauses de désignation

Ainsi, la FNIM condamne avec force la violation par le projet de loi de l'accord en ce qu'il édictait le principe de la liberté de choix laissée aux entreprises de retenir l'organisme assureur de leur choix, et écartait pour cela le recours aux clauses de désignation.

Si le pouvoir de recommandation prévu par l'ANI était acceptable, le pouvoir de désignation, lui, ne l'est pas. Or le Gouvernement, à l'inverse de ses engagements, a décidé de réintroduire la possibilité de recourir à cette pratique condamnable.

Condamnable parce que qui dit désignation dit absence de concurrence claire et transparente. Nous relevons que le gouvernement s'engage à mettre en place, par décret, les règles permettant de retrouver cette transparence. Encore faudrait-il que ces règles soient suffisamment contraignantes pour apporter un cadre sécurisé à cette pratique. En tout état de cause, si contre toute logique il fallait en arriver là, nous serions particulièrement vigilants sur ce point.

Mais la pratique reste condamnable parce qu'elle aboutit à la concentration de toute l'activité de la complémentaire santé autour de quelques opérateurs, créant ainsi un ensemble oligopolistique inquiétant.

Elle resterait également condamnable parce que ceux qui désignent sont dans la plupart des cas gestionnaires des organismes attributaires, ce qui relève du conflit d'intérêt.

Quant au prétexte de mutualisation sociale invoqué à l'appui des désignations, il est fallacieux car il ne repose sur aucune démonstration réelle. L'examen des accords de branche pourrait démontrer que nombre de dispositifs ne réalisent, en réalité, qu'une mutualisation mathématique et n'apportent aucune dimension sociale et solidaire à la couverture santé des salariés.

Enfin, si les clauses de désignation ont pu, un jour, trouver une légitimité, c'était dans un contexte différent où il convenait de se donner les moyens d'accélérer l'équipement des entreprises en couvertures complémentaires santé. Il s'agissait alors d'une pratique dérogatoire du droit commun, rendue possible par ce que l'on pourrait qualifier d'état de nécessité. Avec un taux de couverture de 94% des Français par une complémentaire santé, la situation est très différente et on peut considérer que si l'objectif de généralisation est partagé, l'état de nécessité n'est plus constitué. En conséquence, l'utilisation d'une clause dérogatoire du droit commun, dont le caractère liberticide est avéré, ne trouve plus aucune justification.

Que les branches définissent, tel un cahier des charges, le panier de garanties minimales pour leurs salariés est, nous l'avons affirmé, parfaitement légitime.

Mais cette liberté des partenaires sociaux de négocier et de définir les droits des salariés à une protection complémentaire santé ne peut avoir pour conséquence de mettre en cause la liberté des entreprises de rechercher, dans le respect de ce « cahier des charges », l'organisme assureur qui leur garantira ces prestations aux conditions les plus étudiées.

La FNIM réaffirme donc son opposition à la pratique des clauses de désignation.

Sur les modalités d'attribution des contrats collectifs

Quel que soit le niveau d'attribution du contrat collectif (accord de branche ou convention d'entreprise), il est indispensable que les modalités de choix garantissent les salariés contre les risques de préférence.

Comment en effet pourrait-on imaginer la création de nouveaux droits comme le présente l'ANI, si ces derniers étaient soumis à un arbitraire ? Or, les conditions actuelles d'attribution manquent totalement de rigueur et de transparence.

C'est vrai, comme nous l'avons vu précédemment pour les contrats de branche munis de clauses de désignation. C'est souvent vrai dans le cas de recommandation tout comme dans le choix de l'opérateur d'un contrat d'entreprise.

La seule solution pour sortir de l'arbitraire est de fixer des règles strictes, opposables à tous, pour l'attribution des contrats. Des règles qui doivent être adaptées au contexte d'intervention. On peut imaginer qu'un ensemble de règles de sélection soit opposable pour les contrats d'entreprise, et que cet ensemble sera, au minimum, repris dans les accords de branche ne prévoyant pas de clauses de désignation. Si ces dernières étaient finalement maintenues, compte tenu de l'impact qu'elles entraînent, il semble indispensable, comme nous l'évoquions précédemment, de renforcer à la fois les modalités de sélection qu'elles utilisent, et de prévoir un processus de contrôle externe.

Sur le risque de transferts de l'individuel vers le collectif

Je propose donc de généraliser, à l'horizon 2017, l'accès à une couverture complémentaire de qualité. Plusieurs formules sont possibles. La première, c'est l'obligation d'assurance. Elle a sa logique, elle a ses défenseurs, mais elle est difficile à mettre en œuvre et elle se heurte à la réalité de notre organisation, au poids de notre histoire. Je préfère une autre solution qui est celle de l'incitation.

François Hollande - 20 octobre 2012

Plusieurs experts évaluent à plus de 4 millions le nombre de personnes, actuellement couvertes par un contrat individuel qui seraient amenées, du fait du caractère obligatoire de la couverture, à migrer vers un contrat collectif.

Au sein du mouvement mutualiste, sont concernées au premier chef les mutuelles interprofessionnelles et les mutuelles de la Fonction publique (concernées par l'adhésion possible du conjoint fonctionnaire d'un salarié du privé, possibilité offerte dans 89% des contrats collectifs).

Ce risque peut être repéré par l'analyse de portefeuilles types de mutuelles interprofessionnelles.

Ainsi, dans le cas d'une mutuelle aux normes du secteur, l'activité se répartit entre le collectif à 40%, et l'individuel pour 60%. Au sein de la population individuelle, cette mutuelle compte 5% de TNS et on peut estimer à 25% le taux d'inactifs, essentiellement

des retraités (les mutuelles ont souvent une population âgée). La mutuelle compte donc, dans cet exemple, 30% de ses adhérents individuels en activité dans une entreprise. Il s'agit là du volume d'adhérents maximum transférable, sauf à ce que la mutuelle devienne l'opérateur santé de certaines entreprises (51% des entreprises mettant en place une complémentaire santé choisissent une mutuelle. Ce taux atteint 62% dans les services).

Dans le cas d'une petite ou moyenne mutuelle de proximité, la situation s'aggrave car la proportion de collectif (au sens de la loi Fillon) peut devenir marginale. Dans ce cas, c'est une part encore plus importante des effectifs qui est susceptible d'être concernée par un contrat collectif d'entreprise.

De nombreux responsables mutualistes de toutes les composantes du mouvement mutualiste ont pu dénoncer cette perspective.

En cas de mise en place unilatérale, protéger le salarié

Nous estimons que les mesures de protection comprises dans l'ANI en cas de défaut d'accord de branche et d'accord d'entreprise sont à la fois insuffisantes et dangereuses.

Dangereuses car permettant un effet de glissement vers le bas des protections sociales des salariés. Chacun a noté que la définition du socle place la couverture minimale entre le panier de biens des contrats responsables et celui de la CMU-C. Il faut faire preuve d'un optimisme déraisonnable pour penser que les entreprises concernées ne vont pas préférer un échec de la négociation pour aboutir à la mise en place de cette couverture minimaliste, très éloignée des contrats existants.

Ce serait alors à la fois une fragilisation du dialogue social, et une diminution du niveau de protection santé.

Dangereuses et insuffisantes car le trop faible niveau des couvertures ainsi proposées par l'entreprise à ses salariés pourrait pousser ces derniers à faire jouer l'article 11 de la loi Evin et à ne pas adhérer au contrat, lorsqu'ils étaient présents dans l'entreprise à la date de mise en place. Cela permettrait ainsi à l'entreprise de diminuer ses engagements.

Pour répondre à tous ces risques, il existe une solution reposant sur le principe de l'obligation d'assurance et de la liberté de choix de l'assureur. Il convient de compléter le dispositif prévu par un mécanisme s'inspirant de la solution retenue pour les agents des collectivités territoriales.

Ainsi, tout salarié refusant d'adhérer au contrat collectif mis en œuvre unilatéralement pourrait souscrire un contrat labellisé, c'est à dire répondant aux critères minimums requis par la loi et le règlement.

Pour rester en pleine logique avec l'objectif du texte, la généralisation à tous les salariés, cette faculté pourrait être assortie à une obligation de s'assurer. Fort logiquement, cela serait complété avec un dispositif de « chèque complémentaire santé » représentant la contribution de l'employeur et bénéficiant des conditions particulières de la prévoyance.

Ce dispositif peut sembler complexe de prime abord. Il n'en est rien car il concerne essentiellement, voire exclusivement, des petites entreprises. Or, en termes d'assurance,

il n'y a pas de régime spécifique dans les contrats collectifs d'aussi petite taille. Les opérateurs appliquent, en réalité, une formule de « regroupement d'individuels » ou formule standard.

Dans ce contexte, une telle mesure apporte de multiples avantages. Le premier est l'efficacité au regard de l'objectif poursuivi par le texte. Le second est le respect de la liberté, le troisième est la souplesse et la simplicité de mise en œuvre.

On pourrait d'ailleurs aller plus loin en faisant de ce dispositif, jusqu'ici envisagé comme un complément dérogatoire au contrat collectif mis en place de façon unilatérale, une véritable option alternative. Pour satisfaire à ses obligations, l'entreprise aurait alors le choix entre la recherche et la mise en place d'un contrat collectif santé, ou la mise en place d'un dispositif de chèque complémentaire santé dans lequel il n'y aura qu'à opérer un contrôle périodique simple (retour de certificat d'adhésion).

Les avantages de cette proposition vont largement au-delà de ce point particulier puisqu'elles permettent de rééquilibrer l'économie générale de l'ANI et de contribuer à répondre à une difficulté majeure, le risque que nous percevons de voir le dispositif proposé faire obstacle, à terme, à une véritable généralisation à tous les Français.

Un vrai risque pour la généralisation des complémentaires santé à tous les Français

Les déséquilibres induits par la transposition proposée par le Gouvernement de l'ANI du 11 janvier auraient une conséquence très paradoxale qui ferait de la généralisation de la complémentaire santé des seuls salariés un obstacle à l'objectif de généralisation des complémentaires, fixé par le Président de la République.

En effet, la concentration entre les mains d'un nombre d'opérateurs réduit de ce qui est, en termes d'assurances, le « bon risque » (salariés en activité) entraînera une segmentation des marchés et un mécanisme d'anti-sélection.

Les opérateurs exclus du collectif pour les raisons évoquées plus haut auraient alors pour mission de couvrir une population représentant un risque aggravé (retraités, chômeurs, jeunes...), ou de se concentrer sur la seule population des travailleurs non salariés en complément du RSI.

Comme n'importe quel actuaire peut en faire la démonstration en quelques minutes, cela aura comme conséquence immédiate une aggravation du risque porté par ces opérateurs, et donc l'exigence de provisions de couvertures. Au final, cela impliquera une hausse des cotisations qui sera insupportable pour ces populations. Le risque de démutualisation sera alors extrêmement élevé.

Les pouvoirs publics ont-ils les moyens de compenser ces conséquences, notamment par le développement du mécanisme de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) ? On peut en douter sérieusement. Ne serait-ce que parce que le surcoût pour les finances publiques de la généralisation aux seuls contrats collectifs est très important, évalué par certains entre 2,2 et 2,8 milliards d'euros en année pleine. Cela aggravera l'inégalité de traitement fiscal existant entre couverture collective et couverture individuelle tout en privant l'État de moyens d'agir.

Pour toutes ces raisons, il apparaît que le principe de généralisation de la complémentaire santé par le seul collectif est un obstacle majeur à la généralisation de la complémentaire à l'ensemble de la population.

Le rééquilibrage opéré par la disparition des clauses de désignation, ou à défaut leur encadrement strict, les garanties sur les modalités de choix des opérateurs dans le cadre d'une clause de recommandation ou d'un accord d'entreprise, ainsi que le dispositif de labellisation associée à la participation de l'entreprise sont de nature à répondre à cet enjeu.

Plus encore puisque la proposition de recourir à la labellisation lorsque le salarié refuse une décision unilatérale de l'employeur, ou comme alternative à la mise en place d'un contrat d'entreprise à défaut d'accord va dans le sens de la mise en place d'un mécanisme homogène permettant une généralisation à tous les Français. Ce mécanisme de labellisation, destiné à répondre initialement aux objectifs de l'ANI, pourrait être généralisé en appui d'une refonte des mécanismes ACS.

Une solution qui a de nombreux mérites puisque, lors de l'examen par la Commission européenne de la justification du cadre fiscal des contrats responsables, la Commission avait, tout en censurant les mesures françaises, mis en exergue le principe de labellisation en le qualifiant de dispositif permettant de répondre aux objectifs de généralisation sans être contraire aux règles communautaires.

Sur le risque de destruction d'un pan d'activité historique fondamental pour l'emploi

La Mutualité s'inscrit en effet dans l'histoire même de la République. Des sociétés de secours mutuel au XIXème siècle, aux grandes lois sociales du XXème siècle, à l'institution de la Sécurité sociale à la Libération, à la Couverture maladie universelle à la fin des années 90, c'est toujours la même idée qui est portée, de génération en génération : garantir l'égalité de tous les citoyens face au principal risque de la vie, c'est-à-dire la maladie.

François Hollande - 20 octobre 2012

S'il était mis en œuvre en l'état, et pour toutes les raisons exposées précédemment, l'ANI aurait pour conséquence la destruction programmée à brève échéance d'un grand nombre d'acteurs de terrains avec, en premier lieu, les mutuelles de proximité. Un mouvement qui serait à la fois la résultante et un facteur accélérateur de la concentration des activités autour de quelques opérateurs.

Or, les Mutuelles de terrain sont les véritables experts de la complémentaire santé. Elles en assurent depuis toujours le service, avec un sens de l'humanisme incontestable. Elles ont l'obsession du service de leurs adhérents, lesquels, rappelons-le, en assurent la gouvernance directe.

C'est en réalité tout le modèle mutualiste, et plus largement notre modèle de protection sociale, qui serait alors en péril. Et ce alors que ce modèle mutualiste démontre depuis toujours sa pertinence et son efficacité, en adéquation avec ce qu'attendent ses interlocuteurs et bénéficiaires, dans les territoires.

Que deviendrait alors l'Économie Sociale et Solidaire, aujourd'hui légitimement reconnue et encouragée, si les Mutuelles, qui en sont une part essentielle, étaient promises à la disparition dans l'indifférence générale ?

Et avec ces centaines de Mutuelles qui disparaîtraient, ce sont les milliers de salariés de ces structures qui se retrouveraient sans emploi. Rappelons, qu'il s'agit là, d'emplois non délocalisables.

Au delà d'un dispositif, une question de principe fondamentale

Une question aurait dû être posée au préalable, et nous en avons parfaitement conscience. C'est de savoir si cette généralisation de la complémentaire santé est souhaitable et indispensable. Pour achever une analyse que nous avons voulu la plus objective possible, nous ne pouvons pas faire l'économie de cette question.

Certains considèrent qu'une telle généralisation vient consolider le retrait de la Sécurité sociale. A bien des égards, ce n'est malheureusement plus un risque, mais une réalité.

Après un tel constat, le choix est de laisser aux opérateurs du marché le soin de proposer leurs produits, ou de continuer l'action du mouvement mutualiste qui, depuis maintenant près de 150 ans, cherche à répondre aux besoins des familles sans autre intérêt que le bien commun.

Par contre, l'importance de la question, des enjeux soulevés et des évolutions induites par le dispositif proposé pose à nos yeux la légitimité du cadre.

Est-il envisageable que la réponse à cette question, la mise en place de solutions aussi structurantes et engageantes pour l'ensemble de la population de notre pays soient traitées au détour d'un texte qui a pour objectif initial de revenir sur des dispositions du code du Travail ? Nous ne le pensons pas et nous sommes étonnés qu'un projet aussi généreux, aussi ambitieux que la généralisation à tous ceux qui vivent dans notre pays d'une complémentaire santé de qualité bénéficie d'un traitement aussi réducteur.

De plus, une démarche étonnante au regard du financement de la protection sociale

Alors que le Haut Conseil au Financement de la protection sociale est chargé par le Premier Ministre d'identifier « différents scénarios permettant un financement de la protection sociale pesant moins sur le travail » (discours de Jean-Marc Ayrault du 26/09/2012), il est étonnant qu'un élément devenu essentiel de ladite protection sociale voit son financement concentré sur le seul travail.

ANNEXE : le mécanisme de labellisation

Le mécanisme de labellisation mérite une présentation plus approfondie. Il est actuellement en vigueur dans la Fonction Publique Territoriale. Dans ce secteur, les collectivités employeur ont le choix, pour contribuer au financement de la complémentaire santé et prévoyance de leurs salariés entre :

- Convention de participation, que l'on peut assimiler à un contrat collectif. Cette convention est négociée avec les organisations syndicales, elle fixe les caractéristiques de la protection à apporter, le niveau de participation et le choix de l'assureur.
- Le recours aux contrats labellisés. Dans ce cas, la collectivité finance une partie de la cotisation des agents lorsque celle-ci concerne des contrats préalablement labellisés par des organismes agréés.

Que cela prenne une convention de participation ou le recours à la labellisation, le niveau de couverture minimal est prévu par les textes.

Le dispositif de labellisation

L'Autorité de Contrôle Prudenciel a sélectionné des organismes agréés. Il s'agit essentiellement de cabinets d'actuares qui sont donc délégataires d'une mission de service public.

Chaque opérateur souhaitant intervenir sur ce secteur d'activité soumet à l'organisme labellisateur de son choix un dossier technique du ou des contrats candidats au label.

Une fois le label obtenu, chaque opérateur fait son travail habituel de commercialisation.

Le niveau de labellisation

La labellisation est obtenue lorsque le contrat répond à un certain nombre de critères définis par le décret d'application. Ces critères concernent à la fois les niveaux de prestations et le niveau de solidarité organisé au sein du contrat.

La pratique de la labellisation

Le dispositif initial ne prévoyait que le recours à la convention de participation. La labellisation a été mise en place à l'initiative de certains opérateurs, avec au premier chef la Mutuelle Nationale Territoriale.

Les premières semaines de pratique montrent que la labellisation est largement utilisée en frais de santé, ce qui démontre le bien-fondé de l'intervention des opérateurs. Ainsi, parmi les collectivités mettant en place des couvertures de frais de santé, 97% utilisent le recours aux contrats labellisés.