

Complémentaire frais de santé obligatoire d'Alsace et de Moselle : reste-t-il une place pour du droit national d'application territoriale ?

Par Francis KESSLER, Avocat, maître de conférence à l'université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne



Francis KESSLER est maître de conférences, directeur du master « Droit de la protection sociale d'entreprise » à l'École de droit de la Sorbonne, Université de Paris 1.

Il est également avocat, senior counsel et membre du conseil scientifique de Gide Loyrette Nouel A.A.R.P.I., Paris.

Le régime obligatoire complémentaire d'assurance frais de soins des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle dit « régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle » ou « RLAM » couvre à ce jour plus de 2,1 millions de ressortissants¹. Il s'agit d'un régime légal complémentaire territorial organisé par le Code de la sécurité sociale et qui connaît une instance particulière de gestion, qui fonctionne avec une autonomie bien supérieure aux caisses primaires d'assurance maladie².

Ce régime local est à nouveau objet d'un vaste débat régional³, d'un rapport du Gouvernement au Parlement⁴, d'un rapport parlementaire récent⁵, d'une campagne de pétitions à destination des maires de communes et d'un nombre non négligeable de votes de soutien de conseils municipaux et de nouvelles dispositions législatives et réglementaires visant ce dispositif⁶ et même d'un projet de proposition de loi de transformation/ adaptation⁷ d'un arrêt du Conseil d'État⁸ et d'un décret récent⁹.

1 Source : SCHILLINGER P., Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'étude de la Cour des comptes relative au régime d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle, Sénat n°443 Session ordinaire de 2011-2012 ; Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 février 2012 p. 14.

2 CSS, art. L. 325-1 et suiv.

3 Ainsi, hors les brèves, l'un des quotidiens alsacien a publié depuis juin 2015 ⇨ Régime local d'assurance-maladie : l'inquiétude s'amplifie, Dernières nouvelles d'Alsace (DNA), Mardi 09 Juin 2015 / Région ; ⇨ L'Alsace fait de la résistance Dernières nouvelles d'Alsace, DNA Mercredi 10 Juin 2015 / Région ; ⇨ Six mois de délai avant les complémentaires obligatoires ? DNA Jeudi 01 Octobre 2015 / Région ⇨ Régime local : « un pan de la solidarité pourrait disparaître » Mardi 20 Octobre 2015 / Région Pas de modification de la situation des salariés, DNA Jeudi 26 Novembre 2015 / Région ⇨ Le régime local en appelle à Hollande, DNA Vendredi 15 Janvier 2016 / Région ; ⇨ Saverne « Le droit local n'est pas plus menacé aujourd'hui qu'hier », DNA Samedi 16 Janvier 2016 / Saverne ; ⇨ Bernard Zahra donne la parole aux praticiens du droit local, DNA Dimanche 24 Janvier 2016 / Faits ; ⇨ En ordre de bataille, DNA Mercredi 27 Janvier 2016 / Région ; ⇨ Faut-il avoir peur pour le régime local ?, DNA Vendredi 29 Janvier 2016 / Région ; ⇨ « Le MEDEF a joué avec le pacte de responsabilité », DNA Mardi 02 Février 2016 / Économie ; ⇨ Régime local : Force ouvrière 68 contre son extension, DNA Jeudi 04 Février 2016 / Région ; ⇨ Le régime local, fable fatale ?, DNA Mercredi 17 Février 2016 / Région ; ⇨ Les parlementaires aux maires : « Le Régime local n'est pas en danger », DNA Jeudi 18 Février 2016 / Région ; ⇨ « Mais quelle distorsion ? », DNA Mardi 08 Mars 2016 / Région ; Le régime local agricole pour le statu quo, DNA Mardi 08 Mars 2016 / Région ; ⇨ Après l'appel aux motions, le régime local d'assurance-maladie lance une pétition, DNA Samedi 12 Mars 2016 / Région ; ⇨ Une motion de soutien, DNA Mardi 15 Mars 2016 / Mulhouse ; ⇨ Régime local : les pièces du dossier, DNA Dimanche 20 Mars 2016 / Région.

4 Rapport du Gouvernement au Parlement, Sur l'articulation du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et la généralisation de la complémentaire santé. Afin d'étudier l'hypothèse d'une éventuelle évolution du régime local d'assurance maladie et ses conséquences, mars 2014.

5 Rapport à Monsieur le Premier Ministre Sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise établi par Philippe BIES député du Bas-Rhin, Denis JACQUAT, député de la Moselle, André REICHARDT sénateur du Bas-Rhin, Patricia SCHILLINGER sénatrice du Haut-Rhin, mardi 15 décembre 2015.

6 Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 art. 1 IX ; loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015.

7 Régime local d'assurance maladie d'Alsace et de Moselle, Proposition de loi relative aux garanties offertes par le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle (RLAM) et à son financement, mars 2016.

8 Conseil d'État 13 avril 2016 N° 385659, RDSS 2016.260.

9 Décret N° 2016-609 du 13 mai 2016, JORF N° 113, 15 mai 2016.



Ce récent regain d'intérêt pour « *le régime local* » a lieu dans un contexte de transformation des régions et d'un conflit larvé et également très sensible sur l'assurance maladie des travailleurs frontaliers en Suisse habitant surtout en Alsace : il est teinté d'inquiétudes de la population du territoire concerné qui est « *fortement attachée à ce régime* »¹⁰.

Il est toutefois, pour l'essentiel, une conséquence de ce qui est couramment et de façon quelque peu erronée appelé « *la généralisation de la complémentaire santé* », l'extension, décidée initialement par les partenaires sociaux nationaux¹¹, reprise et modifiée par le législateur¹² et réglementée par décret ou circulaire à la plupart des salariés du secteur privé ne bénéficiant pas encore d'une certaine couverture d'un certain nombre de « restes-à-charge » de l'assuré par le régime général au moyen d'un régime collectif obligatoire de frais de soins. L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour sa partie relative à l'amélioration de la couverture santé des salariés par la création d'un régime complémentaire financé par les employeurs et les salariés, a entièrement « oublié » les articles L. 325-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale traitant du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Alors qu'à intervalles réguliers, il a été prôné une « extension » du régime du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle aux autres départements français¹³ il y a depuis le 13 juin 2013 concours de « *complémentaires santé légales* »¹⁴ pour certains bénéficiaires d'une couverture généreuse des frais de santé (1) se pose dès lors une nouvelle fois la question de l'articulation voire de la pérennité du régime local (2).

I- Une continuité historique d'une couverture frais de soins obligatoire et généreuse

La prise en charge des frais de soins aujourd'hui applicable dans les trois départements de l'Est est différente du régime ayant fonctionné en Allemagne puis dans la région avant 1945. Il n'y a de continuité historique qu'à travers le haut niveau de protection jusqu'à présent maintenu, même s'il est souvent et volontiers rapporté que le régime local est « *issu de l'assurance maladie de Bismarck* »¹⁵.

10 v. les multiples références par ex. in SCHILLINGER P., Rapport d'information op. cit supra.

11 Article 1 de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés.

12 La Loi du 14 juin 2013 relative à la Sécurisation de l'emploi ; KLEIN P., MUGNIER E., « Généralisation de la complémentaire santé : le choc de complexification », *Semaine sociale Lamy (SSL)* n° 1694, 2014, p. 8.

13 En 2011, la Cour des comptes a, dans une étonnante prise de position, estimé que « la transposition de ce régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire au reste de la France est difficilement envisageable car elle impliquerait une augmentation des cotisations sociales des seuls salariés de 1,6 % dans un contexte où le pouvoir d'achat est déjà affecté par la crise économique ». Ce chapitre semble clos avec l'adoption de la couverture santé complémentaire obligatoire pour les salariés.

14 Rapport du Gouvernement au Parlement sur l'articulation du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et la généralisation de la complémentaire santé afin d'étudier l'hypothèse d'une éventuelle évolution du régime local d'assurance maladie et ses conséquences, Mars 2014.

15 Par ex. GLENN H.P., "The Local Law of Alsace-Lorraine: A Half Century of Survival", *The International and Comparative Law Quarterly*, Vol. 23, No. 4 (Oct., 1974) p. 769 qui soutient que « some particularities of the local regime remain, but the are few and of minor importance ». Le rapport du gouvernement de mars 2014 préc. indique p. 6 de façon sibylline : Il est l'héritage du système de protection sociale obligatoire (assurance maladie, accident du travail et invalidité-vieillesse) qui s'appliquait dans l'Empire allemand, auquel avait été annexée l'Alsace-Moselle en 1871 ». La Cour des comptes pense pouvoir affirmer que « Le régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle, issu du droit social allemand de la fin du XIXe siècle, est lié à l'histoire des trois départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, annexés à l'Empire allemand de 1871 à 1918. Ces départements ont bénéficié dès 1884 d'un régime d'assurance maladie obligatoire. La création du régime général de sécurité sociale en 1945 n'a pas mis fin au droit social qui préexistait dans ces territoires et qui était plus favorable que celui mis en place après la guerre ». Cour des Comptes, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat (art. LO 132-3-1 du code des juridictions financières), Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, novembre 2011.

Il y est un mythe particulièrement répandu selon lequel le droit actuel particulier procède de la loi impériale du 15 juin 1883 qui a institué l'assurance obligatoire des ouvriers contre la maladie¹⁶ au demeurant elle-même plus une loi de réorganisation et de généralisation des dispositifs existants dans l'Empire allemand qu'une loi de réforme *ex nihilo*¹⁷.

Il n'en est rien : à la différence de l'entre-deux-guerres, période pendant laquelle le droit allemand de l'assurance maladie, codifié depuis 1911 dans un code des assurances sociales¹⁸ a été traduit en français et appliqué par une administration organisée selon le modèle initial – l'office des assurances sociales de Strasbourg endossant le rôle des structures situées à Berlin avant 1918¹⁹ – le droit postérieur à 1945 n'a plus de lien ou de filiation avec le droit allemand d'assurance maladie²⁰ : il est un droit national d'application territoriale initialement provisoire (A.) qui a été, selon la formule d'Adrien ZELLER « *dépoussiéré, géré et réellement pris en charge* »²¹ à partir des années 1990 (B.).

A. Un régime original initialement provisoire

Si en 1918 « *la France à cette époque n'avait rien d'équivalent que l'on pouvait substituer au régime en vigueur en Alsace et en Moselle, ni la loi sur les sociétés de secours mutuels, ni les retraites ouvrières et paysannes, n'auraient pu utilement remplacer le régime local d'assurance sociale* »²², le nouveau système français de sécurité sociale – le régime général – introduit par les ordonnances du 4 octobre 1945 et a été appliqué, au nom du principe de l'unité, aux trois départements de l'Est à partir du 1^{er} juillet 1946.

Ambroise CROIZAT, alors Ministre chargé de la sécurité sociale, illustre lors le principe de l'unité par ces mots « *la date du 1^{er} juillet 1946 a marqué pour les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, une étape particulièrement importante. En effet, depuis le 1^{er} juillet 1946, c'est une législation nouvelle, une législation française unique qui s'applique à tous les territoires nationaux, en matière de sécurité sociale ; depuis le 1^{er} juillet 1946, les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ont cessé d'être soumis à leur régime local d'assurance sociale, d'origine allemande et qui avait subsisté depuis 1919* » et « *...décider aujourd'hui que le Plan Français de sécurité sociale n'est plus applicable, ce serait remettre en application dans les départements alsaciens et le Rhin la législation allemande, ce serait revenir sur l'unité de législation, ce serait rétablir un régime local dont le maintien, de 1919 à 1939, a été l'un des arguments d'Hitler pour soutenir que l'Alsace était restée allemande...* »²³.

À l'assurance maladie du code local des assurances sociales « *droit national d'application territoriale* » se substitue le régime général amélioré par une complémentaire obligatoire au régime général. Les

16 NIBOYET J. P.(éd.), Répertoire pratique de droit et de Jurisprudence d'Alsace et de Lorraine. Paris, Recueil Sirey, 1925 p. 61 ; HARBUTT-DAWSON W., Social insurance in Germany 1883-1911. Its history, operation, results. Westport, Greenwood Press, 1912 reprint 1979.

17 KESSLER F., KERSCHEN N. L'assurance maladie en Alsace-Moselle : des origines à nos jours, Paris, éditions de l'IRJS, 2013 (coll. Bibliothèque de l'Institut de Recherche Juridique de la Sorbonne – André TUNC Tome 40).

18 BELLON, « Le Code d'assurance ouvrière allemand », *Économie française* du 30 déc. 1911 p. 975.

19 Sur l'évolution de ce droit pendant cette période KESSLER F., « L'assurance maladie en Alsace-Moselle entre 1918 et 1945 : un système progressiste mais figé » in : *Colloque sur l'histoire de la sécurité sociale*, (Strasbourg, 1988), 1989 p. 153.

20 La qualification de « droit local alsacien-mosellan » de cette complémentaire santé obligatoire est discutable ; il ne s'agit pas comme l'affirme la Cour des comptes dans son rapport de 2011 de « l'héritage de la législation allemande » comme par exemple la tarification spécifique en matière d'accident du travail.

21 ZELLER A. JO Assemblée nationale (C. R.) 11 déc. 1991 p. 7496 coll. de droite.

22 Allocution de Monsieur Alexandre MILLERAND, aux Assemblées Plénières de l'Office Général des Assurances Sociales d'Alsace et de Lorraine des 5 et 13 décembre 1918 reproduit in *Les assurances sociales en Alsace et en Lorraine. Exposition internationale du centenaire de Pasteur* (juin-octobre 1923), Strasbourg, 1923. V. aussi P. PIC, « Le nouveau projet de la loi sur les assurances sociales », *Revue politique et parlementaire* 1927 p. 173.

23 CROIZAT A., « La réalisation du plan de sécurité sociale », *Revue française du travail* 1946 p. 393.



ordonnances de 1945 prévoyaient toutefois des mesures de transition à prendre par décret dit « *décret d'harmonisation entre le régime local et le régime général* ». La principale difficulté pour harmoniser les deux régimes réside dans l'existence d'un important décalage entre le régime local applicable avant 1940 et le régime général prévu par l'ordonnance du 19 octobre 1945²⁴.

Le décret n°46-1828 du 12 juin 1946²⁵ allait créer des avantages particuliers, qualifiés parfois de « *compensations* »²⁶, pour les assurés d'Alsace et de Moselle en attendant l'absorption du régime local par le régime général applicable aux assurés sociaux sur l'ensemble du territoire français. Ces dispositions transitoires²⁷ prévoyaient des avantages, qui ont été consentis aux assurés d'Alsace et de Moselle « *en contrepartie de la mise en place du régime général, qui a eu pour effet de supprimer le tiers-payant, la gratuité de l'hospitalisation et l'autogestion, qui étaient la règle dans le système en vigueur dans les trois départements en vertu de la loi allemande* »²⁸.

Plusieurs de ces dispositions ont été dérogoatoires du droit général de la sécurité sociale. Ainsi, les caisses primaires de la région ont pu instituer une participation de l'assuré aux frais et honoraires médicaux en cas d'hospitalisation, alors qu'en droit commun la détermination des prestations légales relève exclusivement du pouvoir réglementaire. De même, le mécanisme régional d'autorégulation financière, inspiré du droit allemand, n'a pas d'équivalent en droit commun. Enfin, la cotisation supplémentaire est à la charge des seuls salariés (et des retraités depuis août 1989)²⁹.

Le régime local complémentaire garantit un taux global de remboursement ou de prise en charge des frais engagés (90 ou 100 %). La part imputable au régime local est déterminée en retranchant du taux global garanti la participation assurée par le régime général (oscillant entre 40 et 100 % en fonction de la nature de la prestation). La part du régime local varie dès lors en fonction de l'évolution de la participation du régime général. Le principe des vases communicants inhérent au régime d'assurance maladie d'Alsace-Moselle constitue une des principales fragilités de ce régime.

Ces avantages ont été maintenus malgré le fondement juridique fragile sur lequel ils reposaient. Cependant, la loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social³⁰, qui a complété l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale relatif à la cotisation supplémentaire du régime local, « *a conféré au régime local un caractère législatif dans la mesure où l'appellation régime local y a été introduite dans la législation*³¹ ».

Ce mécanisme a fonctionné avait quelques heurts sous une appellation administrative éloquente quant au statut des prestations régionales servies en complément du régime

24 Pour la période de la seconde guerre mondiale cf. GEISSLER P., *Le régime local d'assurances sociales pendant la seconde guerre mondiale*. Mémoire de DEA de droit social sous la direction de OLSZAK N. et KESSLER F., Université Robert Schuman, 1996 ; KESSLER F., GEISSLER P., OLSZAK N., « L'Alsace - Lorraine » in : HESSE P. – J.H. LE CROM J.P. (éd.) : *La protection sociale sous Vichy*, Rennes, PUR, 2001 p. 279 et suiv.

25 JORF du 14 juin 1946 p. 5244 et Bulletin de l'Office général des assurances sociales (BOG) 1946 p. 87.

26 FARINE Ch., Rapport présenté à l'Assemblée Générale de l'Union Mutualiste du Bas-Rhin. le 13 mai 1984 (dactylographié).
27 § 20 du Décret.

28 Intervention de Théo BRAUN, président de la CRAV d'Alsace, à la réunion du (service d'intérêt commun et de coordination) SICC du 29 janv. 1987, PV n° 1/87 p. 12 et suiv.

29 DUPEYROUX J. J., *Droit de la sécurité sociale*. Paris, Dalloz, 1983, (coll. Précis) n°300-3 p. 723.

30 Art. 3 de la loi, JORF du 31 juill. 1987.

31 Intervention du directeur de la DRASS à la réunion du SICC du 21 janvier 1988, PV n° 1/88 p. 14.

général, de « régime MAbis ». Un mécanisme régional d'autorégulation, dont l'objectif était de rendre le régime local indépendant du régime général et structuré autour d'une cotisation à taux fixe modulable en fonction d'un fonds de réserve de cotisations, par les instances locales de gestion – les neuf caisses primaires de la région regroupées au sein d'un service d'intérêt commun et de coordination (SICC) –, a complété à partir de 1975³². Le fonds de réserve, lointain successeur des fonds des premières caisses locales générales, constitue à cet égard le mécanisme le plus emblématique du régime local. Ce fonds permet un lissage des dépenses et une gestion prévisionnelle améliorée du régime.

Sous d'autres aspects, au contraire, les dispositions locales complémentaires ont épousé les règles applicables au régime général et ont fait apparaître, pendant longtemps, le régime local comme un appendice du régime général. Il en a ainsi été, par exemple, de la détermination des bénéficiaires du régime local.

Cette période s'achève avec une nouvelle loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social³³ qui marque la disparition dans le Code de la sécurité sociale de la référence au caractère provisoire du régime local d'assurance maladie et ouvre une nouvelle ère de l'existence marquée par toute une série d'interventions du pouvoir législatif et réglementaire.

B. Une assurance frais de soins complémentaire légale et locale (presque) gérée comme une caisse de sécurité sociale

C'est d'abord la loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social³⁴, qui a complété l'article L. 242-13 du Code de la sécurité sociale relatif à la cotisation supplémentaire du régime local et « a conféré au régime local un caractère législatif dans la mesure où l'appellation régime local y a été introduite dans la législation »³⁵. Puis, « l'attachement des Alsaciens et des Mosellans à cet élément de leur patrimoine historique, culturel et social étant très grand, le régime a été pérennisé par la loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 »³⁶. Cette formule, déclinée lors de toute discussion sur l'assurance frais de soins complémentaire obligatoire locale, a conduit à doter le régime local d'assurance maladie d'une organisation administrative nouvelle. Les textes premiers du « nouveau régime local » sont la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, les articles 39 et 30 de loi n°94-637 du 25 juillet 1994³⁷ et les décrets n°95-348 et n°95-349 du 31 mars 1995³⁸.

32 Arrêté ministériel du 16 janvier 1975, *JORF* du 29 janv. 1975. À partir de 1970, la CRAMAM assura, en liaison avec les caisses primaires, la gestion de deux fonds financiers, le fonds régional de compensation et le fonds régional de réserve. À cet effet, elle a ouvert dans sa comptabilité un compte spécial, appelé « compte MAbis ».

33 *JORF* du 4 janv. 1992 p. 178 (spéc. p. 179 col. de gauche).

34 Art. 3 de la loi, *JORF* du 31 juill. 1987.

35 Intervention du directeur de la DRASS à la réunion du SICC du 21 janvier 1988, PV n° 1/88 p. 14.

36 Sénat, Proposition de loi relative au régime local d'assurance-maladie des départements du Bas-Rhin et Haut-Rhin et de la Moselle ; Rapport M. Jean-Louis LORRAIN, Sénateur, Commission des affaires sociales – Rapport n°33 - 1997/1998 p. 1. ; SANDER E., « La modernisation du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, étude de la loi numéro 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle », *RDSS* 1999 p. 142. ; KERSCHEN N., KESSLER F., « Quel avenir pour le régime complémentaire obligatoire d'assurance maladie d'Alsace Moselle? », *Revue du droit local (RdL)* n° 10 septembre 1993 p. 7.

37 Loi n°94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, *JORF* n°172 du 27 juillet 1994 page 10815 ; Décret n°95-348 du 31 mars 1995, *JORF* du 2 avr. 1995 relatif à la participation des assurés sociaux relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et modifiant le code de la sécurité sociale ; KESSLER F., « Le nouveau régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle. Premier commentaire des articles 39 et 40 de la loi n°94-637 du 25 juillet 1994 *RdL* n° 13 1994 p. 10.

38 Décret n°95-348 du 31 mars 1995 relatif à la participation des assurés sociaux relevant du régime général de sécurité sociale bénéficiaires du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et modifiant le code de la sécurité sociale et décret n°95-349 du 31 mars 1995 relatif au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, *JORF* n°79 du 2 avril 1995 p. 5301. Arrêté du 27 avril 1995, *JORF* du 6 mai 1995 relatif aux opérations comptables du régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.



L'organisation financière s'est vue radicalement modifiée par un premier décret n°96-457 du 23 mai 1996³⁹ puis par un autre décret n°97-297 du 26 mars 1997⁴⁰, la loi du 14 avril 1998⁴¹ et ses décrets d'application⁴² et la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002⁴³.

Le régime local est depuis lors géré selon les règles du droit commun d'une caisse de sécurité sociale, mais également sous l'empire de ses textes spéciaux : l'article D. 325-15 du Code de la sécurité sociale dispose que « *les règles d'organisation et de gestion des caisses d'assurance maladie du régime général sont applicables au régime local, sous réserve des dispositions particulières ...* ».

Le régime local a pour vocation de garantir une couverture complémentaire obligatoire aux salariés mais également aux contractuels de droit public, titulaires d'un revenu de remplacement préalablement affiliés au régime (pension d'invalidité, pension de réversion, indemnités et allocations de chômage, etc.)⁴⁴, aux titulaires d'une pension de retraite ainsi qu'aux ayants droit de l'ensemble des bénéficiaires de ce territoire.

La gratuité de l'hospitalisation et un ticket modérateur limité à 10 % pour les frais ambulatoires en sont les deux éléments les plus connus. Le principe d'un ticket modérateur résiduel de 10 % connaît néanmoins deux dérogations depuis 2005, en raison des différentes décisions relatives aux conditions de remboursement des médicaments : les médicaments remboursés à 30 % par l'assurance-maladie de base ne sont pris en charge qu'à 80 % au total et les médicaments à 15 % ne sont plus pris en charge.

Le régime local prend également en charge la participation forfaitaire de 18 € incombant à l'assuré pour les actes médicaux coûteux. En revanche, il ne rembourse pas la participation forfaitaire de 1 € due par l'assuré pour les consultations, examens radiologiques ou analyses biologiques, ni les franchises applicables aux médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires.

Il est exclusivement financé par une cotisation supportée, déplafonnée et précomptée par les assurés au régime général qui exercent leur activité salariée dans l'un des deux départements de l'Alsace et dans celui de la Moselle et par les retraités du régime local⁴⁵. Il est géré par les seuls représentants des organisations syndicales de salariés.

L'instance de gestion dispose de pouvoirs (exorbitants du droit commun) de fixation du taux de cotisation et, pour les retraités du moins, de l'assiette des cotisations. L'instance de gestion a ainsi fait évoluer le taux de cotisation. Les assiette et taux de prise en charge sont ainsi arrêtés par l'instance de gestion du régime local. Toutefois la variation des taux

39 Relatif au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, *JORF* n°124 du 30 mai 1996 p. 8005.

40 *JORF* n°78 du 3 avr. 1997 p. 5118.

41 Loi n° 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle, *JORF* n°89 du 16 avril 1998 p. 5847 ; SANDER E., « La modernisation du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, étude de la loi numéro 98-278 du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle », *RDSS* 1999 p. 142.

42 Décret n°98-1025 du 12 novembre 1998, *JORF* du 14 nov. 1998.

43 Décret n°2002-1299 du 25 octobre 2002 pris pour l'application des articles L. 242-13 et L. 325-1 du Code de la sécurité sociale et modifiant ce code, *JORF* 27 octobre 2002.

44 Sont exclus de ce régime les fonctionnaires, les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales, etc.), les salariés des régimes spéciaux, les salariés agricoles et forestiers et les exploitants agricoles.

45 CSS, Art. L. 325-1; les chômeurs et retraités n'acquittant pas pour insuffisance de ressources la CSG sont exonérés de cette cotisation.

de cotisation ne peut se faire que « dans la limite d'une fourchette de 0,75 % à 2,5 % » sauf cas d'excédent ou de déficit massif du fonds de réserve ; la liberté de l'instance de gestion n'est ainsi pas totale mais elle n'est pas négligeable. Le taux de cotisation est de 1,5 % depuis le 1^{er} janvier 2012.

Le conseil d'administration de l'instance locale de gestion est également compétent pour déterminer la nature et le niveau des prestations prises en charge par le régime local, les opérations budgétaires et comptables (établissement d'un état prévisionnel des dépenses, arrêté des comptes, fixation des réserves...), les actes de gestion du régime (règlement intérieur du conseil d'administration, nomination du directeur et de l'agent comptable, examen du rapport annuel d'activité...).

II. Vers une (nouvelle) transformation de la solidarité territoriale ?

L'initiative des partenaires sociaux nationaux, reprise par le législateur, de la création d'une obligation légale d'affiliation à un régime collectif d'assurance frais de soins, dont les opérateurs sont des organismes assureurs a d'abord conduit à la fin de l'idée d'une application du dispositif de l'Alsace et de la Moselle aux autres départements français, que l'on peut trouver à divers moments mais elle pose surtout la question de l'évolution voire de la survie de cette protection sociale locale particulière tant les deux « complémentaires obligatoires » diffèrent (A.).

Un nouveau et complexe débat s'est engagé mêlant, comme à chaque crise du dispositif⁴⁶, parlementaires locaux, ministère des affaires sociales, organisations professionnelles mais également, élément inédit dans l'histoire de ce régime, les communes dans la mesure où l'instance de gestion du régime local a choisi de lancer une pétition « en faveur du régime local » auprès de celles-ci⁴⁷ (B.).

A- Complémentaire santé obligatoire versus régime local : des approches différentes

L'article L. 325-1-I du Code de la sécurité sociale qui définit le statut légal du régime local en rappelant son caractère de régime d'assurance maladie complémentaire et obligatoire au régime général de sécurité sociale se distingue très fortement du dispositif organisé à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale.

Le régime local est un régime d'affiliation obligatoire unique, aux frais de gestion réduits⁴⁸ là où les entreprises sont libres de choisir leurs organismes assureurs complémentaires dans le dispositif issu de l'article 1 de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Le champ du régime local couvre obligatoirement, au-delà des salariés, les non-salariés (ayants-droit, titulaires de revenus de remplacement, retraités)⁴⁹, alors que seuls les salariés et les demandeurs d'emploi⁵⁰ indemnisés bénéficieront du maintien obligatoire de la couverture collective frais de santé

46 'CSS Art. L.911-7 III et D. 911-8.

47 cf. KESSLER F., KERSCHEN N. op cit. supra.

48 Pour la Cour des comptes « le faible niveau des charges de fonctionnement (4,3 M en 2010, soit moins de 1 % des prestations). Elle s'explique par le mode d'organisation du régime : les prestations sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ; les cotisations sur les revenus d'activité sont recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les cotisations sur les revenus de remplacement sont précomptées par les organismes chargés du versement de ces revenus. La structure de gestion propre du régime local est donc très réduite. L'essentiel des charges de fonctionnement (89 %) correspond aux frais de gestion dus à la CNAMTS et à l'ACOSS pour les services rendus au régime local". Le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2011.

49 CSS Art. L.325-1

50 Qui n'ont pas été licenciés pour faute grave



et ce pour une durée maximale de douze mois seulement⁵¹ : la solidarité du régime local est donc plus large que celle des complémentaires santé obligatoires et subsidiaires issues de la loi du 13 juin 2013.

Les cotisations sont, dans le régime local, calculées en fonction du salaire et d'un équilibre macro-économique du régime, la cotisation inclut les ayant-droits elle est « familiale » alors que la couverture d'entreprise est tarifé en fonction du risque collectif de l'entreprise ou des assurés regroupés autour d'un même support financier et que l'assurance maladie complémentaire obligatoire minimale ne vise que les seuls salariés.

Le régime local repose sur un financement des seuls salariés et des retraités⁵² alors que les régimes collectifs d'entreprise seront cofinancés par l'employeur et pour moitié au moins. Même en ajoutant une éventuelle « sur-complémentaire santé » financée à parité la part salariale des bénéficiaires du régime local est supérieure à celle des autres départements. Évidemment et de façon symétrique, le financement des prestations minimales de la couverture complémentaire obligatoire par les employeurs d'Alsace-Moselle est inférieur à celui assumé par les employeurs des autres départements français.

La réglementation des couvertures collectives obligatoires prévoit un champ minimal de prestations garanties (« *le panier minimal de soins* ») plus généreux que le régime local. Ainsi, si la prise en charge du forfait journalier hospitalier est identique à celui du régime local, le « socle minimal de garanties de la couverture complémentaire collective est de 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital et donc un taux supérieur à celui du régime local et de 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires et donc d'un taux supérieur à celui du régime local. Les garanties minimales nouvelles prévoient également un forfait de 100 € par an pour l'optique inexistant au régime local.

B. Le régime local en danger ? Pas sûr !⁵³ mais pas impossible

La loi sur la sécurisation de l'emploi⁵⁴ avait introduit un IV à l'article L. 911-7 renvoyant à un décret « *les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1* ». Ce décret n'a pas vu le jour dans un premier temps.

Toutefois, parmi les nombreux « aménagements » de la « généralisation de la couverture santé pour les salariés », l'article 34 II 2° e) de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociales pour 2016 visait « *les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard [...] au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire* ». Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015⁵⁵ a fait figurer à l'article D. 911-2 du Code de la sécurité sociale les salariés, y compris en tant qu'ayants-droit, bénéficiant de prestations servies par régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle dans la liste de ceux qui peuvent

51 L'article 4 de la loi Evin organise ensuite une possibilité d'affiliation viagère individuelle à l'assurance collective continuée ; ROULET V., « Pour une réforme de l'article 4 de la loi Evin », *Dr. soc.*, 2012.1060

52 Le financement du régime local est réglé par l'article L. 242-13 du Code de la Sécurité Sociale qui prévoit une cotisation à la charge des salariés actifs et de ceux qui bénéficient d'un avantage vieillesse.

53 Titre emprunté au « Point de vue » de Yves BUR, ancien député et rapporteur de la LFSS dans *DNA* du 26 mars 2016.

54 Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 art. 1 IX.

55 *JORF* n°0303 du 31 décembre 2015.

se dispenser, à leur demande, de l'obligation d'adhésion à une complémentaire obligatoire.

Quelque peu en contradiction avec ce système d'exonération inventé à la fin de l'année 2015, l'article 197 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016⁵⁶ a reporté l'application de l'obligation d'instaurer une complémentaire santé respectant les spécificités du panier de soins et du financement à parts égales employeur/salarié figurant à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale au 1^{er} juillet 2016⁵⁷.

Conformément à un processus de création de normes déjà éprouvé notamment à la fin des années 80 et en début des années 90⁵⁸, l'instance locale de gestion du régime local d'assurance maladie a proposé un projet de loi de réforme.

L'instance de gestion du régime local a, en se référant à une note de la Mission juridique du Conseil d'État de mai 2014 à l'attention de la Direction de la Sécurité sociale, présenté des modifications qualifiées d'adaptation du RLAM par voie législative afin d'assurer des garanties au moins équivalentes, tant en termes de prestations que de financement, à celles prévues par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Elles concernent l'article L. 325-1 pour le champ des prestations et l'article L. 242-13 pour le champ du financement.

Cette proposition prévoyait en matière de financement une « participation employeurs ». Le calcul de cette part à la charge de l'employeur était conçu de la façon suivante : « le taux de la cotisation à la charge des employeurs est fixé de manière biennale par décret. Il devra permettre la prise en charge, au moins à 50 %, des prestations versées par le régime local aux salariés en application des dispositions du panier de soins minimum prévu à l'article L. 911-7 du présent code ».

La détermination du montant de la part patronale des cotisations ainsi conçu est pour le moins originale : l'on peut comprendre du projet que (i) la part patronale ne servirait à financer que les prestations futures « alignées » sur le panier de soins des assurances complémentaires obligatoires au profit des seuls salariés et (ii) que cette cotisation patronale serait calculée en fonction des seules prestations versées par le régime local aux seuls salariés et dès lors en fonction du risque.

Si l'on suit ce raisonnement, la part salariale de cotisation et celle des retraités financeraient les compléments de prise en charge versés aux salariés mais également avec l'apport des cotisations sur les avantages de vieillesse la solidarité plus large du régime local – envers les chômeurs, les ayants-droit et les retraités notamment –. Cette formule conduit à une « coexistence » de solidarités obligatoires au sein d'un même régime complémentaire obligatoire territorial.

Ce choix est certainement guidé par la note à l'attention de la Direction de la sécurité sociale de la mission juridique du Conseil d'État datée de mai 2014 invoquée par les auteurs de la proposition de loi. Le Conseil d'État a en effet rappelé que le Conseil constitutionnel a, dans sa décision n°2011-157 QPC du 5 août 2011⁵⁹ seulement reconnu « un « effet cliquet » au bénéfice du droit local : il peut subsister tel quel mais non accru. Le législateur a donc la faculté de le supprimer, de l'harmoniser avec le droit commun, de le maintenir en l'état ou de l'aménager sans accroissement de l'écart avec le droit

56 De modernisation de notre système de santé complétant le IX de l'article 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

57 Pour Madame Marisol TOURAINE, ministre « le Gouvernement a toujours indiqué qu'il respecterait la spécificité du régime local. Une concertation a été engagée : elle n'est pas encore terminée », Sénat Séance du 1^{er} oct. 2015, *JO Sénat*, p. 9090 col. de droite.

58 cf. KESSLER F., KERSCHEN N. op cit. supra.

59 ROBLOT-TROIZIER A., « Question prioritaire de constitutionnalité et principes fondamentaux reconnus par les lois de la République ou la constitutionnalisation d'un particularisme local transitoire », *Revue française de droit administratif* 2011, n°6, p. 1209-1212.



commun ; il ne peut en revanche pas l'aménager dans un sens plus favorable aux salariés d'Alsace-Moselle ».

Toutefois, si l'on s'intéresse plus particulièrement à la part du dispositif financé à égalité par les salariés et les employeurs et dont la cotisation est fonction du risque, il peut être considéré qu'il s'agit là d'une activité qui a tous les traits caractéristiques d'une assurance à destination des salariés entrant dans son champ d'application personnel dont l'opérateur, de surcroît obligatoire, serait le régime local.

Or, la CJCE dans l'arrêt FFSA et autres du 16 novembre 1995⁶⁰ et le Conseil d'État par un arrêt du 8 novembre 1996⁶¹, ont jugé que l'exclusion ou la restriction de concurrence sur le marché des produits de retraite complémentaire des exploitants agricoles n'était pas justifié par l'accomplissement de la mission particulière impartie à la Mutualité sociale agricole. Ainsi, peu importe la nature juridique de l'opérateur dès lors que celui-ci opère sur un marché concurrentiel et s'il se comporte comme un compétiteur, il ne peut bénéficier d'avantages exorbitants du droit commun qui fausseraient le jeu de la concurrence. Dans l'option choisie dans la proposition de loi et parce que les prestations sont pour les salariés celles des organismes assureurs en compétition les uns avec les autres, le régime local serait qualifié d'entreprise au sens du droit communautaire de la concurrence.

Or, il est au moins deux particularités essentielles du régime local d'assurance maladie : la cotisation est prélevée par l'URSSAF et les prestations sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie. De ce fait et comme le relève le rapport du gouvernement, les frais de gestion du régime local sont extrêmement bas (moins de 1 % des charges du régime contre environ 20 % pour les organismes privés).

Existe-t-il une « mission particulière » justificative pour « l'élément obligatoire co-financé et aligné » du régime local d'assurance maladie ? On peut en douter. Cette « banalisation » d'une partie de l'activité de l'Instance locale de gestion, des URSSAF et caisses primaires, qui opéreraient dès lors sur le marché de la prise en charge complémentaires des frais de santé, pourrait donc amener des organismes assureurs à critiquer les avantages dont bénéficie le régime local sur ce marché en Alsace-Moselle.

Mais le régime local peut aussi être considéré comme un tout si l'on fait abstraction de l'étrange lien entre cotisation patronale et « panier des soins » et donc de la « solidarité limitée » des employeurs dans le dispositif. L'on pourrait se contenter, en quelque sorte, d'estimer « suffisante » la solidarité des salariés et des retraités avec les salariés, les ayants-droits et les retraités : il y aurait alors une mutualisation des risques qui se ferait dans le cadre d'un régime de sécurité sociale fondé sur le principe d'une solidarité territoriale⁶² et dès lors, un motif d'intérêt général qui permettrait de considérer que l'atteinte à la liberté contractuelle des assureurs privés opérant dans le champ des complémentaire frais de santé, bien que réelle, n'était pas inconstitutionnelle.

Par ailleurs, la gestion des prestations couvertes par le régime local étant effectuée par les CPAM, le « relèvement du panier de garanties » du régime local nécessite une évolution

60 Affaire C. 244/94 rec. p 402.

61 RJS 2/97 n°195.

62 Par paraphrase de la formule du Cons. Constit. Décret n°2015-460 QPC du 26 mars 2015 KESSLER F., « La décision sur les « frontaliers suisses » : la confusion et l'esquisse d'une place à la solidarité », *Constitutions* 2015 p. 247

de leur système d'information. Conçus pour traiter les demandes de prise en charge des frais de santé dans la limite du tarif de responsabilité de la sécurité sociale, les systèmes d'information de la CNAMTS devraient dans l'hypothèse d'un alignement sur le « panier ANI », qui comprend des prises en charge qui excèdent les tarifs de responsabilité, faire l'objet d'importants aménagements. Comme le souligne le rapport parlementaire de 2015⁶³ « *il ressort de ces éléments qu'au-delà de strictes considérations juridiques, une évolution des règles d'organisation et de fonctionnement du régime local devraient tenir compte de contraintes matérielles non négligeables* ».

Certaines organisations syndicales de salariés – gestionnaires du régime local - ont critiqué le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 d'application de la loi de sécurisation de l'emploi. Il était d'abord reproché à l'encontre de cette disposition d'application de la loi du 14 juin 2013 de ne pas avoir répondu à l'injonction du législateur figurant à l'article L. 911-7 IV du Code de la sécurité sociale « d'adapter » le régime local. Il était ensuite demandé au gouvernement d'adopter de telles mesures « *et de prendre les dispositions transitoires de nature à différer dans le temps l'entrée en vigueur du décret jusqu'à l'édiction des dispositions d'adaptation* ».

Le Conseil d'Etat répond à ces critiques en deux temps. Il reconnaît d'abord au pouvoir réglementaire de ne pas prendre de dispositions expresses d'adaptation de la couverture collective complémentaire obligatoire des dépenses de santé à la situation des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

La haute juridiction administrative rappelle ensuite qu'il existe deux régimes légaux de base de couverture des frais de soins en Alsace-Moselle et la nature juridique du dispositif de généralisation de la « complémentaire santé des salariés » qui joue le rôle de différentiel dans la prise en charge des frais de soins. Aussi, pour le Conseil d'Etat, « le régime de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale *ne concerne que le seul reliquat des prestations qui ne sont pas déjà couvertes par les régimes obligatoires légaux, dont le régime légal complémentaire applicable localement* ».

Exit également la revendication des requérants de voir appliquer au régime local une participation employeur à l'image des règles issues de la loi de 2013 : « *l'ajout au régime local d'une couverture collective complémentaire obligatoire des dépenses de santé partiellement financée par les employeurs conduit dorénavant à ce que ces derniers contribuent au financement de la couverture complémentaire, prise globalement, ce qui a, à l'inverse de ce qui est soutenu, pour effet de réduire le caractère spécifique du traitement réservé à ces salariés* ».

La prise en charge des frais de soins pour les salariés du régime local est ainsi composée du régime général de base, cofinancé par les employeurs et salariés, de la complémentaire territoriale légale financée par les salariés et les retraités et de façon « surcomplémentaire » par les employeurs et les salariés dans le respect des règles des articles L 911-7 et suivants du Code de la sécurité sociale.

L'arrêt du Conseil d'Etat vient d'être complété par le « décret d'adaptation⁶⁴ » annoncé au IV de l'article L. 911-7 du Code de sécurité sociale qui reprend explicitement : le nouvel article D. 911-1-1 dudit Code prévoit désormais explicitement que « *Les prestations [de la couverture collective à adhésion obligatoire] sont déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime général auquel s'ajoutent celles du régime général* » et que « *les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié [de la couverture collective à adhésion obligatoire] sont réduites dans une proportion représentative du*

63 Rapport BIES P., JACQUAT D., REICHARDT A., SCHILLINGER P. déc. 2015 op.cit. supra p. 71.

64 Décret n° 2016-609 du 13 mai 2016 relatif à la couverture complémentaire santé des salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, JORF n°113 du 15 mai 2016.



différentiel de prestations résultant du 1^o. L'employeur assure au minimum la moitié du financement de ce différentiel ».

Il en résulte que seule la partie correspondant au différentiel et au panier minimum de soins non pris en charge par le régime local serait financée pour moitié par l'employeur, qui ne paierait donc qu'une moindre part (environ 14% de cet étage supplémentaire) là où les autres employeurs financent au moins la moitié de la totalité du dispositif. Les salariés financeront à environ 72% des cotisations - correspondant au Régime Local - auquel s'ajoutent la moitié des 28% restant à couvrir par le troisième étage, l'autre moitié étant prise en charge par leur employeur. Un salarié relevant du régime local d'assurance maladie financera, à droit constat, 86% de sa couverture complémentaire santé, alors qu'un autre salarié ne financera que 50%. Un employeur dont les salariés relèvent du régime local ne financera que 14%, là où un autre employeur (des « autres départements français ») devra contribuer à hauteur de 50%.

Ce régime territorial obligatoire de prise en charge complémentaire des frais de santé à la charge des seuls salariés a connu, au cours de ses soixante-dix ans d'existence, plusieurs crises et quelques remises en cause⁶⁵.

Pourtant pour la première fois dans l'histoire, un régime complémentaire obligatoire est plus généreux que le régime local. Pour la première fois, une solidarité obligatoire – opérée par le secteur privé⁶⁶ et réservée aux seuls salariés – empiète sur le champ de la solidarité territoriale. Pour la première fois, les solutions proposées par les acteurs locaux, discutées avec l'administration et relayées par les parlementaires de la région voire les modifications législatives adoptées ne suffiront peut-être pas : les solutions d'articulations du régime territorial complémentaire obligatoire avec les nouvelles obligations sont fragiles : le *statu quo* l'expose à une action des salariés affiliés qui pourraient revendiquer une discrimination par rapport à des salariés d'une même entreprise ou branche non ressortissants du régime local. Par ailleurs, si la réforme proposée par les acteurs locaux devait finir par être adoptée, des organismes assureurs intervenants sur le marché des frais complémentaires de santé, pourraient engager une action en concurrence déloyale contre l'instance locale de gestion. La « privatisation » totale de l'offre d'assurance maladie complémentaire obligatoire en Alsace-Moselle n'est dès lors pas à exclure entièrement.

65 KESSLER F., KERSCHEN N. op cit. supra.

66 On relira COLOMBO F., TAPAY N., Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for Individuals and health systems, OECD health working papers n°15 (2004) qui rappelle que la France est un pays dont l'assurance maladie privée est particulièrement importante.

Les fonds de pension à la française

Par **Philippe DESFOSSÉS**, *Directeur de l'Établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP)*



Par arrêté paru au Journal officiel du 11 juin 2008, M. Philippe Desfossés est nommé directeur de l'Établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP).

Diplômé de l'IEP de Paris et licencié en droit, M. Desfossés est ancien élève de l'ENA (promotion Léonard de Vinci).

Il a débuté sa carrière au Trésor en 1985. De 1995 à 1997, en qualité de conseiller au cabinet de M. Jacques Barrot, ministre du Travail et des Affaires sociales, il est responsable des dossiers retraite, dépendance, famille, et des relations avec les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assurances.

En janvier 1998, il rejoint le Groupe AXA et dirige International Finance Futures (2001-2002) puis la Compagnie Financière de Paris (2002-2008).

Depuis 2011, M. Desfossés est administrateur, représentant de l'ERAFP, de l'Association française des investisseurs institutionnels (AF2I).

I- Une réponse originale et pragmatique à une revendication ancienne

I.1/ Une revendication ancienne

La Retraite additionnelle de la Fonction publique (RAFP) a été instituée par l'article 76 de la loi n°2003-775 portant réforme des retraites.

Elle s'inscrit dans le cadre des évolutions qui ont affecté à cette époque le régime de pension des fonctionnaires.

Ces évolutions ont porté sur :

- ▼ une modification du mode de calcul de la pension, fondée sur des trimestres et non plus des annuités,
- ▼ un accroissement du nombre de trimestres exigés pour obtenir le taux « plein » de 75 % du dernier traitement,
- ▼ l'institution d'une décote pour les fonctionnaires qui ne rempliraient pas les conditions du nombre de trimestres exigés, tous régimes confondus, au moment de la liquidation des droits.

Fruit d'une négociation entre les pouvoirs publics et un certain nombre d'organisations syndicales, la RAFP est un fonds de pension public qui vise à améliorer le taux de remplacement (rapport entre le montant de la « retraite » et la dernière rémunération) de la pension civile ou militaire.

Dans un contexte de forte contrainte budgétaire et au moment où arrivaient à l'âge de la retraite les classes d'âges nées après la guerre, la création du RAFP a permis d'apporter une réponse adaptée