



Inspection générale
des finances

N° 2013-M-054-03

Inspection générale
des affaires sociales

N° 2013-079R

RAPPORT

INTÉGRATION DANS LE DROIT COMMUN DE L'ASSURANCE MALADIE DES FRONTALIERS RÉSIDANT EN FRANCE ET TRAVAILLANT EN SUISSE

Établi par

CHRISTIAN DECHARRIÈRE
Inspecteur général des finances

JULIEN ROUSSELON
Inspecteur des affaires sociales

JEAN-MARC TOUBLANC
Inspecteur des finances

- JUILLET 2013 -

SYNTHÈSE

Par lettre en date du 5 mars 2013, les ministres de l'économie et des finances, des affaires sociales et de la santé, et le ministre délégué au budget ont demandé aux chefs de l'IGAS et de l'IGF de conduire une mission sur l'intégration dans le droit commun de l'assurance maladie des travailleurs frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse.

Ce sujet est bien identifié, celui de la fin inscrite dans l'article L 380-3-1 du code de la sécurité sociale du droit d'option permettant aux frontaliers, lorsqu'ils décident de ne pas s'affilier au régime suisse d'assurance maladie (LAMal), d'opter soit pour une affiliation à la CMU de base, soit pour une assurance privée. Il intéresse 169 000 personnes installées pour 98 % dans les six départements limitrophes de la Suisse et qui, pour 90 % d'entre elles, ont fait le choix de l'assurance privée pour des motifs financiers et parfois pour les facilités offertes en matière de soins en Suisse.

Pour répondre à la demande qui lui a été faite d'examiner l'ensemble des modalités permettant de fixer un effort contributif comparable des frontaliers avec celui des salariés en France, de mesurer les impacts possibles sur l'accès aux soins, les assureurs et les frontaliers, et de s'assurer de la continuité des soins et de leur prise en charge, la mission a pris de nombreux contacts avec les services des ministères concernés et les grands organismes de sécurité sociale. Elle est allée sur le terrain rencontrer leurs structures territoriales, CPAM, URSSAF, DDFiP, ainsi que l'équipe dirigeante d'un hôpital de la zone frontalière. Elle a mené plusieurs entretiens avec des acteurs du marché de l'assurance santé des frontaliers (mutuelles, compagnies d'assurance, un courtier). Elle a également organisé des entretiens avec les associations de frontaliers ainsi que quelques parlementaires des départements les plus concernés, et enfin, à Berne, des responsables de l'Office fédéral des assurances sociales.

A l'issue de ces investigations, la mission estime justifiée la démarche de réforme déjà envisagée par le Gouvernement et formule dans le présent rapport quelques axes essentiels pour que cette réforme porte ses fruits et soit soutenable.

La mission souligne tout d'abord la nécessité juridique et la légitimité sociale d'une réforme de l'assurance maladie des travailleurs frontaliers

Le code de la sécurité sociale prévoit que le droit de sous-option permettant le choix de l'assurance privée prendra fin le 31 mai 2014 ; initialement prévu pour 7 ans, ce délai a été prolongé de 5 ans en 2006, et une nouvelle prolongation pourrait encourir une sanction du Conseil Constitutionnel. De plus le dispositif de la CMU proposé aux frontaliers souhaitant s'affilier en France n'est pas assuré juridiquement, faute de décret d'application pourtant prévu par la loi.

La réforme est aussi fondée sur le terrain de l'équité : les tarifs d'assurance privée sont en effet individuels et fonction de l'âge pour une clientèle plutôt jeune et en bonne santé, aux revenus professionnels nettement plus élevés que la moyenne. Ainsi, les frontaliers ne participent pas à la solidarité nationale instituée par la Sécurité sociale. En effet, l'assurance maladie française attire largement, parmi les frontaliers, les familles et les pathologies les plus lourdes. Les frontaliers assurés auprès du secteur privé bénéficient pour leur part d'une forme de « rente » du fait de leur moindre cotisation durant leur activité en Suisse, « rente » accentuée lorsqu'ils reviennent à la Sécurité sociale française au moment de la retraite. En pareil cas cette rente est estimée à 51 000 € pour un frontalier ayant perçu un revenu fiscal annuel de 41 500 € de 28 à 65 ans.

Rapport

Dans le même temps le revenu des frontaliers salariés est en moyenne 2,5 fois plus élevé que celui des salariés non frontaliers.

La mission a analysé les inconvénients du dispositif actuel d'affiliation à la CMU pour gérer les frontaliers et propose d'aller vers un dispositif plus proche des principes et modalités de fonctionnement habituels de l'assurance maladie

Faute de décret d'application de la loi pour déterminer le régime d'assurance maladie applicable aux frontaliers, il leur a été fait application par défaut du dispositif CMU de base ; conçu pour des personnes sans revenu professionnel, il prévoit comme assiette de cotisation le revenu fiscal de référence qui est inhabituel et induit des désajustements par rapport à l'assiette usuelle que sont les salaires. De plus, le revenu fiscal de référence diffère de l'assiette de calcul de la CSG sur les revenus professionnels, ce qui est une source potentielle de complexité pour les organismes de Sécurité sociale, les CPAM étant déjà conduites à ne prendre que la part du frontalier pour définir sa cotisation ; la mission propose donc de retenir comme assiette future le salaire, le revenu professionnel, ou la pension de retraite.

La mission a par ailleurs analysé que l'exemption de CSG dont bénéficient les frontaliers via le système CMU n'est sans doute pas conforme aux grands principes du droit français, celui de l'égalité devant les charges publiques en particulier, et qu'il convient donc d'aller vers la suppression de cette exemption pour les frontaliers, avec la création d'une cotisation maladie et d'un prélèvement CSG.

La mission a soigneusement mesuré, au plan du droit et de l'équité, les hypothèses de taux de cotisation maladie et de CSG

La mission a examiné cette question en comparant la situation des frontaliers avec celle des actifs en France, compte tenu du fait que les premiers cotisent en Suisse pour certains risques couverts par l'assurance maladie (accidents, prestations en espèces) et qu'il convient d'éviter une double cotisation en France et en Suisse pour un même risque. Elle a estimé que la transposition du taux global de cotisation employeur et salarié en France, soit 13,5 %, n'est pas sans poser des problèmes d'équité de traitement, dans la mesure où la population frontalière intègre non seulement des salariés, mais aussi des travailleurs indépendants et des retraités, et que le régime social des indépendants, avec un taux de cotisation de 6,5 % hors accidents du travail, maladies professionnelles et prestations en espèces, constitue la meilleure base de comparaison. Un taux de 6 % apparaît alors envisageable pour les titulaires du droit d'option (quel que soit leur statut et y compris les titulaires de seules rentes suisses), compte tenu des prestations assurées en Suisse au titre des accidents non-professionnels.

La même démarche de comparaison en droit et en équité a été conduite pour le taux de CSG et CRDS pour conclure à un taux de CSG cohérent de 5,29 %, limité à la seule part affectée à la maladie compte tenu de la jurisprudence communautaire en matière de facturation de CSG aux frontaliers. Il est préconisé d'appliquer ce taux à l'ensemble des titulaires du droit d'option, sans prendre en compte notamment l'existence actuelle d'un taux réduit spécifique aux retraités.

La mission suggère une réforme qui soit compétitive au regard de l'assurance maladie obligatoire suisse LAMal et soutenable pour les frontaliers, avec trois scénarios

Compte tenu du fait qu'environ 15 000 actifs deviennent frontaliers chaque année, ce qui leur confère donc le droit d'option entre la LAMal et la Sécurité sociale, la mission tient à souligner le besoin impérieux d'envisager cette concurrence et de l'intégrer dans la fixation finale des taux additionnés de la cotisation et de la CSG. C'est de fait le rendement budgétaire de la réforme qui en dépend très largement.

De même, la soutenabilité de la hausse des cotisations, inéluctable eu égard aux spécificités avantageuses de l'assurance privée, a été examinée par la mission.

Huit scénarios ont été expertisés en fonction des critères ci-dessus et montrent, selon les taux retenus, un risque de fuite vers la LAMal qui s'accroît rapidement avec la modulation des taux à la hausse, que ce soit sur le nombre de cotisants, ou le montant des cotisations « perdues ».

Trois scénarios sont, au final, privilégiés par la mission :

- ◆ le premier en équité avec une assiette assise sur les salaires ou les revenus professionnels et un taux global de cotisation et contribution de 11,29 %, taux déjà ambitieux qui inciterait 32 % des cotisants à s'assurer à LAMal et donne un gain net de 271 M€ pour la sécurité sociale ;
- ◆ le second plus éloigné de l'équité avec la même assiette et un prélèvement global de 8 %, avec ou sans plafond de l'assiette, qui donne, selon le cas, un gain net de 269 ou 288 M€ ;
- ◆ enfin un scénario à 8 % de taux, assis sur l'assiette actuelle de la CMU, soit le revenu fiscal de référence, scénario qui n'est destiné qu'à couvrir la période transitoire que la mission estime nécessaire.

La mission propose des changements dans le positionnement des acteurs de la sphère sociale

La mission suggère, avec l'accord des intéressés, que le calcul des cotisations, actuellement opéré par les CPAM, soit à terme confié aux URSSAF, comme elles le font pour la quasi-totalité des régimes et dont c'est le rôle légitime.

La mission tend par ailleurs à privilégier une poursuite de la centralisation de la gestion de tous les frontaliers (salariés, indépendants, exploitants agricoles) par le régime général, un scénario associant la MSA pouvant toutefois mériter quelque attention.

La mission propose, compte tenu des enjeux organisationnels, une réforme en deux temps

Les réorganisations proposées sont importantes et l'accueil de plus de 150 000 frontaliers, par six CPAM pour l'essentiel, en vue de les affilier sera une tâche lourde, et un « big-bang » au 1^{er} juin 2014 semble donc devoir être évité. La mission propose par conséquent de lisser l'arrivée des frontaliers en les affiliant à la date d'échéance de leur contrat privé, et au plus tard le 1^{er} juin 2015. Cette suggestion recueille l'accord de l'ACOSS.

Quant au passage au nouveau régime comportant une assiette rénovée, un prélèvement CSG et une cotisation maladie, il semble raisonnable de le repousser au 1^{er} juin 2015, ce différé étant nécessaire pour préparer notamment les systèmes d'information permettant des échanges dématérialisés entre CPAM, URSSAF et DGFIP.

Rapport

Ces modalités transitoires appellent toutefois des échanges complémentaires avec les principaux organismes de sécurité sociale, dont les réponses écrites reçues en fin de mission ne convergent pas sur tous les aspects.

La mission attire l'attention sur d'autres enjeux connexes

Un besoin de court terme est celui de dispositions transitoires permettant aux frontaliers ayant entamé des soins en Suisse de les y poursuivre, un enjeu de long-terme étant celui de la meilleure connaissance possible du revenu des frontaliers par la DGFIP.

La mission suggère enfin un pilotage fort de la réforme et une communication active et ample

La mission considère qu'un pilotage étroit de la réforme est nécessaire sous l'égide du ministère en charge des affaires sociales et de la santé, avec la participation du ministère de l'économie et des finances, pour coordonner au mieux les nombreux acteurs impliqués qui doivent partager la mise en œuvre.

Enfin il est recommandé de mettre en place une communication très active, notamment au niveau de la CNAMTS et de ses partenaires, pour informer au mieux les frontaliers de la réalité de la réforme et de ses conséquences, financières notamment.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LES RAISONS DE LA RÉFORME : L'INTÉGRATION DES FRONTALIERS DANS LE DROIT COMMUN DE L'ASSURANCE MALADIE RÉPOND À AU MOINS UNE TRIPLE EXIGENCE DE SÉCURITÉ JURIDIQUE, D'ÉQUITÉ ET DE MAÎTRISE BUDGÉTAIRE.....	3
1.1. La suppression du droit d'opter pour une assurance privée se justifie au plan juridique.....	3
1.1.1. <i>Le vide juridique ayant justifié la prise en charge des frontaliers par des assurances privées n'est plus d'actualité.....</i>	<i>3</i>
1.1.2. <i>L'hypothèse d'une sanction du dispositif actuel pour cause d'inconstitutionnalité ne peut être écartée.....</i>	<i>6</i>
1.1.3. <i>La réouverture du droit d'option ne s'impose pas juridiquement.....</i>	<i>9</i>
1.2. Les principes de l'assurance privée n'assurent pas équité et solidarité au sein de la population frontalière et entre frontaliers et non-frontaliers.....	10
1.2.1. <i>Les fondements de l'assurance santé privée diffèrent très largement des principes régissant le système de Sécurité sociale français.....</i>	<i>10</i>
1.2.2. <i>Le dispositif d'assurance maladie privée des frontaliers aboutit à une sélection des risques au détriment de la Sécurité sociale.....</i>	<i>11</i>
1.2.3. <i>Le système dérogatoire actuel génère une rente, infondée en équité, au profit des souscripteurs d'assurances privées.....</i>	<i>14</i>
1.2.4. <i>D'autres enjeux d'équité peuvent également être invoqués.....</i>	<i>16</i>
1.3. L'intégration des frontaliers dans le droit commun de l'assurance maladie permettra une plus grande maîtrise budgétaire et une meilleure répartition des coûts.....	17
1.3.1. <i>La population frontalière est de plus en plus nombreuse et gagne en moyenne 2,5 fois plus que la population active en France.....</i>	<i>17</i>
1.3.2. <i>Compte tenu du poids de la population frontalière tant en nombre qu'en niveau de revenus, sa réintégration à l'assurance maladie devrait permettre un gain non négligeable pour la Sécurité sociale.....</i>	<i>20</i>
1.4. La fin de l'assurance santé privée au premier euro mettrait fin à certains effets pervers en matière d'offres de soins et d'accès aux soins.....	22
1.4.1. <i>Le recours à l'assurance privée entraîne un problème de connaissance statistique de la consommation et de l'offre de soins en zone frontalière.....</i>	<i>22</i>
1.4.2. <i>Le recours à l'assurance privée suscite une dérive des tarifs.....</i>	<i>22</i>
1.4.3. <i>Le recours à l'assurance privée génère certains problèmes de continuité des soins ou de leur prise en charge.....</i>	<i>23</i>
2. LES CONDITIONS D'UNE BONNE RÉFORME : L'INTÉGRATION DES FRONTALIERS DANS LE DROIT COMMUN DE L'ASSURANCE MALADIE DOIT S'EFFECTUER EN TENANT COMPTE DE CINQ PARAMÈTRES MAJEURS	24
2.1. L'équité de traitement est actuellement non assurée du fait de l'affiliation des frontaliers à la CMU et de l'exonération de CSG-CRDS	25
2.1.1. <i>Il existe plusieurs façons d'envisager l'équité en matière de cotisation maladie.....</i>	<i>25</i>
2.1.2. <i>L'équité doit aussi être assurée en matière de CSG-CRDS.....</i>	<i>28</i>

2.2. L'actuelle affiliation des frontaliers à la CMU pose en outre des problèmes de gestion et d'affichage	28
2.2.1. <i>Le revenu fiscal de référence est une assiette peu adaptée au calcul des cotisations</i>	28
2.2.2. <i>Les actuelles modalités de calcul des cotisations génèrent des effets d'aubaine</i>	28
2.2.3. <i>L'affiliation à la CMU a été un choix par défaut, peu naturel et attractif pour des actifs tels que les frontaliers travaillant en Suisse</i>	29
2.2.4. <i>Les modalités actuelles d'affiliation à la CMU entravent le repérage de la population frontalière</i>	29
2.3. La réforme doit veiller à éviter certains risques juridiques.....	29
2.3.1. <i>Le maintien de l'exonération de la CSG pour les frontaliers semble difficilement envisageable sur le plan du droit interne constitutionnel</i>	29
2.3.2. <i>La mise en place du taux intégral de CSG semble difficilement envisageable sur le plan du droit communautaire</i>	30
2.4. La réforme doit être guidée par un objectif de compétitivité du dispositif retenu comparativement au système d'assurance santé suisse.....	32
2.4.1. <i>L'irrévocabilité du droit d'option conventionnel demeure relative</i>	33
2.4.2. <i>En fonction du scénario retenu, certains frontaliers pourraient avoir un intérêt à rejoindre le système d'assurance santé suisse</i>	33
2.4.3. <i>Éviter un départ massif des frontaliers vers le système d'assurance santé suisse doit être un objectif</i>	35
2.5. La réforme ne peut oublier de prendre en compte l'impact potentiel sur le revenu des frontaliers et l'économie locale.....	35
2.5.1. <i>Les frontaliers ont certes des revenus plus élevés que la moyenne des ménages français</i>	35
2.5.2. <i>Toutefois, les frontaliers présentent des spécificités qu'il convient de ne pas négliger</i>	36
2.5.3. <i>Les constats qui précèdent justifient une approche incluant les enjeux économiques dans la définition du niveau de prélèvement à opérer au titre de l'assurance maladie</i>	39

3. LES MODALITÉS POUR UNE RÉFORME JUSTE ET SOUTENABLE: LES MODIFICATIONS À ENVISAGER PORTENT SUR TROIS QUESTIONS DIFFÉRENTES...39

3.1. Un niveau de prélèvement équitable et raisonné est à rechercher dans la mise en place de deux taux assis sur une assiette rénovée	39
3.1.1. <i>La mise en place de deux prélèvements spécifiques est nécessaire</i>	39
3.1.2. <i>Une modification de l'assiette servant au calcul des prélèvements doit être envisagée</i>	41
3.1.3. <i>La mission retient au final trois scénarios envisageables</i>	42
3.2. La création d'un mode d'affiliation spécifique doit conduire à revoir à la marge la répartition des compétences entre organismes de sécurité sociale	43
3.2.1. <i>L'hypothèse d'un transfert de la gestion des frontaliers indépendants et agricoles respectivement au RSI et à la MSA ne semble pas pertinente</i>	44
3.2.2. <i>Une meilleure répartition des compétences entre les CPAM et les URSSAF doit être envisagée</i>	45
3.3. La question sensible de la poursuite des soins en Suisse doit être clairement traitée.....	45
3.3.1. <i>La question de la poursuite des soins en Suisse est un sujet important pour de nombreux frontaliers</i>	45

3.3.2.	<i>Les dispositions de coordination communautaire applicables, parfois méconnues, semblent de nature à apaiser la plupart des craintes si elles sont bien appliquées.....</i>	<i>47</i>
3.3.3.	<i>Des dispositions transitoires n'en restent pas moins nécessaires, s'agissant de la continuité des soins entamés en Suisse</i>	<i>48</i>
4.	LA CONCRÉTISATION DE LA RÉFORME : L'INSTAURATION D'UNE PHASE TRANSITOIRE EST NÉCESSAIRE ET DOIT ÊTRE SOIGNEUSEMENT PRÉPARÉE	49
4.1.	La gestion au long cours des 153 000 frontaliers actuellement assurés auprès d'un opérateur privé ne devrait pas soulever de difficultés majeures	49
4.2.	En revanche, le changement total du système tel que proposé n'est pas possible à l'horizon du 1er juin 2014 : la réforme doit s'opérer en deux temps	49
4.2.1.	<i>Le basculement de la totalité des frontaliers concernés à une date unique paraît devoir être évité</i>	<i>49</i>
4.2.2.	<i>Les organismes de sécurité sociale ne garantissent pas pleinement être en posture de gérer dès le 1^{er} juin 2014 un nouveau « petit régime » propre aux frontaliers tel qu'il est proposé par la mission.....</i>	<i>50</i>
4.2.3.	<i>La mission préconise alors une mise en place de la réforme en deux temps.....</i>	<i>52</i>
4.3.	La réforme devra s'accompagner d'un gros effort de communication, de pilotage et de suivi.....	53
4.3.1.	<i>L'investissement dans une campagne de communication d'ensemble est indispensable à la réussite de la réforme</i>	<i>53</i>
4.3.2.	<i>La réforme doit être soigneusement pilotée par les autorités ministérielles, la CNAMTS et l'ACOSS.....</i>	<i>54</i>
4.3.3.	<i>Les autorités publiques pourraient porter une attention particulière aux quelques dizaines d'emplois des compagnies d'assurance et des mutuelles directement concernés par la réforme</i>	<i>54</i>
4.3.4.	<i>La connaissance des revenus par les DRFIP devra être fiabilisée pour l'ensemble des frontaliers</i>	<i>55</i>
	CONCLUSION.....	57

INTRODUCTION

Par lettre en date du 5 mars 2013, les ministres de l'économie et des finances, des affaires sociales et de la santé, et le ministre délégué au budget ont demandé aux chefs de l'IGAS et de l'IGF de conduire une mission sur l'intégration dans le droit commun de l'assurance maladie des travailleurs frontaliers résidant en France et travaillant en Suisse. La mission, composée de MM. Christian Decharrière et Jean-Marc Toubanc pour l'IGF, M. Julien Rousselon pour l'IGAS, a commencé ses travaux début mai 2013.

Le sujet qui lui a été soumis est identifié d'assez longue date, dans la mesure où est inscrite, dans le code de la sécurité sociale, la fin du droit d'option permettant aux frontaliers, lorsqu'ils décident de ne pas s'affilier au régime suisse d'assurance maladie (LAMal), d'opter soit pour une affiliation à la CMU de base, soit pour une assurance privée. Il s'agit ici de faire évoluer des dispositions héritées de l'histoire, à la lumière de nouveaux éléments de contexte et notamment de la possibilité aujourd'hui octroyée aux frontaliers travaillant en Suisse de s'affilier tant à la Sécurité sociale qu'en Suisse auprès de la LAMal. La question intéresse 169 000 personnes installées pour 98 % dans les six départements limitrophes de la Suisse et qui, pour 90 % d'entre elles, ont fait le choix de l'assurance privée pour des motifs financiers et parfois pour les facilités offertes en matière de soins en Suisse.

Le contexte est, en termes quantitatifs, celui d'une croissance rapide de ce flux transfrontalier, parmi les plus importants au niveau européen, avec par conséquent des implications économiques importantes tant pour la France que pour la Suisse. Qualitativement, le sujet est complexe, au carrefour du droit fiscal, du droit social et d'un droit communautaire subissant de surcroît des adaptations dans le cas de la relation avec la Suisse.

Pour répondre à la demande qui lui a été faite, la mission a souhaité disposer de l'information la plus large possible en prenant de nombreux contacts avec les services des ministères concernés et les grands organismes de sécurité sociale. Elle est allée sur le terrain rencontrer leurs structures territoriales, CPAM, URSSAF, DDFiP, ainsi que l'équipe dirigeante d'un hôpital de la zone frontalière. Elle a organisé plusieurs entretiens avec des acteurs de l'assurance santé des frontaliers (mutuelles, sociétés d'assurance, un courtier), ainsi que leurs organisations professionnelles. Elle a également organisé des entretiens avec les associations de frontaliers ainsi que quelques parlementaires des départements les plus concernés, et enfin, à Berne, des responsables de l'Office fédéral des assurances sociales.

Sur le plan de la méthodologie, la mission a jugé nécessaire d'analyser la réforme sous le quadruple aspect de l'équité, de l'opportunité de gestion, de l'analyse juridique et des enjeux économiques et budgétaires, dont notamment la comparaison avec la LAMal.

Elle a par ailleurs tenté de s'intéresser tant au schéma d'affiliation théorique à retenir, qu'à ses modalités de mise en œuvre transitoires et pérennes, sans oublier la dimension sanitaire du dossier.

Encadré 1 : Éléments de contexte

La qualité de « frontalier » :

Selon l'article premier du règlement communautaire n°883/2004, est reconnue la qualité de frontalier à « toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine ».

Les deux niveaux de dérogation en matière d'assurance maladie pour les frontaliers travaillant en Suisse :

Le principe prévalant dans l'UE est celui d'une affiliation dans le pays de travail pour tous les risques.

L'Accord UE-Suisse du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes, entré en vigueur en 2002, a toutefois prévu à titre dérogatoire que les travailleurs exerçant une activité professionnelle en Suisse et les titulaires de (seules) pensions suisses qui résident en France peuvent, à leur demande, être exemptés de l'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie s'ils prouvent qu'ils détiennent une couverture maladie en France dans les trois mois suivant le fait générateur du droit d'option : prise d'activité en Suisse (ou reprise d'activité après une période de chômage), prise de domicile en France ou passage à la retraite. Cette liberté quant au pays d'assurance n'est pas une spécificité française, la même situation prévalant pour les résidents allemands, autrichiens et italiens travaillant en Suisse. Le choix du pays d'assurance est, dans certains textes, qualifié d'irrévocable, même si diverses possibilités de rouvrir l'option existent dans les faits.

Ensuite, pour ceux des frontaliers ayant opté pour une couverture d'assurance maladie en France, l'article L 380-3-1 du code de la sécurité sociale français prévoit qu'ils sont affiliés obligatoirement à la sécurité sociale. Toutefois, ils bénéficient d'une possibilité de déroger à cette affiliation obligatoire, en recourant à une couverture santé dans le cadre d'un contrat privé auprès d'une compagnie d'assurance ou d'une mutuelle. Cette dérogation leur est seulement ouverte jusqu'au 1^{er} juin 2014.

Ainsi, l'« option » évoquée dans la lettre de mission, liée au choix possible, en France, entre assurance privée et sécurité sociale, s'analyse comme un deuxième niveau de dérogation, une « dérogation dans la dérogation » ou encore une « sous-option ».

Trois systèmes d'assurance maladie d'essence très différente

La CMU de base, modalité d'accueil des frontaliers à la Sécurité sociale, bien que plutôt destinée à des non-actifs (rentiers ou sans ressources), prévoit un prélèvement proportionnel aux revenus du frontalier, calculé à partir d'une cotisation assise sur le revenu fiscal de référence (moyennant des abattements). Elle assure la couverture des éventuels ayants droit.

L'assurance maladie suisse LAMal prévoit un prélèvement forfaitaire, indépendant du niveau des revenus, et adapté en conséquence selon le nombre et la qualité des bénéficiaires assurés par le contrat. Dans le cadre du remboursement des soins, une franchise annuelle est appliquée, ainsi qu'une participation de l'assuré aux frais jusqu'à un certain plafond.

L'assurance privée en France, avec des garanties hétérogènes selon les contrats, prévoit généralement un prélèvement forfaitaire, fixé selon l'âge de l'assuré, et adapté en conséquence selon le nombre et la qualité des bénéficiaires assurés par le contrat. Certaines assurances pratiquent la sélection des risques à l'entrée.

1. Les raisons de la réforme : l'intégration des frontaliers dans le droit commun de l'assurance maladie répond à au moins une triple exigence de sécurité juridique, d'équité et de maîtrise budgétaire

1.1. La suppression du droit d'opter pour une assurance privée se justifie au plan juridique

1.1.1. Le vide juridique ayant justifié la prise en charge des frontaliers par des assurances privées n'est plus d'actualité

1.1.1.1. *L'apparition des assurances privées dans les années 1960 s'est justifiée par le fait que les frontaliers ne pouvaient s'affilier aux systèmes français et suisse d'assurance santé*

Les associations de frontaliers rappellent que, dans les années 1950 et 1960, les frontaliers exerçant une activité en Suisse mais résidant en France étaient confrontés à un vide juridique dans la mesure où ni l'accès au système d'assurance santé suisse ni à celui de la sécurité sociale française ne leur étaient ouverts. En effet, l'adhésion à une caisse d'assurance maladie en Suisse était réservée aux personnes résidant sur le territoire helvétique alors que le régime général de la sécurité sociale en France était prévu, à l'époque, pour les seuls travailleurs en France et leurs ayant droits.

Dans ces conditions, les frontaliers, organisés en associations ou en groupements, ont cherché à mettre en place une réponse qui a pris la forme d'une couverture d'assurance santé privée, proposée par des compagnies d'assurance ou des mutuelles. Des contrats d'assurance de groupe ont même été concrétisés entre certaines associations et des sociétés d'assurance.

Ensuite, une première convention générale de sécurité sociale¹ a été conclue entre le Gouvernement de la République française et la Confédération suisse. Même si elle ne visait pas à mettre en place un dispositif complet de coordination des systèmes de sécurité sociale, elle a néanmoins eu pour mérite de fixer quelques premiers principes, tels que :

- ◆ le principe d'égalité de traitement sur le territoire des deux États ;
- ◆ le principe de soumission des travailleurs à la législation de leur pays d'emploi, même s'ils résident sur un autre territoire.

Toutefois, dans la mesure où, à cette époque, l'assurance maladie n'était toujours pas obligatoire en Suisse, les personnes frontalières travaillant en Suisse et résidant en France ont pu conserver une liberté dans le choix de leur couverture de santé, notamment en continuant à avoir recours à une assurance privée au premier euro.

Trois ans plus tard, en 1978, a été instauré en France le dispositif de l'assurance personnelle qui a permis l'accès à l'assurance maladie du régime général à l'ensemble des personnes résidant en France et non couvertes par un régime obligatoire. Même s'il s'adressait avant tout à ceux qui étaient sans activité professionnelle ou n'avaient aucune source de revenus, ce dispositif représentait aussi une première possibilité pour les frontaliers pour rejoindre le régime général de la sécurité sociale française. En effet, leur affiliation en Suisse demeurant facultative, ils répondaient aux critères de cette assurance personnelle.

¹ Convention bilatérale conclue entre la France et la Suisse le 3 juillet 1975.

Rapport

Néanmoins, malgré cette première adaptation du cadre juridique, peu nombreux sont les frontaliers qui ont rejoint le dispositif de l'assurance personnelle en France. Pourtant la cotisation résultant d'une adhésion à ce dernier demeurerait peu élevée, de l'ordre d'un peu moins de 2 000 € par an en 1999 et ce, quels que soient les revenus, étant précisé en outre qu'elle couvrirait tous les membres de la famille.

1.1.1.2. La création de la LAMal et de la CMU ainsi que la signature de l'accord du 21 juin 1999 entre l'UE et la Suisse ne justifient plus l'existence d'assurances privées au premier euro

◆ L'entrée en vigueur, en 1996, de la LAMal en Suisse

Le 1^{er} janvier 1996, est entrée en vigueur la loi fédérale suisse sur l'assurance maladie, votée le 18 mars 1994 (LAMal). Remplaçant une précédente loi datant de 1911, elle a eu pour principale caractéristique de rendre obligatoire l'assurance contre le risque maladie.

En l'absence d'une caisse unique relevant de l'État, l'ensemble des caisses privées suisses, au nombre de plusieurs dizaines, ont été soumises aux dispositions de cette nouvelle loi organisant l'assurance maladie en Suisse autour des quelques principes de fonctionnement suivants :

- les caisses sont tenues de prendre en charge le remboursement d'un ensemble de dépenses de soins médicaux et de pharmacie selon un panier de soins défini par la loi ;
- en retour, elles prélèvent une cotisation forfaitaire par tête de bénéficiaire, indépendamment du niveau des revenus, du sexe et de la tranche d'âge (un montant spécifique est toutefois prévu pour les mineurs et les jeunes adultes) ; pour les personnes de condition économique modeste, une réduction de primes est accordée² ;
- l'assurance couvre la maladie et la maternité en nature ; le risque accident est éventuellement couvert s'il n'est pas déjà pris en charge par une assurance accidents spécifique.

Cette assurance n'a toutefois eu un caractère obligatoire que pour les personnes résidant sur le territoire helvétique. En effet, la loi a prévu que les frontaliers exerçant une activité en Suisse pouvaient être soumis, à leur demande, à cette assurance et sous réserve qu'ils ne relèvent pas d'un autre régime obligatoire à l'étranger. Ainsi, malgré le principe de l'affiliation selon le pays d'emploi fixé par la convention franco-suisse de 1975, la Suisse n'a pas choisi de rendre obligatoire la LAMal pour les frontaliers.

◆ La signature de l'accord du 21 juin 1999 entre l'Union européenne et la Suisse sur la libre circulation des personnes

La Confédération helvétique a signé, le 21 juin 1999, avec l'Union européenne, sept accords bilatéraux portant sur la mise en place des libertés économiques garanties par le Traité de Rome entre les États membres de l'UE et la Suisse. L'un d'entre eux portait spécifiquement sur la libre circulation des personnes, avec un volet relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale entre pays³.

Reprenant l'essentiel de l'acquis communautaire, ce dernier volet a fixé les principes de détermination de la législation applicable aux frontaliers de l'UE travaillant en Suisse : ils sont obligatoirement affiliés au régime suisse LAMal pour leur couverture d'assurance santé.

² Selon l'Office fédéral des assurances sociales, que la mission a rencontrée à Berne, environ 20 % des assurés en Suisse bénéficieraient d'une réduction du montant de leurs primes.

³ Annexe II de l'accord du 21 juin 1999 sur la libre circulation des personnes.

Rapport

Toutefois, de façon dérogatoire, un droit d'option a été prévu dans l'annexe II de l'accord du 21 juin 1999 : les personnes travaillant en Suisse mais résidant dans un des pays dont la liste a été limitativement définie, peuvent demander à être exemptées de l'affiliation obligatoire à la LAMal si elles prouvent qu'elles bénéficient, dans ce pays, d'une couverture en cas de maladie. Les États désireux de faire bénéficier leurs résidents de cette clause dérogatoire devaient s'inscrire sur la liste *ad hoc* des pays concernés. A l'origine, la France n'avait pas demandé le bénéfice de ce droit d'option.

◆ La création de la couverture maladie universelle en France par la loi du 27 juillet 1999
Par ailleurs, la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a rendu obligatoire l'affiliation au régime général de la Sécurité sociale française pour toute personne résidant régulièrement en France et qui n'est pas déjà rattachée à un régime légal au titre d'une activité professionnelle ou de sa qualité d'ayant-droit. Dans la mesure où l'affiliation à la LAMal n'était pas, sur le plan du droit interne suisse, obligatoire pour les frontaliers, ils auraient pu relever du dispositif de la CMU.

Toutefois, l'article 8⁴ de cette loi en a exclu les frontaliers, ce qui pouvait se justifier par le fait que venait d'être signé l'accord du 21 juin 1999 UE-Suisse lequel imposait le principe de l'affiliation dans le pays d'emploi.

Les associations chargées de représenter les intérêts des frontaliers ont alors vivement manifesté le souhait, à l'époque, de pouvoir continuer à bénéficier d'une couverture de santé privée au premier euro.

Finalement, la réponse des pouvoirs publics s'est articulée en deux temps :

- d'une part, la France a demandé au comité mixte instauré dans le cadre de l'accord du 21 juin 1999, de pouvoir bénéficier, pour ses ressortissants frontaliers, du droit d'option entre système suisse et couverture de santé en France, demande qui a été accordée en 2003 et a conduit à une modification de l'accord du 21 juin 1999⁵ ;
- d'autre part, la loi française interne⁶ a été modifiée afin de prévoir, pour les frontaliers ayant opté pour la couverture de santé en France (dans le cadre du droit d'option conventionnel) leur affiliation obligatoire au régime général de la sécurité sociale ; il leur restait néanmoins possible, pour une période limitée à 7 ans, de recourir à un contrat d'assurance privée.

La loi n°2006/1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prolongé la phase transitoire d'une durée supplémentaire de 5 ans, soit jusqu'au 1^{er} juin 2014.

Dès lors, le vide juridique ayant conduit les frontaliers, à une époque déjà ancienne, à s'organiser une assurance santé privée sur mesure, n'est plus d'actualité. Le cadre juridique tant supranational que national leur offre désormais une double possibilité d'assurance santé, dans le cadre d'un droit d'option conventionnel, entre le système suisse LAMal et le régime général de la sécurité sociale.

⁴ Codifié à l'article L 380-3 du code de la sécurité sociale, l'article 8 de la loi portant création de la CMU exclut du dispositif «les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un État étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie, conformément à la législation de cet État, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français », ce qui vise clairement les frontaliers travaillant en Suisse.

⁵ Décision n°2/2003 du comité mixte UE-Suisse du 15 juillet 2003 portant modification de l'annexe II de l'accord du 21 juin 1999.

⁶ Article 18 de la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.

Rapport

En conséquence, le maintien d'une dérogation leur permettant de s'assurer, au premier euro, auprès d'un opérateur privé d'assurance, ne se justifie plus sur un plan juridique. Après une période transitoire de bientôt douze ans, il semble légitime d'intégrer définitivement, comme prévu, les frontaliers, ayant opté pour la couverture santé en France, dans la sécurité sociale française.

1.1.2. L'hypothèse d'une sanction du dispositif actuel pour cause d'inconstitutionnalité ne peut être écartée

1.1.2.1. Le Conseil constitutionnel ne s'est pas encore prononcé sur le caractère constitutionnel du dispositif dérogatoire actuel

L'article L 380-3-1 du code de la sécurité sociale, portant sur l'organisation du droit d'option national, précise que les personnes relevant de la catégorie des frontaliers⁷ et exemptées, dans le cadre de l'exercice du droit d'option conventionnel prévu par l'accord du 21 juin 1999, d'affiliation obligatoire au régime d'assurance maladie suisse, sont affiliées obligatoirement au régime général de la sécurité sociale en France.

Ensuite, le point IV du même article indique que les frontaliers, affiliés au régime général de la sécurité sociale française, sont exonérés de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Ils sont en revanche redevables d'une cotisation spécifique fixée en pourcentage du montant de leurs revenus.

Toutefois, ils peuvent demander que cette affiliation obligatoire au régime général français ne leur soit pas appliquée, ainsi qu'à leurs ayants droit, pendant une période transitoire devant se terminer initialement sept ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 (soit jusqu'au 1^{er} juin 2009), à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Une prorogation jusqu'au 1^{er} juin 2014 est intervenue depuis, comme indiqué dans le paragraphe précédent.

L'article du projet de loi prévoyant cette prolongation n'ayant pas fait l'objet d'une saisine spécifique du Conseil constitutionnel par des parlementaires, il n'est pas possible de déterminer si le dispositif est intégralement conforme aux principes posés par la Constitution française, en particulier au principe d'égalité devant la loi et les charges publiques.

Or, compte tenu de l'évolution du cadre juridique rappelé ci-dessus et, désormais, de l'absence de justification du maintien d'un dispositif aussi dérogatoire, la question du caractère constitutionnel de celui-ci se pose.

1.1.2.2. Une prorogation du dispositif d'assurance maladie privée pourrait être censurée par le Conseil constitutionnel

Le Conseil constitutionnel a déjà été amené à censurer un dispositif dérogatoire temporaire pour méconnaissance du principe d'égalité devant la loi et les charges publiques.

⁷ La catégorie des frontaliers comprend, au sens du droit communautaire tel que notamment défini par le règlement n°883/2004, trois catégories de personnes : 1-les personnes travaillant en Suisse et résidant en France ; 2-les titulaires d'unique pensions ou rentes suisses ; 3-les ayants-droits rattachés aux deux premières catégories de personnes.

Encadré 2 : Un exemple récent de censure du Conseil constitutionnel pour méconnaissance du principe d'égalité devant la loi et les charges publiques

La loi de finances n°2012-662 du 29 décembre 2012, en particulier les dispositions de son article 14, prorogeaient plusieurs mesures dérogatoires temporaires en matière d'imposition des successions sur le territoire corse :

- prorogation de cinq ans de la dérogation relative au délai ouvert pour les déclarations de succession comportant des immeubles ou droits immobiliers (passage de 6 à 24 mois) ;
- prorogation de trois ans de l'exonération du droit de 2,5 % applicable aux actes de partage de succession et les licitations de biens héréditaires ;
- prorogation de trois ans de l'exonération de toute perception au profit du Trésor public des procurations et attestations notariées après décès en vue du règlement d'une indivision successorale ;
- prorogation de cinq ans de l'extinction progressive du régime dérogatoire d'exonération des droits de mutation par décès sur les immeubles et droits immobiliers.

Or, par décision n°2012-662 DC du 29 décembre 2012, le Conseil constitutionnel a considéré que *« le maintien du régime fiscal dérogatoire applicable aux successions sur des immeubles situés dans les départements de Corse conduit à ce que, sans motif légitime, la transmission de ces immeubles puisse être dispensée du paiement de droits de mutation ; que la nouvelle prorogation de ce régime dérogatoire méconnaît le principe d'égalité devant la loi et les charges publiques ; que, par suite, l'article 14 doit être déclaré contraire à la Constitution »*.

Le Conseil constitutionnel juge en effet de manière constante que :

- ◆ le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit ;
- ◆ si l'article 13 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen n'interdit pas de faire supporter des charges particulières à certaines catégories de personnes pour un motif d'intérêt général, il ne doit pas en résulter de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques.

En d'autres termes, une différence de traitement entre deux catégories de personnes peut être, sur le plan constitutionnel, recevable si la loi qui institue la différence a poursuivi à ce titre un but d'intérêt général.

Au cas d'espèce, il apparaît que, par les dispositions de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 ayant instauré la CMU, le législateur a prévu que *« toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général [de la Sécurité sociale] lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité »*.

Comme il a été rappelé ci-dessus, la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 a prévu un dispositif dérogatoire, pendant douze ans, pour les personnes frontalières franco-suisse. Si l'existence de celui-ci a pu se justifier, jusqu'à cette date, pour des raisons tenant à la nécessité d'une transition progressive entre l'état antérieur du droit et le nouveau dispositif, le maintien, au-delà de douze ans, pourrait être perçu comme une prorogation exorbitante ou abusive, assimilable à une pérennisation de fait du système dérogatoire d'assurance privée.

Or, quel motif d'intérêt général pourrait justifier le fait que les frontaliers, ayant délibérément choisi d'être exemptés de l'assurance en Suisse pour une couverture en France, continuent de pouvoir s'assurer, au premier euro, auprès d'un opérateur privé alors que la totalité des autres résidents en France, quel que soit leur statut (salariés, indépendants, rentiers, etc.), sont soumis à une affiliation obligatoire au régime général ?

Rapport

Plus précisément, quel motif d'intérêt général pourrait justifier le fait qu'un retraité résidant en France et percevant une unique pension suisse puisse souscrire un contrat d'assurance santé au premier euro auprès d'un assureur privé alors que le retraité, résidant également en France, mais percevant en plus de sa pension suisse, une pension complémentaire française, soit obligatoirement affilié à la sécurité sociale française ?

Sur cette question, les expertises ne sont pas univoques. S'il semble effectivement possible de justifier l'existence d'un taux de cotisation spécifique aux frontaliers, compte tenu notamment des obligations de cotisations afférentes en Suisse, au titre de l'assurance accidents, ou des couvertures de risques légèrement différentes, il apparaît en revanche plus difficile de justifier, par un motif d'intérêt général, le principe même du dispositif dérogatoire à l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale.

Comme il est démontré dans la partie 1.2.3 du présent rapport, la différence de traitement entre frontaliers et non frontaliers entraîne, sur l'ensemble d'un cycle de vie, un déséquilibre évident en termes de niveau de prélèvement. Cette différence est donc constitutive d'une rupture, non seulement caractérisée mais aussi conséquente, de l'égalité devant les charges publiques, d'autant plus manifeste que le frontalier peut, à tout moment, sans conditions, rejoindre le régime général de la sécurité sociale.

En conséquence, la mission estime qu'en cas de nouvelle prorogation du dispositif dérogatoire actuel, le risque de censure de celui-ci par le Conseil constitutionnel ne peut être écarté.

1.1.2.3. L'exonération de CSG-CRDS dont bénéficient les frontaliers affiliés au régime général de la sécurité sociale pourrait être censurée par le Conseil constitutionnel

L'article 136-1 du code de la sécurité sociale fixe les conditions générales d'assujettissement à la contribution sociale généralisée (CSG) : d'une part être domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et, d'autre part, être à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Au cas d'espèce, il convient de relever que les frontaliers sont, dans la très grande majorité des cas, domiciliés en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, même s'ils peuvent au final être seulement imposés en Suisse, du fait notamment des dispositions de la convention fiscale franco-suisse⁸.

En revanche, les frontaliers actuellement assurés non seulement en Suisse, mais aussi auprès d'un assureur privé en France, ne sont pas, de fait, à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie. Dans ces conditions, il est possible de considérer qu'ils ne peuvent être soumis à la CSG et à la CRDS.

Seuls les frontaliers ayant fait le choix d'une affiliation au régime général de la sécurité sociale seraient susceptibles de remplir les conditions posées par l'article L 136-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois le point IV de l'article L 380-3-1 du même code les exonère expressément de ces deux taxes.

Dès lors, en cas de prolongation du droit d'option national ou de définition d'un nouveau régime pour les frontaliers ayant opté pour une couverture d'assurance maladie en France, le maintien d'une exonération telle que prévue par le IV de l'article L 380-3-1 pourrait encourir un risque de censure par le Conseil constitutionnel pour rupture de l'égalité devant les charges publiques.

⁸ Voir l'annexe 6 sur les questions fiscales.

Rapport

En effet, quel motif d'intérêt général pourrait justifier la différence de traitement entre une personne résidente en France et soumise à un régime obligatoire d'assurance maladie, du fait notamment des dispositions instaurant la CMU, et un frontalier ayant fait le choix d'une affiliation à la sécurité sociale française ?

Les expertises sollicitées par la mission confirment le risque d'inconstitutionnalité du maintien d'une exonération de la CSG-CRDS pour les frontaliers ayant opté pour le régime général de la sécurité sociale française. Elles ajoutent que la conformité à la Constitution d'une loi déjà promulguée peut être appréciée à l'occasion de l'examen des dispositions législatives qui la modifient, la complètent ou affectent son domaine.

Or, si le Conseil constitutionnel devait censurer l'exonération de cette double taxe, alors même que le dispositif d'assurance privée au premier euro est maintenu, le dispositif dérogatoire actuel deviendrait particulièrement discriminatoire puisqu'une partie de la population frontalière, ayant choisi de s'assurer dans le cadre d'un contrat d'assurance privé, serait soumise à un niveau de prélèvement bas et exonéré de toute CSG-CRDS alors que celle, affiliée au régime général de la Sécurité sociale, serait soumise à une cotisation plus lourde (8 % actuellement du revenu fiscal de référence) et à la double taxe CSG-CRDS. En effet, cette dernière catégorie d'assurés, déjà affiliée au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, ne peut choisir de s'assurer dans le cadre d'un contrat privé, conformément au point II de l'article L 380-3-1 du code de la sécurité sociale.

En conséquence, il existe deux risques d'inconstitutionnalité, l'un lié à une éventuelle prorogation de la faculté de souscrire des contrats privés au premier euro, l'autre à un maintien de l'exonération de CSG-CRDS. Ces risques ne peuvent, à ce stade, être écartés et justifient pleinement, sur le plan juridique, la remise en cause du dispositif dérogatoire actuel permettant une couverture, au premier euro, auprès d'une assurance santé privée.

1.1.3. La réouverture du droit d'option ne s'impose pas juridiquement

Aux termes de l'annexe II de l'accord du 21 juin 1999 précité, relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale, il est précisé que les personnes frontalières « *peuvent, à leur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des États suivants et qu'elles prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : l'Allemagne, l'Autriche, la France et l'Italie [...]; cette demande doit être déposée dans les trois mois qui suivent la survenance de l'obligation de s'assurer en Suisse [...]; [cette demande] vaut pour l'ensemble des membres de la famille résidant dans le même État* ».

L'accord ne précise pas les modalités de couverture du risque maladie dans l'État de résidence. En particulier, il n'indique pas que les personnes concernées doivent être couvertes par l'assurance obligatoire de leur État de résidence mais seulement qu'elles doivent bénéficier d'une couverture en cas de maladie dans cet État.

Le fait que cette disposition a pour seul objet de prévoir une exemption à l'affiliation obligatoire en Suisse, sans prévoir les modalités de couverture dans l'État de résidence, il y a lieu d'en déduire qu'en principe l'État de résidence dispose d'une marge de manœuvre concernant la fixation de ces modalités.

Plus précisément, le droit de sous-option, entre une assurance santé dans le cadre d'un contrat privé en France et l'affiliation au régime général de la Sécurité sociale, est seulement prévu par la loi française, à l'article L 380-3-1 du code de la sécurité sociale, et non pas par l'accord du 21 juin 1999 entre l'UE et la Suisse.

Rapport

Dès lors, ce droit de sous-option est spécifiquement national. A ce titre, dans un arrêt récent, le Conseil d'État a rappelé cette interprétation en précisant que l'accord du 21 juin 1999 précité n'a ni pour objet ni pour effet de régir les modalités de la sous-option nationale. Il indique précisément que les dispositions de l'article L 380-3-1 du code de la sécurité sociale « *qui fixent les conditions dans lesquelles, à titre transitoire, doit être assurée ... la couverture du risque maladie pour les travailleurs frontaliers exemptés d'une affiliation au régime suisse de sécurité sociale et qui choisissent de ne pas s'affilier au régime général français de sécurité sociale, ne peuvent être regardées comme prises pour l'application de l'accord du 21 juin 1999* »⁹.

En conséquence, la France peut modifier les dispositions afférentes à la sous-option, sans devoir, sur un plan juridique, consulter les autorités suisses ou européennes. Dans le cadre de ses investigations, la mission a d'ailleurs rencontré des représentants de l'Office fédéral des assurances sociales qui ont confirmé cette lecture de la question.

Par ailleurs, le droit national français n'impose pas davantage au législateur ou au gouvernement l'obligation de redonner aux travailleurs frontaliers ayant souscrit une assurance privée le choix de s'affilier au régime français ou au régime suisse à l'occasion de la suppression du droit national à sous-option. En effet, aucun principe constitutionnel ou principe général du droit, qu'il s'agisse de la liberté contractuelle, du principe d'égalité devant les charges publiques ou de la sécurité juridique, ne semble pouvoir être invoqué en l'espèce par la population frontalière en vue d'obtenir une réouverture du droit d'option dans le cadre de la disparition des assurances privées au 1^{er} juin 2014. En effet, le caractère temporaire du droit national de sous-option était connu dès son instauration en 2002, puis au moment de sa prorogation en 2006.

Dès lors la réouverture du droit d'option ne s'impose pas juridiquement. Néanmoins, si le législateur devait estimer, en opportunité, sur la base de considérations d'ordre politique, préférable de rouvrir celui-ci dans le cadre de la réforme, il conviendrait alors de solliciter officiellement l'accord des autorités communautaires et suisses. En effet, le droit d'option, entre régime français et régime suisse, ainsi que ses conditions d'exercice étant prévus par l'accord bilatéral UE-Suisse, la France ne pourrait agir seule. D'ailleurs les représentants de l'Office fédéral des assurances sociales suisses, que la mission a rencontrés à Berne, ont très explicitement mentionné la nécessité, dans cette hypothèse, d'une consultation officielle des autorités fédérales suisses.

1.2. Les principes de l'assurance privée n'assurent pas équité et solidarité au sein de la population frontalière et entre frontaliers et non-frontaliers

1.2.1. Les fondements de l'assurance santé privée diffèrent très largement des principes régissant le système de Sécurité sociale français

Les cotisations de Sécurité sociale dépendent du revenu et sont indépendantes de l'âge de l'assuré, et de sa situation de famille (l'affilié social sans ayants droit, ou le chef de famille nombreuse dont le conjoint est inactif, payent la même cotisation). Ces différentes caractéristiques impliquent une triple solidarité : verticale, entre hauts et bas revenus à situation de famille donnée, horizontale, entre célibataires et familles nombreuses, à revenu donné, intergénérationnelle enfin, les jeunes actifs payant autant que les personnes proches de la retraite, au risque moyen plus élevé (ce qui à l'échelle d'un cycle de vie revient d'ailleurs au même – sauf décès prématuré – que si chacun payait des cotisations croissantes au fil de sa vie active).

⁹ Voir arrêt du CE du 19 juin 2013, 10^{ème} et 9^{ème} sous-sections réunies.

Rapport

Or, l'assurance privée relève d'une logique diamétralement opposée : les cotisations maladie sont alors des primes d'assurance, calibrées dans une logique actuarielle d'estimation du risque associé. Elles sont par conséquent indépendantes du revenu, alors qu'elles varient selon l'âge et la situation de famille. Ainsi, le frontalier devra payer davantage si ses enfants ne peuvent être basculés sur la Sécurité sociale de son conjoint (dans le cas où celui-ci est inactif ou lui aussi frontalier), puisqu'à la prise en charge des enfants correspond un risque supplémentaire.

Aussi, bien que certains contrats soient homologués « responsables », aucun d'entre eux ne présente au final les caractéristiques de solidarité de la Sécurité sociale.

Un argument parfois avancé contre l'assurance privée est également l'existence d'un système à plusieurs vitesses, les assureurs proposant des gammes de contrats allant de formules « basiques » à des formules très haut de gamme, logiquement bien plus chères¹⁰. Toutefois, s'agissant des frontaliers travaillant en Suisse, les assureurs et mutuelles proposent des contrats dits « au premier euro » incluant à la fois l'équivalent de garanties dites « de base » et de garanties complémentaires. La différenciation des contrats se jouant en pratique sur ces dernières, on ne retrouve en fait que l'hétérogénéité des garanties complémentaires dont peuvent disposer les autres résidents français.

1.2.2. Le dispositif d'assurance maladie privée des frontaliers aboutit à une sélection des risques au détriment de la Sécurité sociale

1.2.2.1. Un certain nombre d'intervenants du marché pratiquent la sélection des risques

Dans le cas de la Sécurité sociale, la forme de solidarité la plus évidente à l'œuvre repose sur la solidarité entre malades et personnes en bonne santé, qui fonde a priori toute assurance maladie (basée sur la mutualisation des risques en santé).

Or, si les assureurs sont tenus de ne pas résilier un contrat en cours du fait d'une aggravation de l'état de santé de son titulaire¹¹, ils ont en revanche la possibilité d'imposer, à la souscription, des questionnaires de santé, voire des examens médicaux. Si le frontalier désirant souscrire le contrat est classifié comme « mauvais risque », il peut alors se voir appliquer une surprime (« risque aggravé »), ou tout simplement se voir opposer un refus d'adhésion. Une partie de la population frontalière (les « mauvais risques ») est par conséquent rejetée vers la Sécurité sociale, là où les bons risques ont accès à l'assurance privée, lui permettant de pratiquer des tarifs d'autant plus attractifs (la sinistralité des portefeuilles s'en trouvant amoindrie).

L'étude de la prévalence des affections de longue durée (ALD) s'avère à cet égard éclairante : les statistiques transmises à la mission par la CNAMTS indiquent que, pour une population du régime général de même pyramide des âges et de même profil par sexe que les frontaliers travaillant en Suisse, le taux moyen d'ALD s'établirait à 1,78 %. Or, les statistiques transmises à la mission par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) du Doubs, du Haut-Rhin et de Haute-Savoie montrent que ces trois caisses comptent en moyenne 25,2 % d'affiliés frontaliers en ALD au sein du petit régime CMU « 801 »¹².

¹⁰ Voir l'annexe 3 pour de plus amples détails.

¹¹ Voir, par exemple, le dernier alinéa de l'article L. 113-4 du code des assurances.

¹² Voir les détails méthodologiques sous-jacents à ce chiffre dans l'annexe 3, partie 4.3.1.

Rapport

Certes, les différentes mutuelles avec lesquelles la mission a été en contact ne pratiquent aucune sélection des risques, contrairement aux assureurs membres de la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA). Elles ne représentent toutefois qu'environ un sixième du marché et pallient parfois l'absence de procédure de sélection en tant que telle par le recours à des barrières plus indirectes, telle que la limite d'âge à la souscription.

De plus, les mutuelles n'en bénéficient pas moins, tout comme les assureurs, d'un transfert de charge mécanique au détriment de l'assurance maladie, du simple fait de la législation.

1.2.2.2. La clientèle des assurances privées présente une pyramide des âges tronquée compte tenu de la rareté des retraités et de la surreprésentation des plus jeunes

Tout résident en France percevant une pension de retraite mensuelle (par opposition au versement forfaitaire unique) est éligible à la Sécurité sociale et n'a donc pas vocation à être couvert par l'assurance privée. Or, l'immense majorité des actuels frontaliers retraités ont cotisé durant au moins quelques années en France (compte tenu du caractère assez récent de la montée en puissance du phénomène frontalier) et se retrouvent donc pleinement affiliés à la Sécurité sociale lors de la liquidation de leur retraite.

Ainsi le frontalier n'ayant cotisé que quelques années en France et ayant bénéficié de tarifs adaptés à son âge durant la quasi-totalité de sa vie active, sera ensuite pris en charge par la Sécurité sociale au moment de sa retraite, c'est-à-dire au moment où son risque est le plus coûteux pour la collectivité.

A l'inverse, la Sécurité sociale doit intégrer le coût des prestations associées aux retraités dans les taux de cotisations applicables aux actifs¹³, ce dont l'assurance privée peut faire abstraction.

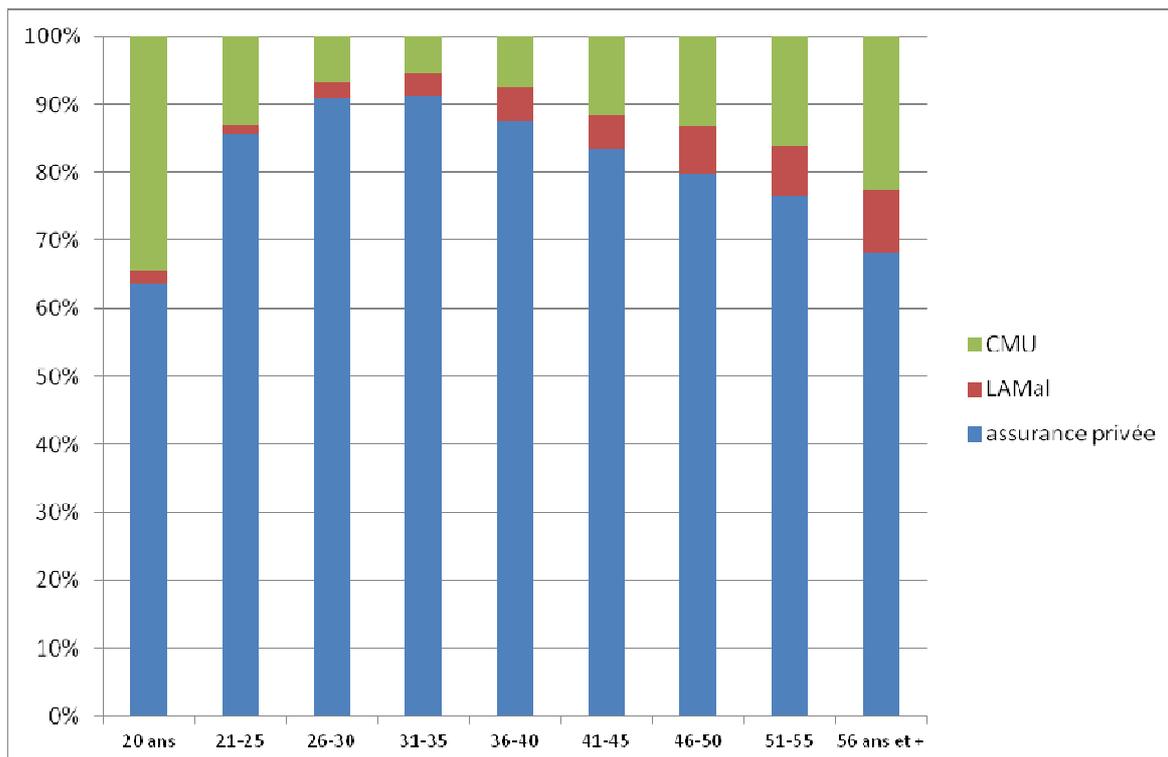
Les chiffrages de la population retraitée éligible au droit d'option, tels qu'ils sont étayés dans les annexes 3 et 5, établissent ainsi à 8 000 le nombre de retraités titulaires du droit d'option, sur un total de 169 000 individus éligibles au droit d'option. Il en résulte un taux d'à peine 4,7 % de retraités sur l'ensemble de cette population, pour une proportion au sein de la population française de près d'un tiers¹⁴.

De plus, le choix du système n'est pas le même selon l'âge, avec un recours nettement moindre à l'assurance privée pour les frontaliers se rapprochant de l'âge de la retraite. Le graphique ci-dessous en donne une illustration.

¹³ Particulièrement compte tenu de la quasi-absence de cotisation des retraités (si ce n'est 1 % sur leurs éventuelles retraites complémentaires, et via la CSG).

¹⁴ Selon le 11^e rapport du COR adopté le 19 décembre 2012 (*Retraites : perspectives 2020, 2040 et 2060*), le nombre de personnes actives rapporté au nombre de personnes inactives de 60 ans et plus s'établissait à 2,1 en 2010.

Graphique 1 : Le lien entre âge et choix du système



Source : CPAM de Haute-Savoie (champ : frontaliers travaillant dans le canton de Genève, ayant exercé leur droit d'option en 2012).

1.2.2.3. Les assurances privées n'ont structurellement que peu de maladies graves à charge, les frontaliers étant par définition des actifs

La population frontalière est structurellement, à l'exception des quelques milliers de titulaires de pensions suisses déjà évoqués, une population active, d'une certaine manière plus active même qu'au sens français du terme (durée hebdomadaire du travail plus forte, droits à congés plus réduits, temps de trajet). La population gravement malade est donc mécaniquement absente des portefeuilles des assureurs, dans la mesure où, après un certain délai, elle perdra son emploi en Suisse, ou y renoncera d'elle-même, d'où une perte de la qualité de frontalier.

A l'inverse, la population couverte par la Sécurité sociale en France comprend des invalides ou des personnes gravement malades, le cas échéant des anciens frontaliers. Dès lors, l'interdiction faite aux assureurs de résilier les contrats pour cause d'aggravation de l'état de santé est en grande partie atténuée par les caractéristiques du marché du travail (avec, qui plus est, un code du travail plutôt moins protecteur en Suisse), qui vont aboutir au basculement « naturel » du frontalier gravement malade sous le droit social français. Ceci tire à nouveau vers le bas les tarifs praticables par les assureurs et mutuelles et, plus marginalement, vers le haut ceux de la Sécurité sociale.

1.2.2.4. La sécurité sociale reçoit peu de cotisations mais couvre beaucoup d'ayants-droit

Par ailleurs, tout actif en France peut faire bénéficier ses ayants droit, et donc notamment ses enfants, de sa couverture par la Sécurité sociale. Ainsi, dans le cas de couples comptant un actif frontalier et un actif non-frontalier, l'intérêt du ménage est d'enregistrer les enfants comme ayants droit de la couverture acquise par le conjoint du frontalier au régime général de la Sécurité sociale (ce que certains assureurs privés rendent d'ailleurs explicitement obligatoire). Le frontalier pourra alors se voir tarifer une couverture similaire à celle d'un célibataire, grâce à la prise en charge de ses enfants à titre gratuit par la Sécurité sociale française. Il peut ainsi bénéficier pour lui-même de la logique du système d'assurance privée, tout en usant de la solidarité offerte par la Sécurité sociale s'agissant, par exemple, d'un enfant gravement malade.

Tableau 1 : La surreprésentation, au sein de la CMU, des frontaliers ayant beaucoup d'ayants droit

Population	Petit régime 801 de la CMU ¹⁵ (CPAM du Doubs, du Haut-Rhin et de Haute-Savoie)	Chiffres FFSA	Chiffres des mutuelles
Nombre d'ayants droit pour 100 assurés	90,5	36	Entre 17 et 25

Source : CPAM, FFSA, Mutuelles.

La Sécurité sociale française doit ainsi prendre en charge la plupart des enfants de frontaliers, alors qu'une bonne partie de l'assiette des revenus frontaliers lui échappe, ce qui alourdit la charge de financement pour le reste de la population assurée. Le faible effectif des frontaliers travaillant en Suisse rapporté à l'ensemble de la population active française permet de relativiser le poids de cette charge.

1.2.3. Le système dérogatoire actuel génère une rente, infondée en équité, au profit des souscripteurs d'assurances privées

Des diverses asymétries précédentes découlent d'importantes différences de niveaux moyens de prestations et donc de cotisations entre Sécurité sociale et assurance privée. Les développements de l'annexe 5 (paragraphe 1.5.2), évoquent la confrontation des chiffres moyens de la CNAMTS et des statistiques de sinistralité d'une mutuelle assurant les frontaliers.

Les dépenses moyennes annuelles par bénéficiaire illustrent cette différence de profil sanitaire. En effet, en raisonnant sur le total des dépenses d'honoraires privés (actes de médecins libéraux) et de pharmacie, la dépense moyenne par bénéficiaire consommant s'élève, dans les CPAM frontalières (échantillon : Doubs, Haut-Rhin, Haute-Savoie) à 488 € sur l'ensemble de la population couverte de 20 à 60 ans, mais à 685 € pour les seuls bénéficiaires de même âge du petit régime 801 de la CMU, qui compte dans ces départements plus de 90 % de frontaliers. Ceci représente un écart de 40 % entre la minorité de frontaliers assurés à la Sécurité sociale et la population générale, et encore compare-t-on à une moyenne générale elle-même légèrement tirée vers le haut, dans ces départements, par les frontaliers.

A cet effet lié aux différences de risques des portefeuilles assurés par chacun des deux systèmes, s'ajoute le lien entre cotisation de Sécurité sociale et revenu, qui joue ici à plein dans la mesure où la population frontalière, rémunérée sur la base de l'échelle des salaires suisses (2,5 fois, en moyenne, les salaires français), apparaît dans le contexte français comme une population plutôt aisée.

¹⁵ Il s'agit du petit régime des CPAM qui héberge la quasi-totalité des frontaliers ayant choisi une affiliation à la Sécurité sociale.

Rapport

Il en résulte au global un très fort différentiel de coûts, comme l'établit le tableau suivant, sur la base des formules privées d'entrée de gamme¹⁶, dans le cas d'un célibataire salarié disposant d'un revenu frontalier annuel de 41 500 €¹⁷. Encore faut-il souligner que le coût de l'assurance privée englobe au moins en partie le coût d'une garantie complémentaire, non compris dans la cotisation de sécurité sociale¹⁸.

Tableau 2 : Coûts mensuels (€) de l'assurance privée et de la CMU pour un frontalier célibataire à revenu moyen

Tranches d'âge	0-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	> 70 ans
Prime d'assurance moyenne	62,0	81,9	86,4	95,1	105,5	117,1	129,7	143,2	158,5	177,8	197,0	199,8	226,1
Cotisation CMU	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3

Source : Assureurs et mutuelles concernés, calculs mission.

Évidemment, la différence de coût est largement accrue dans le cas d'un revenu fiscal de référence de 116 000 € (moyenne du 10^e décile pour les actifs frontaliers isolés).

Tableau 3 : Coûts mensuels (€) de l'assurance privée et de la CMU pour un frontalier célibataire à hauts revenus

Tranches d'âge	0-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	> 70 ans
Prime d'assurance moyenne	62,0	81,9	86,4	95,1	105,5	117,1	129,7	143,2	158,5	177,8	197,0	199,8	226,1
Cotisation CMU	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0	711,0

Source : Assureurs et mutuelles concernés, calculs mission.

La différence de coût est en revanche inversée, en faveur de la Sécurité sociale, dans le cas d'un revenu frontalier annuel moyen inchangé à 41 500 €, mais avec un conjoint de même âge et deux enfants à charge (en négligeant toutefois l'existence de « tarifs couples » chez certains assureurs).

¹⁶ Chiffrage sur la base de 6 grilles tarifaires transmises à la mission par des acteurs importants du marché, dont sont seules 5 grilles ont été prises en compte dans le cadre de l'annexe 5, du fait d'un cas de transmission très tardive. Les résultats obtenus sont toutefois du même ordre de grandeur, ce qui témoigne d'une certaine robustesse de l'évaluation.

¹⁷ Moyenne des 5^e et 6^e déciles pour les salariés frontaliers célibataires ou dont le conjoint est inactif. Voir annexe 2 sur les revenus de la population frontalière par déciles.

¹⁸ Voir annexe 3.

Rapport

Tableau 4 : Coûts mensuels (€) de l'assurance privée et de la CMU pour un frontalier avec trois ayants droit et avec un revenu moyen

Tranches d'âge	0-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	> 70 ans
Prime d'assurance moyenne	248,0 ¹⁹	287,8	296,8	314,2	335,0	358,2	383,4	410,4	441,0	479,6	518,0	523,6	576,2
Cotisation CMU	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3	214,3

Source : Assureurs et mutuelles concernés, calculs mission.

Pour cet exemple de situation de famille, la différence de coût restera en revanche incitative à l'assurance privée si le frontalier, quel que soit son âge, gagne non pas 41 500 €, mais plus de 95 800 €.

En outre, il peut être intéressant d'extrapoler cette comparaison sur l'ensemble d'un cycle de vie d'un frontalier. Dans le cas d'un salarié n'ayant travaillé que 5 ans en France entre 22 et 27 ans, et ayant en moyenne perçu un revenu fiscal de référence de 41 500 euros au cours de sa vie active en Suisse, entre ses 28 et 65 ans, la mission a chiffré le gain retiré des passages d'un système d'assurance maladie à l'autre. Les hypothèses retenues sont les suivantes :

- ◆ l'évolution des revenus du frontalier a correspondu au profil des salaires par âge en Suisse, tel que retracé par l'Office fédéral de la statistique²⁰ (la moyenne inter temporelle étant calée au cas moyen de 41 500 euros annuels) ;
- ◆ ses cotisations auprès de l'assurance privée ont suivi les montants moyens indiqués ci-dessus (dans le cas des formules d'entrée de gamme) ;
- ◆ le taux moyen d'actualisation/capitalisation à appliquer sur la période s'élève à 2 %.

Par comparaison avec les cotisations qui auraient dû être acquittées selon les modalités actuellement applicables au titre de la CMU, le gain retiré par ce frontalier de la dérogation au monopole de la sécurité sociale se chiffre alors à 51 400 €.

Pour un revenu fiscal de référence moyen de 116 000 €, ce chiffre monte à 393 900 €, soit une « rente » tout à fait considérable. Encore s'agit-il d'une comparaison avec les actuelles modalités de calcul de la cotisation CMU, assez favorables du fait de l'abattement d'assiette de 9 356 € et d'un taux inférieur au cumul des parts employeur et employé de la cotisation du régime de droit commun pour les salariés.

1.2.4. D'autres enjeux d'équité peuvent également être invoqués

La constante croissance du nombre des frontaliers depuis 2002, soit + 65 % fin 2012, à peine ralentie en 2008 et 2009, constitue certes une toile de fond très positive pour les six départements limitrophes de la Suisse ; le chômage y est contenu plus aisément, les revenus perçus en Suisse contribuent fortement à l'économie locale, avec un taux de change du franc suisse actuellement très élevé face à l'euro. Pour autant, sur le terrain de l'économie, certains acteurs, du monde de l'entreprise notamment, constatent quelques effets moins positifs de leur point de vue.

¹⁹ Cas de figure évidemment fort peu probable.

²⁰ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/data/01/06_01.html.

Ainsi, en 2012, l'Union des Industries Métallurgiques et Minières (UIMM) de Franche-Comté s'est publiquement émue de l'excessive attraction des salaires suisses sur la main d'œuvre, et notamment la plus qualifiée, de ses ressortissants, un nombre significatif d'entreprises rencontrant des difficultés consécutives d'embauche ; elle s'en inquiétait d'autant plus que cette concurrence est vouée à s'accroître, avec la perspective établie de voir se créer plus de 5 000 emplois dans l'horlogerie et la bijouterie suisses, à proximité immédiate de la frontière, et à horizon 2018. Dans la même région, la concurrence suisse est également ressentie fortement pour les personnels infirmiers formés dans notre pays et assez vite attirés par les avantages de la Confédération.

En Haute-Savoie, des constats identiques d'une « aspiration de main d'œuvre » ont été soulignés pour des secteurs divers : industrie, hôtellerie-restauration, bâtiment, services sanitaires et services bancaires et financiers, générant des « obstacles à la croissance » en France. Le différentiel de salaire y est même dépeint comme étant à l'origine de la crise du décolletage et de la mécanique de précision.

Soutenue bien sûr par le taux de change, l'attractivité des salaires suisses est aussi liée aux prélèvements obligatoires moins élevés de l'autre côté de la frontière ; s'agissant plus précisément de l'assurance maladie des frontaliers, le constat s'établit assez facilement si l'on compte la cotisation maladie employeur et employé et la CSG pour sa part affectée aux régimes d'assurance maladie, soit au total près de 19 %, face à une modeste cotisation d'assurance privée de l'ordre de 150 €. La Suisse trouve donc bien un avantage compétitif dans la faculté actuelle d'assurance maladie privée, point qui mérite d'être souligné, tout en sachant que l'objectif ne peut être, pour le Gouvernement, de compenser pleinement, ou même largement, le différentiel d'attractivité salariale, sans intégrer tous les autres paramètres indispensables, y compris dans le champ de l'économie locale (cf. partie 2.5).

Sur cette thématique également, certains acteurs rencontrés ont signalé à la mission la problématique de l'indemnisation du chômage ; en effet, le frontalier qui perd son emploi sera indemnisé par Pôle Emploi et sur la base de son salaire suisse, alors que les cotisations payées en Suisse ne sont plus reversées à la France depuis 2010 et que le régime suisse, depuis fin mars 2012, ne rembourse au régime français d'assurance chômage que cinq mois de chômage. C'est un autre avantage pour l'économie suisse qui mérite d'être signalé.

1.3. L'intégration des frontaliers dans le droit commun de l'assurance maladie permettra une plus grande maîtrise budgétaire et une meilleure répartition des coûts

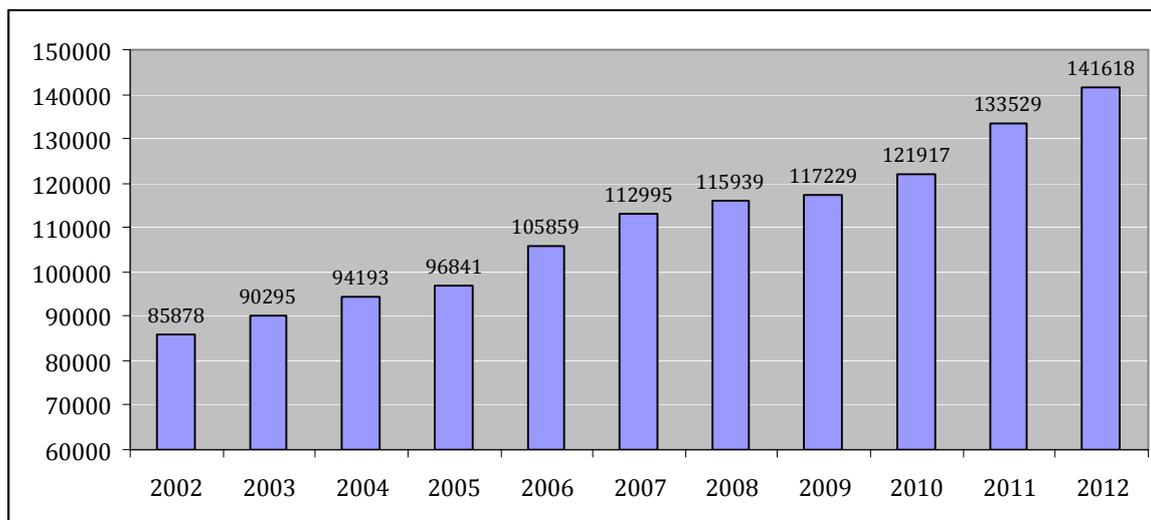
1.3.1. La population frontalière est de plus en plus nombreuse et gagne en moyenne 2,5 fois plus que la population active en France

1.3.1.1. Le nombre de travailleurs frontaliers franco-suisses s'est accru d'environ 65 % au cours des 10 dernières années

Alors que la Suisse comptait, en 2002, environ 86 000 travailleurs frontaliers étrangers, de nationalité non suisse, résidant en France, ils étaient, à la fin de l'année 2012, environ 141 600, soit une hausse cumulée de 65 % en 10 ans.

Rapport

Graphique 2 : Évolution du nombre de personnes n'ayant pas la nationalité suisse, occupant une activité lucrative en Suisse et résidant en France



Source : Office fédéral de la statistique suisse.

Cet accroissement important de la population frontalière en Suisse est directement lié à l'entrée en vigueur, en 2002, de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes. En effet, au cours de la décennie précédente, l'effectif des travailleurs avait été plus stable.

Outre l'évolution du cadre juridique lié à l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, cette hausse continue du nombre de frontaliers peut s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que :

- ◆ un taux de chômage particulièrement bas en Suisse comparativement à celui de la France, évalué, à la fin 2012, à 3,3 % selon le secrétariat d'état à l'économie suisse ;
- ◆ un taux de change Euro-suisse très favorable aux frontaliers ; ainsi, de janvier 2010 à janvier 2013, le revenu des frontaliers a augmenté, du seul fait d'un taux de change favorable, d'environ 21 % ;
- ◆ un coût de la vie, notamment sur le plan de l'immobilier, qui incite les travailleurs en Suisse à continuer à résider en France, ou à s'y installer.

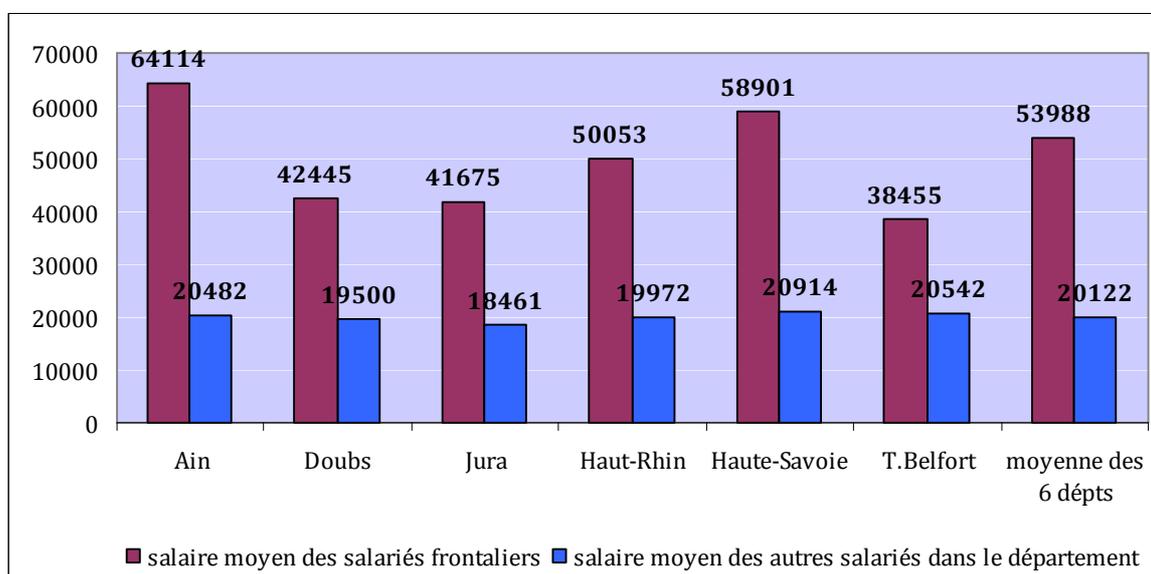
Même s'il est difficile de faire des pronostics sur l'évolution du nombre de frontaliers dans les années à venir, il semble qu'au moins certains des facteurs ayant contribué à une hausse importante de la population frontalière devraient demeurer d'actualité.

1.3.1.2. Les salariés frontaliers des 6 départements frontaliers gagnent en moyenne 2,5 fois plus que les autres salariés de ces mêmes départements

A partir des données communiquées par la DGFIP²¹, il a été possible de comparer les salaires moyens des travailleurs frontaliers résidant en France avec ceux perçus par les autres salariés des mêmes départements. Il en ressort qu'en moyenne sur les six principaux départements, regroupant 98 % de la population frontalière franco-suisse, les salaires des frontaliers sont plus de 2,5 fois plus élevés que ceux des autres salariés, soit 53 988 € pour les premiers contre 20 122 € pour les seconds.

Cet écart très significatif peut même être encore plus important, notamment sur le département de l'Ain où les frontaliers gagnent plus de trois fois le salaire moyen du travailleur en France sur ce même département.

Graphique 3 : Salaires annuels moyens des frontaliers et des autres salariés (en €) dans les six principaux départements frontaliers



Source : Données DGFIP sur les revenus de l'année 2011.

L'étude des revenus médians confirme les écarts significatifs repérés entre le revenu moyen des salariés frontaliers et celui des autres salariés, ceux-ci ne se justifiant donc pas seulement par l'existence de quelques très hauts revenus. Alors que seulement 6 % des salariés en France gagnent un salaire mensuel de plus de 4 000 €, ils sont en moyenne 50 % des salariés frontaliers à percevoir un salaire aussi élevé.

²¹ Les revenus perçus en Suisse sont imposés soit en France, soit à la source en Suisse (ceci selon le canton et le statut salariés/indépendant), mais doivent être déclarés dans tous les cas au fisc français.

1.3.2. Compte tenu du poids de la population frontalière tant en nombre qu'en niveau de revenus, sa réintégration à l'assurance maladie devrait permettre un gain non négligeable pour la Sécurité sociale

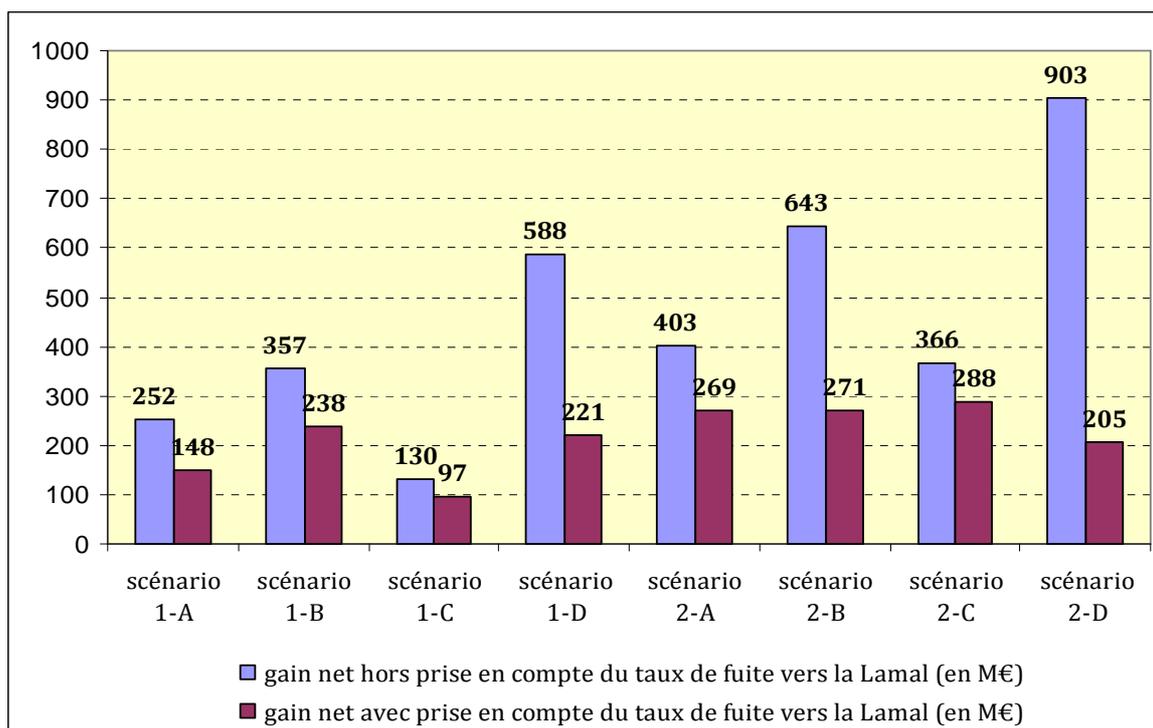
Comme analysé dans la partie 1.2 ci-dessus, les assurances privées supportent globalement des dépenses de santé moindres du fait :

- ◆ d'une sélection des risques pour un certain nombre d'assureurs ;
- ◆ d'une pyramide des âges plus jeune, les retraités étant largement plus rares au sein de la population assurée auprès d'un opérateur privé ;
- ◆ d'un nombre d'ayants-droit plus faible ;
- ◆ d'un nombre de personnes en bonne santé structurellement plus élevé.

Dans ces conditions, et eu égard à des revenus de la population frontalière largement supérieurs à ceux des actifs travaillant en France, l'intégration des frontaliers dans le droit commun de l'assurance maladie conduira à un gain significatif pour les finances de la sécurité sociale et ce, quel que soit le scénario envisagé.

Dans l'annexe 5 du présent rapport, la mission a analysé l'impact de huit scénarios selon des niveaux de prélèvement différents. Il apparaît que dans toutes les hypothèses, même en tenant compte du taux de fuite vers le système d'assurance santé suisse, le gain net pour les finances de la sécurité sociale demeure toujours positif (la mission a estimé le taux de fuite sur la base du raisonnement suivant : dès que le système LAMal devient financièrement plus compétitif pour l'un des déciles de chacune des treize catégories de frontaliers distinguées dans l'annexe 5, les personnes de ce décile quittent la Sécurité sociale dès qu'elles le peuvent).

Graphique 4 : Comparaison des gains nets pour l'État selon les huit scénarios analysés²²



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Le scénario 1-A présenté dans le graphique ci-dessus correspond à un scénario de calcul des cotisations sur la base des modalités actuelles applicables au calcul des cotisations des frontaliers ayant opté pour une affiliation à la sécurité sociale, soit un taux de 8 % assis sur le revenu fiscal de référence, lorsque ce dernier dépasse le seuil de 9 356 €. Pour ce scénario, le gain net pour la sécurité sociale, c'est-à-dire la différence entre, d'une part, le montant brut des cotisations des frontaliers basculant, au 1^{er} juin 2014, à la sécurité sociale et, d'autre part, le coût des prestations pour l'ensemble de ces nouveaux frontaliers (leurs dépenses de santé annuelles), serait de 252 millions d'euros. S'il était tenu compte du risque de fuite potentielle d'un certain nombre de ces frontaliers vers le système suisse LAMal, le gain net serait de 148 millions d'euros.

Même dans l'hypothèse d'un scénario extrêmement favorable aux frontaliers en termes de niveau de prélèvement (scénario 1-B avec un taux de 6 % du revenu fiscal de référence et l'abattement de 9 356 €) – qui n'est pas préconisé par la mission –, le gain net pour les finances de la sécurité sociale, avec ou non prise en compte du taux de fuite vers la LAMal, demeure largement positif, respectivement 130 et 97 millions d'euros.

Le basculement de l'ensemble des frontaliers, assurés jusqu'à présent dans le cadre d'un contrat d'assurance santé privé, permettra ainsi au final de mieux répartir les dépenses de santé :

- ♦ au sein de la population frontalière, entre les personnes bien portantes et les autres, entre jeunes et moins jeunes, entre les chargés de famille et les célibataires ;

²² Les quatre premiers scénarios (scénarios de type 1) correspondent à des calculs de cotisations sur la base du revenu fiscal de référence : scénario 1-A : taux de 8 % avec abattement de 9 356 € ; scénario 1-B : taux de 8 % sans abattement ; scénario 1-C : taux de 6 % avec abattement de 9 356 € ; scénario 1-D : taux de 13,5 % avec abattement de 9 356 € ; les 4 scénarios suivants (scénarios de type 2) correspondent à des calculs de cotisations sur la base du salaire ou revenu professionnel ; scénario 2-A : taux de 8 % sans abattement et sans plafond sur l'assiette ; scénario 2-B : taux de 11 % sans abattement et sans plafond sur l'assiette ; scénario 2-C : taux de 8 % sans abattement, avec un plafond sur l'assiette de 111 096 € ; scénario 2-D : taux de 14,25 % sans abattement et sans plafond sur l'assiette. Voir l'annexe 5 pour de plus amples détails.

- ◆ au sein de l'ensemble de la population en France, entre frontaliers et non frontaliers.

1.4. La fin de l'assurance santé privée au premier euro mettrait fin à certains effets pervers en matière d'offres de soins et d'accès aux soins

1.4.1. Le recours à l'assurance privée entraîne un problème de connaissance statistique de la consommation et de l'offre de soins en zone frontalière

La consultation médicale du frontalier assuré en France auprès d'une assurance privée ne transite pas par les circuits financiers de l'assurance maladie ; elle n'est donc pas répertoriée par les outils statistiques habituels d'analyse de la consommation de soins. Ainsi, les médecins d'Annemasse ont fait remonter la question de la sous-évaluation de leur activité dans le cadre de la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ; selon l'ARS dans cette ville des médecins recevraient des visites programmées, durant leurs heures de garde.

Il est d'autant plus crucial de fiabiliser, a minima, la connaissance des soins reçus auprès des praticiens de ville établis en France, que s'ajoute de surcroît, en zone frontalière, le problème de l'identification de la libre prestation de service depuis la Suisse²³ : l'exemple des sages-femmes est souvent cité (par la CNAMTS, par l'ARS de Rhône-Alpes), dans la mesure où dans ce domaine les professionnel(le)s libérales suisses exercent davantage à domicile, ce qui conduit certains ménages proches de la frontière à faire appel à elles.

1.4.2. Le recours à l'assurance privée suscite une dérive des tarifs

La situation actuelle est celle d'une liberté des médecins de ville en matière de surfacturations d'honoraires vis-à-vis des frontaliers disposant d'une assurance privée. A ce titre, divers interlocuteurs (CPAM de Haute-Savoie, une mutuelle) ont mentionné des niveaux de l'ordre de 30 à 35 € pour la consultation chez le médecin généraliste, en lieu et place de 23 €. En effet, l'assurance maladie n'est pas en mesure de contrôler le respect des tarifs conventionnés, par des praticiens pourtant inscrits comme conventionnés et bénéficiant des aides financières correspondantes.

Cette réalité de tarifs non conventionnels a d'ailleurs déjà conduit la caisse suisse, compétente pour les risques accidents, à une adaptation de ses procédures : elle ne rembourse plus directement les professionnels de santé français, mais passe par les CPAM qui font l'avance, ce qui permet ainsi à l'assurance accidents suisse une meilleure maîtrise du coût des soins en France.

Un problème analogue se pose dans le cadre hospitalier, hausse des tarifs qui se conjugue alors avec des problèmes de recouvrement (voir l'annexe 4, partie 2.2).

²³ Selon l'information diffusée par la CNAMTS à son réseau le 6 septembre 2012 : « l'article L 4112-7 du code de la santé publique indique que le médecin, le praticien de l'art dentaire ou la sage femme peut exercer de manière temporaire et occasionnelle sans être inscrit au tableau de l'ordre correspondant. Ce texte transpose la directive n°2005/36 sur les qualifications professionnelles mais ne visait pas la Suisse. Or, celle-ci a été transposée dans la relation UE-Suisse par le biais du comité mixte du 30 septembre 2011 et l'entrée en vigueur du titre II de cette directive (libre prestation de services) s'applique à la date de publication de la décision, soit le 30 septembre 2011. En conséquence, la prise en charge de soins à domicile par des professionnels de santé prestataires suisses exerçant en France est possible. Le professionnel de santé qui exerce temporairement en France dans le cadre de la libre circulation de services doit être remboursé sur la base de la législation du pays de séjour qui se trouve être l'État compétent. La tarification doit donc se faire selon les tarifs français en vigueur et en aucun cas selon ceux de l'État de résidence du professionnel de santé ».

1.4.3. Le recours à l'assurance privée génère certains problèmes de continuité des soins ou de leur prise en charge

En matière de prévention tout d'abord, les frontaliers souscripteurs de contrats d'assurance-maladie privée sont inconnus de l'assurance maladie et ne sont ainsi pas couverts par les divers programmes de prévention publics : l'exemple des programmes de dépistage de cancers a été cité par la directrice de l'ARS de Franche-Comté, la CPAM de Haute-Savoie mentionnant de son côté l'absence d'accès à des programmes CNAMTS tels que PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile) ou SOPHIA (service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour mieux vivre avec un diabète), ou aux campagnes de vaccination, actions en matière bucco-dentaire, etc.

A ce qui pourrait être considéré comme une forme de rupture de la partie amont de la chaîne du soin, s'ajoutent des défauts de couverture en matière de soins proprement dits : si un sinistre survient pendant l'éventuel délai de carence que stipule le contrat privé (c'est-à-dire le délai entre date de souscription du contrat et date de prise d'effet des garanties²⁴), la facture envoyée par l'établissement hospitalier à l'assureur est retransmise par ce dernier à l'assuré, qui s'en acquitte directement sur ses deniers personnels. Des frontaliers pourtant assurés, mais depuis un temps insuffisamment long (par exemple quelques semaines) peuvent donc avoir *in fine* à assumer à leurs frais une éventuelle hospitalisation d'urgence à Genève.

²⁴ Voir l'annexe 3, partie 3.4.2.

2. Les conditions d'une bonne réforme : l'intégration des frontaliers dans le droit commun de l'assurance maladie doit s'effectuer en tenant compte de cinq paramètres majeurs

Il convient de rappeler, à titre liminaire, qu'hors le cas des prestations maladie maternité en nature, les autres risques des frontaliers sont obligatoirement assurés en Suisse selon les caractéristiques rappelées dans les deux tableaux ci-après. Toutes les cotisations (part employeur et/ou salariale selon les cas) sont alors prélevées à la source par l'employeur, sauf bien sûr dans le cas des indépendants.

Cette assurance des risques dans l'un ou l'autre pays, selon les cas, a en effet d'importantes implications, tant du point de vue de l'équité des propositions que de leur faisabilité juridique. Les frontaliers sont ainsi déjà assurés en Suisse pour les prestations en espèce (pertes de gains, invalidité²⁵) et les accidents, non seulement les accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), mais aussi les accidents dits « non professionnels ».

Ceux-ci incluent à la fois les accidents de trajet (qui sont pour la Sécurité sociale réputés professionnels) et les accidents liés à la vie domestique et aux loisirs. Les primes sont alors fixées en pourcentage du gain assuré et les assurés répartis en classes de risques, selon les entreprises qui les emploient. Chaque assureur élabore à cet égard son propre tarif de primes.

La Sécurité sociale française prend néanmoins en charge une moitié des coûts correspondant aux accidents qu'elle considère non-professionnels (c'est-à-dire hors accident de trajet), ceci en vertu du point 4 de l'annexe XI du règlement communautaire 883/2004.

Tableau 5 : La couverture sociale du frontalier salarié en Suisse (hors prestations maladie maternité en nature)

Risque	Obligation	Taux salarial	Taux employeur
AT-MP	Obligatoire	0	Variable (de 0,04 % à 17 %)
Accidents non professionnels	Obligatoire	Variable (de 0,93 % à 2,71 %)	0
Invalidité	Obligatoire	0,7 %	0,7 %
Pertes de gain (maternité)	Obligatoire	0,25 %	0,25 %
Pertes de salaire (maladie)	Facultatif ²⁶	Primes négociables	
Vieillesse pilier I	Obligatoire	4,2 %	4,2 %
Vieillesse pilier II	Obligatoire	Variable (environ 4,5 % en moyenne)	Variable ²⁷
Famille	Obligatoire	0 % (sauf 0,3 % dans le canton du Valais)	De 0,1 % à 4 % selon les cantons
Chômage ²⁸	Obligatoire	1,1 %	1,1 %

Source : OFAS, CLEISS.

²⁵ Les prestations en nature au titre du risque invalidité se bornent aux « mesures d'intervention précoce et de réadaptation » qui ne sont généralement pas des prestations en nature au sens de l'assurance maladie (réadaptation du poste de travail, mesures d'orientation professionnelle, etc.).

²⁶ Souvent rendu obligatoire du fait d'un contrat de travail ou d'une convention collective.

²⁷ La somme des cotisations de l'employeur est au moins égale à celle des cotisations de ses salariés.

²⁸ Le taux de 1,1 % s'applique jusqu'à 126 000 FS, puis 1,6 % de 126 000 à 315 000 FS.

Rapport

**Tableau 6 : la couverture sociale du frontalier indépendant en Suisse
(hors prestations maladie maternité en nature)**

Risque	Obligation	Taux ²⁹
AT-MP	Facultatif	Variable
Accidents non professionnels	Facultatif	Variable
Invalidité	Obligatoire	1,4 %
Pertes de gain (maternité)	Obligatoire	0,5 %
Pertes de revenu (maladie)	Facultatif	Primes négociables
Vieillesse pilier I	Obligatoire	7,8 %
Vieillesse pilier II	Facultatif	Variable
Famille	Obligatoire	De 0,1 % à 4 % selon les cantons, nul dans l'agriculture

Source : OFAS, CLEISS

2.1. L'équité de traitement est actuellement non assurée du fait de l'affiliation des frontaliers à la CMU et de l'exonération de CSG-CRDS

2.1.1. Il existe plusieurs façons d'envisager l'équité en matière de cotisation maladie

2.1.1.1. Il n'est guère possible de mener un raisonnement en équité sur des assiettes de cotisation très différentes

L'assuré actif en France, qu'il soit salarié, ou indépendant (artisans, commerçants, professions libérales, etc.) cotise pour la maladie sur la base de son revenu professionnel, par opposition au frontalier travaillant en Suisse, qui, lorsqu'il a choisi une affiliation à la CMU, cotise sur l'ensemble de ses revenus, tant ceux de son activité que ceux de son patrimoine, le revenu fiscal de référence (RFR) servant d'assiette³⁰. Comme pour tout ménage, il bénéficie, sur son RFR, d'un abattement d'assiette correspondant à 10 % des frais professionnels, voire plus, s'il a opté pour les frais réels. En outre, dans la pratique actuelle, il bénéficie d'un second abattement forfaitaire, fixé à 9 356 € (abattement applicable à l'ensemble des personnes affiliées à la CMU).

Il est ainsi difficile de comparer deux dispositifs dotés d'assiettes aussi différentes : même en cas de taux corrigeant en moyenne ces différences d'assiette, les implications redistributives ne seront pas les mêmes selon le niveau du revenu professionnel (l'abattement d'assiette joue relativement plus pour les petits revenus) ou encore la part des revenus d'activité dans le revenu global (l'inclusion des revenus du patrimoine pouvant changer substantiellement la donne, ou rester neutre selon les cas).

Si l'on part du principe que l'assiette du revenu d'activité est plus conforme au droit commun de l'assurance maladie et plus généralement de la Sécurité sociale, et qu'il convient de raisonner sur cette base, se pose alors la question du point de comparaison avec les actifs travaillant en France. A cet égard, on rappelle à titre liminaire que les frontaliers salariés sont obligatoirement assurés en Suisse pour le risque AT/MP (assurance facultative pour les indépendants), et assurés à titre facultatif pour les prestations en espèces (voir l'encadré ci-dessus).

²⁹ Taux dégressifs en-deçà d'un revenu de 56 200 francs suisses annuels.

³⁰ Voir annexe 3, partie 2.

Rapport

2.1.1.2. La comparaison de la situation des travailleurs frontaliers avec les salariés du régime général pourrait être envisagée mais n'est pas retenue par la mission

La plupart des frontaliers sont des salariés ; pour ceux qui n'ont pas choisi l'assurance maladie suisse LAMal, leurs salaires suisses sont alors bruts de cotisations (maladie) employeur, ce qui contribue d'ailleurs à leur niveau élevé. Il pourrait donc sembler, en première approche, logique de répercuter aux frontaliers la totalité des parts salariale et employeur du risque maladie en vigueur en France, mais hors AT/MP et prestations en espèces afin d'éviter toute double cotisation en France et en Suisse au titre de ces risques. Dans le cas du régime général applicable aux salariés, les parts employeur et salarié hors AT/MP s'élèvent respectivement à 12,8 % et 0,75 %, soit un total de 13,55 %.

Compte tenu des statistiques de ventilation des prestations maladie-maternité communiquées par la CNAMTS à la mission, la part de cotisation au titre des prestations en espèces (maladie-maternité-invalidité-décès) s'établit à 1,25³¹ %. Ceci conduirait alors pour les salariés frontaliers à une cotisation salariale de l'ordre de 12,3 % (13,55-1,25 %).

Pour les frontaliers indépendants, une analogie avec le régime des indépendants conduirait en revanche à un taux de 6,5 %, niveau de cotisation associé pour cette population aux seules prestations en nature hors AT/MP et prestations en espèces.

Or la mission considère qu'il ne serait pas aisé, en termes d'équité, de justifier des taux aussi différents (12,3 % versus 6,5 %) entre frontaliers salariés et indépendants, qui sont assurés en France exactement pour les mêmes risques, dans un contexte commun d'absence de part employeur facturable.

Encadré 3 : La piste de la prise en compte des taux cotisés en Suisse

Concernant la prise en compte des accidents non professionnels et prestations en espèces, une autre approche aurait pu consister à défalquer du total de 13,55 % des parts salariale et employeur françaises les taux cotisés en Suisse au titre de ces risques. Toutefois, les taux suisses au titre des pertes de salaires en cas de maladie, ou des accidents non professionnels peuvent varier, du simple au triple dans le second cas (de 0,93 % à 2,71 %), selon l'entreprise et l'assureur. L'équité conduirait alors potentiellement à un taux de cotisation personnalisé pour chaque frontalier, n'aboutissant à aucun niveau de référence clair.

De plus, conceptuellement, la somme des taux de cotisation suisses au titre des différents risques maladie en espèces et en nature est différente de la somme des taux français (elle inclut d'ailleurs des primes d'assurance). Une déduction de taux suisses effectuée à partir d'un total de taux français serait donc non homogène, débouchant inmanquablement sur la facturation aux frontaliers d'un taux différent de la part réelle des prestations maladie-maternité en nature au sein des 13,55 % de cotisation globale. Ceci poserait alors un problème d'équité vis-à-vis des autres salariés résidant en France.

Enfin, les taux de cotisation suisses ne s'appliquent pas à des assiettes rigoureusement comparables aux assiettes françaises (cf. développements en partie 3.1.2.1).

2.1.1.3. La mission privilégie une analogie avec le taux associé au régime des indépendants

La mission considère que le taux de cotisation maladie des indépendants relevant du RSI, l'un des trois grands régimes maladie, présente plusieurs caractéristiques intéressantes en termes d'analogie avec les frontaliers, même salariés :

³¹ Dont 0,53 % pour la maladie, 0,47 % pour l'invalidité, 0,23 % pour la maternité et 0,01 % pour le décès.

Rapport

- ◆ il s'agit de la principale population³² elle aussi sans part employeur facturable, pour laquelle se posait a priori la même question de répercussion d'un taux unique (l'actif étant son propre employeur) ;
- ◆ cette population se voit d'ores et déjà facturer un taux spécifique hors AT/MP et prestations en espèces.

La mission considère par ailleurs que d'éventuelles considérations selon lesquelles les indépendants sont davantage « responsabilisés » que les salariés sur leur comportement maladie s'appliqueraient tout aussi bien aux frontaliers, compte tenu du caractère faiblement protecteur du droit du travail suisse.

La mission privilégie donc une fixation du taux de cotisation maladie des frontaliers par analogie à celui des indépendants, d'éventuelles hausses ou baisses du taux de cotisation des indépendants pouvant, le cas échéant, avoir vocation par la suite à être automatiquement répercutées aux frontaliers.

Un léger abattement pourrait toutefois être opéré par rapport au taux des indépendants, afin de prendre en compte la présence résiduelle de prestations en nature au titre d'accidents non professionnels, assurés pour moitié par la Suisse en vertu de l'annexe XI, point 4, du règlement 883/2004, et donc non à charge de l'assurance maladie. Cette part dans le total des prestations maladies en nature n'est toutefois guère objectivable (car non isolée par la CNAMTS), et en tout état de cause faible. La mission propose donc de situer cet abattement dans un intervalle de 0,5 % à 1 %.

Enfin, rien ne s'oppose à étendre aux frontaliers, le cas échéant, la cotisation minimale des indépendants ; elle ne trouvera toutefois pas souvent à s'appliquer compte tenu des niveaux de revenus, et complexifierait la gestion.

2.1.1.4. Les retraités éligibles au droit d'option seraient alignés sur le régime applicable aux actifs

En application de l'article L. 241-2 1° du code de la sécurité sociale, les ressources de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès sont constituées notamment d'une cotisation assise sur les avantages de retraite. Le taux correspondant, auparavant de 2,8 % sur tous les avantages de retraites, a toutefois été englobé, en ce qui concerne les avantages de retraite du régime général, dans la CSG (au taux de 6,6 % ou de 3,8 % en fonction des revenus). Il subsiste en revanche une cotisation au taux de 1 % sur les avantages de retraite autres que ceux servis par le régime général (article D.242-8 du code, 1er alinéa), c'est-à-dire les avantages de retraite complémentaire (AGIRC/ARRCO notamment) et supplémentaire.

La transposition du droit commun actuel pour les retraités concernés par le droit d'option, à savoir les titulaires de seules rentes suisses, devrait dès lors conduire à une quasi-exonération de cotisation maladie, alors même que ces assurés versent actuellement 8 % de leur revenu fiscal de référence.

Toutefois, ces retraités n'ayant jamais, ou extrêmement peu, cotisé en France, car sinon ils relèveraient de la Sécurité sociale, la mission considère que l'équité serait de les traiter comme des frontaliers actifs et de leur facturer le même taux de cotisation maladie, avec comme assiette, non le salaire, mais la pension.

³² Selon les « chiffres clés de la sécurité sociale 2011 », on compte 2,5 millions de cotisants au RSI, pour 540 000 cotisants exploitants agricoles, relevant en outre d'un régime comptant plus de cotisants salariés que de cotisants indépendants.

2.1.2. L'équité doit aussi être assurée en matière de CSG-CRDS

L'article L. 380-3-1 (IV) du code de la sécurité sociale exonère de ces contributions les titulaires du droit d'option³³. La mission considère que cette exonération n'est pas justifiée en termes d'équité au vu du principe d'assujettissement exposé à l'article L. 136-1 du même code ; la fixation du taux de CSG applicable est néanmoins traitée plus en détail en paragraphe 2.3 à l'aune des risques juridiques en la matière, des cotisations étant versées en Suisse pour certains risques autres que la maladie, que la CSG concourt, en France, à financer.

La question se pose en des termes similaires pour la CRDS, entièrement attribuée à la CADES et donc au remboursement indifférencié de l'ensemble du déficit social.

2.2. L'actuelle affiliation des frontaliers à la CMU pose en outre des problèmes de gestion et d'affichage

2.2.1. Le revenu fiscal de référence est une assiette peu adaptée au calcul des cotisations

L'assiette de cotisation applicable dans le cadre de la CMU, le revenu fiscal de référence, avait été choisie dans l'optique de l'affiliation de non-salariés, afin de bien prendre en compte toutes les sources de revenus. Elle avait aussi l'avantage de procéder d'une appréhension des revenus du ménage, qui sont ceux pris en compte pour apprécier s'il doit y avoir cotisation ou non.

Cette assiette pose toutefois divers problèmes de gestion aux CPAM dans le cas particulier des frontaliers travaillant en Suisse. En effet, lorsque le foyer fiscal se compose de plusieurs personnes qui ne sont pas toutes à charge du travailleur frontalier, se pose notamment la question des revenus communs au ménage, tels que les revenus du patrimoine, qui au moins en équité semblent devoir être retraités. Or il n'existe aucune base juridique en la matière, les CPAM ayant dans un premier temps adopté des pratiques divergentes (ventilation au prorata des revenus d'activité des membres du foyer fiscal, ou ventilation 50/50 selon les cas). La coopération entre organismes locaux a débouché sur une homogénéisation en faveur de la seconde possibilité, mais le compte-rendu de la réunion inter-caisses du 29 mars 2007 signale de manière emblématique qu' « *en cas de contestation de la part de l'assuré, le calcul de la cotisation peut être revu au vu des explications et justificatifs fournis par l'intéressé* ».

En outre, si l'on s'inscrit dans l'optique d'une facturation de la CSG aux frontaliers assurés en France – ce qui est la position de la mission –, les organismes de Sécurité sociale missionnés pour le calcul des prélèvements auraient alors à traiter deux assiettes de nature fondamentalement différentes : un revenu fiscal de référence dans le cas de la cotisation maladie, un salaire ou autre revenu professionnel dans le cas de la CSG, dont les parts relatives aux revenus du patrimoine sont déjà prélevées par la DGFIP ou, à la source, par les institutions financières compétentes.

2.2.2. Les actuelles modalités de calcul des cotisations génèrent des effets d'aubaine

Selon l'article D. 380-5 du code de la Sécurité sociale, les CPAM se procurent les revenus N-1 des assurés durant l'été n, pour une prise en compte dans les cotisations facturées au 1^{er} octobre N, les cotisations étant payables trimestriellement (article D. 380-2 du code de la Sécurité sociale).

³³ Au moins ceux affiliés à la CMU, le texte d'origine ne visant pas les frontaliers recourant à l'assurance privée.

Rapport

Dans le cas d'une population telle que les frontaliers, ceci génère des effets d'aubaine, par exemple dans le cas de jeunes actifs nouvellement entrants sur le marché du travail, ou d'une activité uniquement durant une partie de l'année, avec à la clé jusqu'à un an et demi d'assurance gratuite pour des actifs occupés gagnant parfois bien leur vie. Ainsi, l'entrant sur le marché du travail s'affiliant en 2013 n'a perçu aucun revenu en 2012, il ne paiera donc aucune cotisation du 1^{er} octobre 2013 au 1^{er} octobre 2014, et, durant l'exercice suivant, ses cotisations seront basées sur son revenu 2013, qui n'est pas en revenu en année pleine, le frontalier n'ayant pu commencer à être payé qu'en juin.

2.2.3. L'affiliation à la CMU a été un choix par défaut, peu naturel et attractif pour des actifs tels que les frontaliers travaillant en Suisse

A l'époque de sa création, la CMU était destinée à une population certes hétérogène (titulaires du RMI mais aussi rentiers tirant tous leurs revenus du patrimoine, etc.), avec néanmoins le point commun de ne pas percevoir de revenu d'activité professionnelle. En effet, un actif en France est éligible à la Sécurité sociale, et un actif travaillant dans un pays voisin de l'UE relève du régime légal d'assurance de ce pays, en vertu des règlements communautaires.

Lorsque les frontaliers travaillant en Suisse se sont vus octroyer l'accès à la CMU suite à la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002, ils ont donc été les seuls actifs à relever du dispositif. L'enveloppe d'affiliation CMU pour cette population est ainsi particulièrement peu intuitive.

En outre, cette modalité d'affiliation est vécue comme stigmatisante aux dires de multiples parties prenantes, notamment compte tenu de la très fréquente confusion entre CMU de base et CMU complémentaire³⁴, octroyée sous conditions de ressources très restrictives (moins de 8 593 € par an pour une personne seule), ce qui suggère dans l'esprit des frontaliers (et plus largement des autres assurés sociaux) un éventail de prestations « bas de gamme ».

2.2.4. Les modalités actuelles d'affiliation à la CMU entravent le repérage de la population frontalière

La CNAMTS et les CPAM sont actuellement dans l'incapacité d'identifier les frontaliers dans leurs bases autrement que via des méthodes indirectes et approximatives – qui ne peuvent par exemple dissocier respectivement frontaliers et rentiers, ou frontaliers dont c'est la première année d'activité professionnelle et personnes sans ressources – : ceci plaide a minima, selon la CNAMTS et les CPAM, pour l'instauration d'un code « petit régime » spécifique, dans le cadre de l'affiliation au régime général.

2.3. La réforme doit veiller à éviter certains risques juridiques

2.3.1. Le maintien de l'exonération de la CSG pour les frontaliers semble difficilement envisageable sur le plan du droit interne constitutionnel

Dans le cadre du basculement prévu de l'ensemble des frontaliers dans le régime général de la sécurité sociale, le maintien de l'exonération de la CSG et de la CRDS, comme développé en partie 1.1, est susceptible d'encourir une censure du Conseil constitutionnel pour cause de rupture de l'égalité devant les charges publiques.

Il convient d'ailleurs de relever que les frontaliers affiliés au régime général de la sécurité sociale ont déjà été soumis, pendant une durée provisoire de 3 ans, à la CSG et à la CRDS.

³⁴ Voir l'annexe 3, partie 2.2.

Rapport

En effet, comme il a été expliqué dans la partie 1.1, l'article 8 de la loi instaurant la CMU a, à l'origine, exclu expressément les frontaliers de ce nouveau dispositif. Toutefois, l'article 19 de cette même loi avait prévu un régime transitoire en faveur des frontaliers affiliés au régime de l'assurance personnelle au moment de l'entrée en vigueur de la CMU. Plus précisément, ces personnes pouvaient, pour une durée maximale de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif, basculer provisoirement dans le régime de la CMU. En ce qui concerne le niveau de prélèvement, un système en deux temps avait été instauré :

- ◆ entre l'entrée en vigueur de la CMU et le 30 septembre 2000, un prélèvement basé sur une cotisation forfaitaire trimestrielle (sur le modèle de la cotisation existant dans le cadre de l'assurance personnelle) ;
- ◆ entre le 30 septembre 2000 et au plus tard le 30 septembre 2002, un prélèvement calculé sur la base du droit commun de la CMU, c'est-à-dire une cotisation assise sur le revenu fiscal de référence au taux de 8 %, à laquelle s'ajoutaient la CSG et la CRDS, calculées selon un taux de 5,6 % sur la base de 95 % du revenu brut annuel.

Ensuite, à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, il a finalement été prévu la possibilité pour les frontaliers de demeurer dans le régime de la CMU et, dans cette hypothèse, de bénéficier d'une exonération expresse de la CSG et de la CRDS.

Dès lors, le maintien d'une exonération de la CSG-CRDS pour les frontaliers affiliés au régime général de la Sécurité sociale semble difficilement envisageable sur le plan du droit interne constitutionnel.

Toutefois, l'application de la CSG et de la CRDS aux frontaliers soulève elle-même un certain nombre de questions, au titre cette fois du droit communautaire.

2.3.2. La mise en place du taux intégral de CSG semble difficilement envisageable sur le plan du droit communautaire

2.3.2.1. La CSG et la CRDS revêtent le caractère de cotisations sociales au sens du droit communautaire

Alors que le Conseil constitutionnel, suivi ensuite par le Conseil d'État, avait rangé la CSG au nombre des impositions de toutes natures, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a estimé, par un arrêt du 15 février 2000³⁵, que la CSG et la CRDS revêtent le caractère de cotisations sociales au sens du droit communautaire applicable en matière de coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale.

Précisément, dans le cadre de cette affaire, la Commission avait engagé un recours contre les autorités françaises au motif que l'application de la CSG et de la CRDS aux revenus d'activité et de remplacement obtenus par des travailleurs salariés ou indépendants résidant en France à l'occasion d'une activité professionnelle exercée dans un autre État membre, contrevenait au droit communautaire.

A ce sujet, la Cour de justice a tout d'abord rappelé que, conformément aux dispositions du droit communautaire en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale³⁶, les travailleurs en Europe sont soumis au principe de l'unicité de la législation applicable en matière de sécurité sociale. Ce principe vise à parvenir à une égalité de traitement de tous les travailleurs occupés sur le territoire d'un État membre, avec pour objectif ultime de favoriser la libre circulation des personnes entre les différents pays.

³⁵ Voir arrêt de la CJCE du 15 février 2000, Plén, 15 février 2000, Commission c/ France, aff. C-169/98 et C-34/98.

³⁶ A l'époque, le règlement n°1408/71, devenu le règlement n°883/2004.

Rapport

En pratique, les travailleurs exerçant une activité professionnelle dans un État membre et résidant sur le territoire d'un autre État, sont soumis à la seule législation de sécurité sociale du pays d'emploi. Dans ces conditions, le pays de résidence ne peut être autorisé, même partiellement, à prélever une nouvelle taxe ou cotisation, au titre d'un régime de sécurité sociale, en complément de celles déjà perçues par le pays d'emploi.

Dans l'affaire précitée du 15 février 2000, la Cour a estimé que, quelle que soit la qualification donnée par les autorités françaises à la CSG et à la CRDS, le fait que celles-ci soient affectées « *spécifiquement et directement au financement de la sécurité sociale en France, les recettes correspondantes étant allouées à la Caisse nationale des allocations familiales, au Fonds de solidarité vieillesse et aux régimes obligatoires de maladie* », conduisait à devoir les qualifier de cotisations sociales au sens du droit communautaire. La Cour a rajouté, dans le cadre de sa démonstration, que :

- ◆ la CSG et la CRDS revêtent d'autant plus le caractère de cotisations sociales qu'elles se sont substituées en partie à des cotisations de sécurité sociale qui pesaient dans le passé sur les salaires ;
- ◆ cette qualification ne saurait être infirmée par la circonstance que le paiement de la CSG n'ouvre droit à aucune contrepartie directe et identifiable en termes de prestations.

Dans ces conditions, compte tenu de cette qualification, la France a été sanctionnée pour avoir appliqué indûment, en qualité de pays de résidence, ces deux contributions aux travailleurs frontaliers exerçant une activité dans un autre État membre de l'UE et résidant en France, alors que ces travailleurs cotisaient déjà, au titre de la sécurité sociale, dans leur pays d'emploi.

2.3.2.2. L'application de la jurisprudence à la situation des frontaliers franco-suisses conduit à ne pas pouvoir leur appliquer l'intégralité du taux de CSG

Comme il a été développé dans les parties 1.1 du présent rapport, les frontaliers travaillant en Suisse sont soumis aux dispositions du droit communautaire en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale. Ils ne disposent ainsi d'un droit d'option leur permettant de déroger à la règle du pays d'emploi (et de relever de la législation du pays de résidence) que pour la seule assurance maladie maternité en nature.

En pratique, un frontalier travaillant en Suisse, résidant en France et ayant opté pour une assurance maladie-maternité en nature en France relèvera de la protection sociale suisse pour tous les risques (vieillesse, invalidité, perte d'activité, accidents du travail et maladies professionnelles, décès, et famille), à l'exclusion du risque maladie-maternité en nature. Les cotisations sont versées par le frontalier ou son employeur, dans le pays d'emploi. Ce n'est que pour le seul risque lié à la maladie-maternité en nature, que le frontalier cotisera auprès du régime général de la sécurité sociale en France.

Dans ces conditions, la France ne semble en droit de soumettre le frontalier à des cotisations ou contributions sociales qu'au titre de ce seul dernier risque.

Comme l'a rappelé la CJUE dans son arrêt précité du 15 février 2000, il importe en particulier que le frontalier ne soit pas soumis à un prélèvement cumulatif, même partiel, de nature à lui faire subir une inégalité de traitement au regard des autres travailleurs de l'État membre. La Cour a précisé qu'une inégalité même mineure ne saurait être tolérée.

Rapport

Or, conformément aux dispositions du point IV de l'article L 136-8 du code de la sécurité sociale, le produit de la CSG est versé, non seulement aux régimes obligatoires d'assurance maladie, mais également à la Caisse nationale des allocations familiales, au fonds de solidarité vieillesse, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Or, pour les risques des branches famille et vieillesse³⁷, le frontalier cotise déjà en Suisse.

Dès lors, s'il peut être envisagé sans difficulté de soumettre le frontalier travaillant en Suisse et résidant en France au principe de la CSG dans la mesure où celui-ci ne cotise pas déjà, en Suisse, au titre du risque maladie maternité en nature, l'application du taux intégral de la CSG, alors qu'une partie de celle-ci est affectée au financement d'autres risques que le risque maladie maternité en nature, pourrait conduire à une inégalité de traitement partiel du frontalier au regard des autres travailleurs exerçant une activité professionnelle en Suisse, inégalité pouvant constituer une violation du droit communautaire. En effet, le frontalier se retrouverait, dans cette hypothèse, à cotiser, en Suisse, pour la branche famille et vieillesse et, en France, pour la branche maladie maternité en nature, mais également partiellement pour la branche famille (part de l'affectation de la CSG à la Caisse nationale des allocations familiales) et pour la branche vieillesse (part de l'affectation de la CSG au fonds de solidarité vieillesse et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Il en subirait alors un traitement inégalitaire partiel au regard de la situation du travailleur suisse, susceptible de constituer une atteinte à la libre circulation des personnes.

En conséquence la mission préconise, dans un souci de sécurité juridique au regard tant du droit interne constitutionnel que du droit communautaire, de :

- ◆ mettre fin à l'exonération de la CSG pour les frontaliers ayant opté pour l'assurance maladie en France ;
- ◆ soumettre ces mêmes frontaliers à un taux de CSG correspondant à la part affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

2.4. La réforme doit être guidée par un objectif de compétitivité du dispositif retenu comparativement au système d'assurance santé suisse

Pour justifiée qu'elle soit dans son principe et ses fondements, la réforme souhaitée par le gouvernement ne peut se concevoir sans en analyser les termes au regard du choix dont continueront à pouvoir bénéficier largement les frontaliers allant travailler en Suisse.

Selon les dires des associations de frontaliers, certains anticiperaient déjà l'évolution de 2014 en s'affiliant au système suisse LAMal, sans toutefois que soient donnés des chiffres précis sur ce point ; en fait, un choix éclairé sera d'abord ouvert aux nouveaux frontaliers dès lors que le système français qui leur sera applicable sera réellement connu.

De 2002 à 2012, le nombre de frontaliers étrangers en Suisse et résidant en France a augmenté de 55 740, et de manière encore plus marquée entre 2010 et 2012 avec presque 20 000 personnes de plus ; le phénomène ne ralentit donc pas et devrait vraisemblablement se poursuivre. En ajoutant à cette hausse liée à une demande croissante de main d'œuvre française, le renouvellement naturel de la population frontalière, on peut estimer qu'entre 15 000 et 20 000 personnes auront annuellement le droit de première option dans les années à venir. Des données obtenues par la CPAM de Haute-Savoie auprès d'autorités suisses font ressortir un taux de rotation annuel de 14 %, cohérent avec l'estimation de la mission.

³⁷ Conformément à la jurisprudence de la CJUE, il importe peu que les risques couverts relèvent du système contributif ou non.

Rapport

La comparaison des deux systèmes concurrents sera donc un critère de choix absolument majeur. Trois points essentiels sont à prendre en compte au titre de la comparaison du système issu de la réforme par rapport au système suisse LAMal.

2.4.1. L'irrévocabilité du droit d'option conventionnel demeure relative

Par dérogation au principe prévalant au sein de l'Union Européenne d'affiliation à l'assurance maladie du pays de travail, l'accord sur la libre circulation des personnes signé par l'UE et la Suisse en 1999 et entré en vigueur en 2002 a ouvert la possibilité pour les travailleurs frontaliers d'être dispensés de l'obligation de s'affilier au régime suisse d'assurance maladie dans les trois mois suivant leur embauche, sous réserve de prouver qu'ils disposent d'une « couverture maladie » en France.

Mais l'irrévocabilité du droit d'option, souvent évoquée³⁸, demeure relative puisque divers événements peuvent rouvrir ce droit d'option, et notamment un changement de statut de travailleur à pensionné, un changement d'employeur après une période, même courte, de chômage, ou encore un changement de pays de résidence.

Ainsi, le taux de rotation annuel des frontaliers, d'environ 14 %, conjugué aux facultés de réouverture du droit d'option, signifie qu'en moins de dix ans une part importante de la population concernée bénéficierait d'une possibilité de renouvellement de son droit d'option, qui donne de très larges possibilités d'arbitrage entre systèmes d'assurance.

2.4.2. En fonction du scénario retenu, certains frontaliers pourraient avoir un intérêt à rejoindre le système d'assurance santé suisse

2.4.2.1. Le système de santé suisse LAMal assure une prise en charge des soins en France dans les mêmes conditions que la sécurité sociale française

Un frontalier, c'est-à-dire une personne travaillant en Suisse ou percevant une pension en Suisse et résidant en France, qui fait le choix du régime suisse LAMal pour sa couverture maladie, bénéficie en fait, pour les soins en France, de la même couverture que celui qui aurait choisi le régime de la CMU.

Il lui suffit pour bénéficier de cette possibilité pratique et appréciable de s'inscrire auprès de la CPAM de son lieu de résidence et de lui remettre un document qu'il aura obtenu de sa caisse d'assurance suisse.

Le remboursement des soins en France est alors effectué par la CPAM sur la base de ses tarifs de responsabilité (70 % pour consultations médicales ou 100 % dans les cas de certaines maladies graves ou de certains types d'hospitalisation ou de soins coûteux) ; le frontalier peut bien sûr souscrire à une mutuelle complémentaire pour la partie des frais de santé restant à sa charge.

Enfin, le frontalier conserve sa qualité d'assuré du régime suisse et continue donc de bénéficier de l'assurance maladie locale pour tous les soins qu'il reçoit en Suisse, selon les dispositions applicables par son assureur (franchises notamment).

Pour la réussite de la prochaine réforme voulue par le Gouvernement, il sera très important de conserver une souplesse aussi proche que possible de celle ainsi permise par l'assurance LAMal, aussi bien d'ailleurs que par certaines assurances privées. Ce facteur, en principe acquis avec la coordination européenne des systèmes d'assurance maladie, mais pas encore pleinement intégré dans les pratiques des CPAM, sera psychologiquement majeur.

³⁸ Cf. par exemple dernier paragraphe de la page internet : <http://www.cleiss.fr/actu/1304suisse.html>.

2.4.2.2. *Le système de santé suisse LAMal assure une prise en charge plus large des soins en Suisse que la sécurité sociale française*

Pour les affiliés à la Sécurité sociale, recevoir des prestations en nature en Suisse suppose dans un certain nombre de cas une autorisation préalable pour les soins dits « programmés », c'est-à-dire tant les hospitalisations (hors conventions avec établissements étrangers régies par l'article R. 332-5 du code de la Sécurité sociale) que les soins nécessitant le recours à des équipements lourds³⁹. Cette procédure d'autorisation s'inscrit dans le cadre de l'article 20 du règlement communautaire 883/2004.

En revanche, l'article 19 du même règlement, qui s'applique aux frontaliers et à leur famille, indique que ces personnes peuvent bénéficier, en Suisse, des prestations en nature qui s'avèrent « nécessaires ». Mais la pratique actuelle dans le cas central du médecin traitant reste toutefois en décalage avec ce principe (voir ci-dessous partie 3.3.2.1).

La note conjointe franco-suisse du 1^{er} février 2013 résume la situation en ces termes : « *les prestations de la CMU ne sont servies qu'en France, elles peuvent être servies en Suisse si la CPAM compétente l'autorise (...) dans le cadre de soins programmés ou au moyen du document ad hoc pour des soins qui s'avèrent nécessaires en cas de séjour en Suisse* ».

A l'inverse, le frontalier assuré à la LAMal bénéficie du même accès aux soins en Suisse que le résident, c'est-à-dire un accès généralisé (d'où l'attractivité de la LAMal pour les suisses vivant en France voulant pouvoir conserver toutes leurs habitudes en matière de soins médicaux). Il en va d'ailleurs actuellement de même pour certains frontaliers recourant aux formules d'assurance privée les plus haut de gamme⁴⁰.

2.4.2.3. *La logique de cotisation propre à l'assurance maladie suisse LAMal deviendra, après la suppression des assurances privées, attractive pour les frontaliers célibataires ou disposant de hauts revenus*

Dans leur très grande majorité assurés auprès de structures privées, les titulaires du droit d'option sont culturellement sensibles à la faculté de pouvoir ajuster leur niveau de garantie à leurs besoins individuels (plus ou moins bien mesurés) et au caractère largement forfaitaire de leurs cotisations synonyme de lisibilité ; ils pourraient avoir le sentiment de retrouver un peu de ces principes dans le système suisse LAMal.

A cet aspect un peu psychologique, l'aspect financier s'ajoutera de façon très rationnelle, voire « comptable », pour conduire les frontaliers à opter pour le système LAMal dès lors qu'il apparaît moins onéreux ; selon nombre des acteurs rencontrés, cette double motivation est extrêmement prégnante.

La cotisation, individuelle, au système LAMal est relativement élevée, en moyenne 458 € par personne adulte, mais elle donne, comme indiqué ci-dessus, un accès apprécié des frontaliers aux soins en Suisse (très important dans l'Ain et la Haute-Savoie), ainsi qu'en France aux tarifs de remboursement de la sécurité sociale.

La mission a étudié différentes hypothèses de taux de cotisation, avec soit l'assiette CMU actuelle, soit l'assiette salaires ou revenus professionnels proposée pour l'avenir. Détaillées dans l'annexe 5, elles donnent pour chaque scénario le taux de fuite potentiel à terme des frontaliers vers le système LAMal.

³⁹ Ceux-ci étant définis limitativement dans l'article R. 6122-26 du code de la santé publique (pour plus de détails, voir annexe 4, partie 1.1.3).

⁴⁰ Voir l'annexe 4, partie 1.3.

Rapport

Avec l'actuel système CMU intégralement maintenu, le taux de fuite, évalué sur la base d'une substituabilité totale des deux systèmes d'assurance, s'élève alors à 9,9 % des frontaliers représentant 26 % des cotisations théoriques. Les taux de fuite baissent à 4 % des frontaliers et 11,4 % des cotisations avec un taux de CMU à 6 %. Ils montent au contraire à 29,6 % des frontaliers et 53 % des cotisations si le taux est porté à 13,5 % aux conditions CMU.

Dans le système d'assiette renouvelée, le taux de fuite vers LAMal serait de 10,6 % des frontaliers et 24,9 % des cotisations pour un prélèvement global maladie et CSG de 8 %. Si ce taux de cotisation est porté à 11 %, 32 % des frontaliers sont incités à choisir LAMal, représentant presque 51 % des cotisations théoriques. L'instauration éventuelle d'un plafond d'assiette limite ces effets.

2.4.3. Éviter un départ massif des frontaliers vers le système d'assurance santé suisse doit être un objectif

Il semble judicieux à la mission de veiller à éviter un départ trop significatif vers le système suisse, car cela serait considéré comme une forme d'échec à plusieurs titres :

- ◆ au plan de l'équité puisque ce sont les « plus riches » qui auraient la tentation de ne pas contribuer au régime général français et se soustrairaient ainsi à la solidarité nationale ;
- ◆ au plan de la solidarité, si l'on perdait des cotisants jeunes, célibataires et bien portants tout en accueillant les personnes âgées, les familles et leurs enfants ;
- ◆ au plan de l'équilibre financier souhaitable de la protection sociale.

2.5. La réforme ne peut oublier de prendre en compte l'impact potentiel sur le revenu des frontaliers et l'économie locale

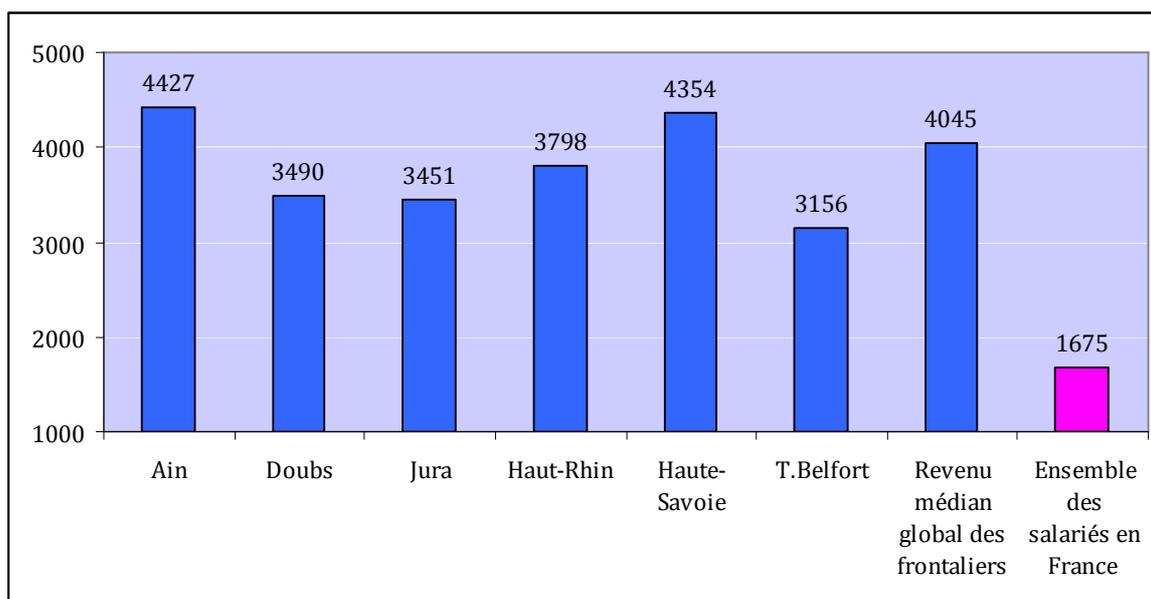
Que ce soit dans les argumentaires des associations de frontaliers transmis au printemps aux ministres ou développés à l'occasion de leurs rencontres avec la mission ou dans les réflexions recueillies par elle auprès notamment des Parlementaires des départements concernés, l'argument de l'impact de la hausse attendue des cotisations d'assurance santé sur le revenu des frontaliers et l'économie locale a systématiquement été mis en avant avec insistance.

A l'issue de ses investigations, la mission considère que cet aspect du dossier mérite un examen approfondi et aussi objectif que possible, essentiellement au regard du montant des salaires moyens acquis par les travailleurs frontaliers en Suisse, des contraintes spécifiques de ces derniers pour les acquérir ou pour se loger en zone frontalière, et de leur poids global dans le revenu local. Cet examen conduit la mission à un jugement sensiblement plus nuancé que celui des partisans du *statu quo*, et pour autant prudent quant au niveau de prélèvement supportable économiquement.

2.5.1. Les frontaliers ont certes des revenus plus élevés que la moyenne des ménages français

Largement perçue et reconnue dans les territoires concernés, cette réalité est totalement démontrée par les statistiques fournies par la DGFIP à partir d'une exploitation de l'impôt sur le revenu pour 2012 sur les salaires de 2011, et résumée dans le graphique 2 ci-dessus (partie 1.3) présentant les salaires annuels moyens des frontaliers des six départements limitrophes de la Suisse (soit 98 % de l'ensemble) en comparaison des non frontaliers et dans celui ci-dessous donnant le salaire médian mensuel des frontaliers comparativement à celui de l'ensemble des français.

Graphique 5 : Revenu médian mensuel (en €)



Source : Données DGFIP sur les revenus de l'année 2011 (il s'agit d'une moyenne pondérée de revenus médians par département) ; données INSEE 2010 pour le revenu médian des salariés en France.

On peut retenir les éléments essentiels suivants :

- ◆ globalement, les salariés frontaliers gagnent en moyenne 2,5 fois plus que les autres salariés des six départements considérés ;
- ◆ le montant moyen du revenu fiscal de référence (RFR) varie de 41 468 à 71 249 euros pour les foyers fiscaux comportant au moins un salarié frontalier, à comparer à celui des foyers sans salarié frontalier qui oscille entre 22 603 et 27 031 euros.

Les constats objectifs ainsi soulignés ne peuvent toutefois suffire à fonder de façon définitive une opinion sur le point de rupture en matière de soutenabilité des prélèvements pour les frontaliers et l'économie locale, d'autres aspects devant impérativement être pris en compte.

2.5.2. Toutefois, les frontaliers présentent des spécificités qu'il convient de ne pas négliger

La mission en retient six qui lui paraissent pertinentes :

- ◆ le niveau actuel des revenus des frontaliers est fortement lié à une évolution du taux de change très favorable depuis plusieurs années. Ainsi, entre janvier 2007⁴¹ et janvier 2013, l'euro est passé d'une valeur de 1,6 franc suisse à 1,22, soit une hausse nominale de 31,8 % du salaire versé en francs suisses. Cette évolution très positive aide bien sûr les frontaliers à assumer aujourd'hui une hausse des prélèvements ; il faut toutefois imaginer que la tendance des années passées reste toujours potentiellement susceptible de s'inverser ;

⁴¹ Soit juste après la loi du 21 décembre 2006 ayant prorogé de 5 ans le délai transitoire du droit d'option pour le porter au 31 mai 2014.

Rapport

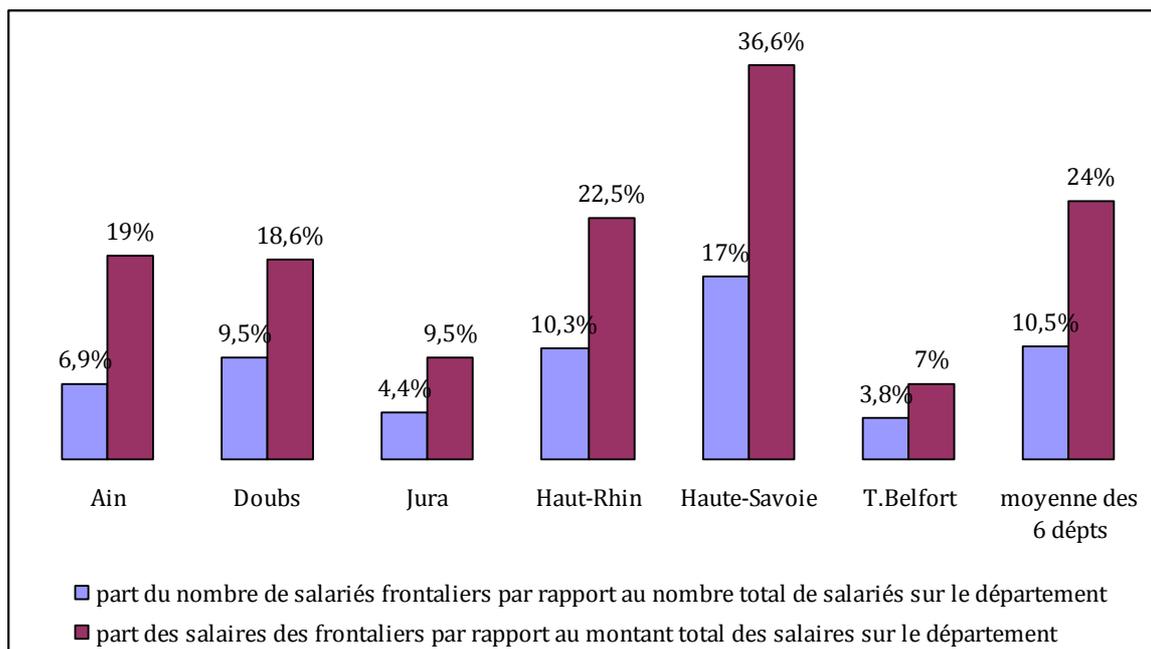
- ◆ les frontaliers ont aussi des frais professionnels significativement plus élevés que la moyenne des Français, liés bien sûr à leur transport quotidien vers leur lieu de travail. Ainsi, alors que les salariés en France déclarent dans les six départements concernés entre 5 000 et 5 300 euros de frais réels, leurs homologues frontaliers en déclarent pour leur part entre 7 800 et 10 587 euros en moyenne, selon le canton dans lequel ils travaillent en Suisse, soit de 17,3 % à 20,3 % de leur salaire ;
- ◆ les travailleurs frontaliers sont exposés à une plus grande précarité dans l'emploi, leur licenciement pouvant intervenir sans aucun préavis et sans réelles garanties, y compris pour cause de maladie ;
- ◆ leurs conditions de travail sont plus exigeantes qu'en France, qu'il s'agisse par exemple de la durée hebdomadaire de travail fixée à 42 heures en général, ou de l'âge de la retraite à 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes ;
- ◆ du fait de leur revenu, les travailleurs frontaliers cherchent rapidement à acquérir leur habitation, logement ou maison et il est établi par les services locaux de la DGFIP ou les observatoires spécialisés que le prix du mètre carré est significativement plus élevé sur ces zones frontalières, au point d'ailleurs que cela suscite des difficultés d'accès au logement pour les fonctionnaires d'État des catégories B et C. Il convient d'ajouter que les frontaliers empruntent aussi en francs suisses, ce qui n'est pas nécessairement un atout en cas de retour à une rémunération en euros. La mission n'a malheureusement pu documenter ces aspects, faute de statistiques précises au sein des services de la Banque de France ou de la DGFIP sur les encours de prêts ou le surendettement des frontaliers, qui ne sont pas identifiés en tant que tels.

Selon les informations collectées auprès des DDFiP et chambres des notaires, le prix d'acquisition immobilier en zone frontalière se situe systématiquement au dessus de la moyenne départementale, et généralement au dessus des prix moyens enregistrés dans les villes chef-lieu de département. Ainsi les prix des appartements anciens sont 18 % plus élevés que la moyenne départementale du Doubs (1 770 euros au m²) à Morteau (2 086 €/m²) et 6,7 % plus élevés à Pontarlier (1 890 €/m²) qui se situe un peu au dessus de Besançon. (1850 €/M²). Pour les maisons anciennes Morteau se situe 39 % au dessus de la moyenne départementale (245 000 € pour 176 000 €) et 3 % au dessus de Besançon. Les différences sont plus nuancées dans les autres départements, mais la tendance générale est unanimement soulignée ;

- ◆ enfin, et comme l'ont souligné de très nombreux acteurs, les frontaliers participent pleinement et très significativement à la dynamique économique locale grâce à leur pouvoir d'achat ; cette réalité est confirmée si l'on se réfère, d'une part au poids des salaires des frontaliers dans l'ensemble des salaires, d'autre part à la densité commerciale.

Rapport

Graphique 6 : Poids (en %) des salariés et des salaires des frontaliers au regard de l'ensemble des salariés et salaires pour chacun des six principaux départements concernés



Source : Données DGFiP-revenus de l'année 2011.

En complément ou confirmation de ces constats, les zones concernées ont en général un niveau d'équipement commercial sensiblement supérieur au niveau habituel des communes de même niveau de population.

A titre d'exemple on peut citer l'indicateur INSEE de densité commerciale « commerces et réparation automobile » pour les quelques collectivités suivantes :

Tableau 7 : Indice de densité commerciale « commerces et réparation automobile »

Collectivité	Nombre d'établissements pour 10 000 habitants
Communauté d'agglomération d'Annecy	185,0
Communauté urbaine d'Annemasse	174,6
Unité urbaine de Besançon	147,0
Communauté urbaine de Colmar	179,2
Unité urbaine de Morteau	169,6
Unité urbaine de Pontarlier	178,9
France métropolitaine	133,7

Source : INSEE.

Cette densité commerciale spécifique est toutefois en partie soutenue par la fréquentation d'une part non négligeable de résidents suisses, qui viennent profiter de la valeur de leur monnaie et se ravitailler en produits qu'ils trouvent ici moins chers que chez eux ; la CCI du Doubs chiffre le poids des voisins suisses à 15 % des ventes sur la zone frontalière du département (pour 45 % pour les frontaliers), en particulier sur Pontarlier et Morteau. Au soutien de ce constat, on doit signaler que le canton de Genève a une densité de 100 entreprises commerciales pour mille habitants (soit seulement 74,8 % du taux français moyen), alors qu'elle est de 185 pour l'agglomération d'Annecy et de 174,6 pour celle d'Annemasse.

2.5.3. Les constats qui précèdent justifient une approche incluant les enjeux économiques dans la définition du niveau de prélèvement à opérer au titre de l'assurance maladie

Il n'est tout d'abord pas douteux que les frontaliers ont une capacité contributive significative, ni que le prélèvement accru par rapport aux tarifs des assureurs privés constituera de fait une amputation du pouvoir d'achat des frontaliers. La mission considère donc, qu'outre les considérations d'équité et de faisabilité juridique, doivent être pris en compte dans les taux de cotisation envisagés non seulement la comparaison avec le système LAMal, mais aussi l'évolution des cotisations par rapport aux primes d'assurances privées, et son poids sur le revenu des ménages concernés.

Toutefois, la mission n'accrédite pas la thèse de certains acteurs selon laquelle de nombreux frontaliers pourraient décider de résider en Suisse ou de renoncer à y travailler. Il lui semble que l'écart tant en termes de coûts immobiliers que de salaires entre France et Suisse est tel que l'incitation à travailler en Suisse et résider en France, donc à franchir la frontière, demeurera.

Ainsi les frontaliers continueront à contribuer à la dynamique économique des territoires voisins de la Suisse, y apportant des revenus, de la consommation, et participant à un moindre taux de chômage dans ces zones.

3. Les modalités pour une réforme juste et soutenable : les modifications à envisager portent sur trois questions différentes

3.1. Un niveau de prélèvement équitable et raisonné est à rechercher dans la mise en place de deux taux assis sur une assiette rénovée

3.1.1. La mise en place de deux prélèvements spécifiques est nécessaire

Ainsi que cela a été analysé antérieurement, l'actuelle exonération de la CSG ne peut ni en équité ni en droit être maintenue ; une cotisation spécifique assurance maladie est à créer par ailleurs. C'est cet ensemble qui constituera l'élément clé du système, de sa compétitivité et de sa soutenabilité, toutes les deux indispensables à la réussite de la réforme.

3.1.1.1. Un taux d'assurance maladie ajusté doit être instauré

Comme cela a déjà été évoqué, les deux critères à retenir pour fixer ce taux sont, d'une part l'équité par rapport aux ménages en France, d'autre part la soutenabilité et la comparaison vis-à-vis de la LAMal.

A cet égard, la mission a examiné la question du taux en équité par comparaison avec le régime des salariés et celui des indépendants, en intégrant tous les facteurs de différenciation potentielle propres aux frontaliers.

Rapport

La première comparaison, naturelle a priori, est à réaliser avec le régime des salariés en France, la cotisation englobant une part salarié (0,75 %) et une part employeur (12,8 %), soit un total de 13,55 %. Mais il faudrait en tout état de cause réduire ce taux pour tenir compte du fait que les indemnités journalières n'ont pas à être comprises, étant généralement assurées en Suisse, et que les accidents du travail et de la vie quotidienne sont également couverts en Suisse, avec une prise en charge pour moitié par les CPAM des dépenses de soins pour la seconde catégorie d'accidents. De plus, dans la mesure où les dispositions relatives aux frontaliers concerneraient non seulement des salariés, mais aussi des retraités, des exploitants agricoles et des travailleurs indépendants, la mission propose que tous soient soumis aux mêmes modalités d'affiliation et de cotisation à la Sécurité sociale. Cela implique le même taux pour tous. Les frontaliers ne pourraient ainsi se voir imposer des taux supérieurs à ceux des régimes qui leur seraient applicables en France.

La mission suggère plutôt de se référer au taux de 6,5 % des indépendants, plus proche de l'équité lui semble-t-il, en proposant de lui soustraire une part correspondant aux prestations en nature au titre de l'assurance accidents non professionnels.

Si ce raisonnement en équité et en opportunité de gestion a débouché sur un taux de l'ordre de 6 %, la comparaison avec le dispositif LAMal peut conduire à ajuster ce taux à la baisse pour que le prélèvement complet, CSG comprise, reste compétitif par rapport à celui de la LAMal, c'est-à-dire proche de 8% (soit un taux de cotisation maladie de l'ordre de 3%).

3.1.1.2. Un taux de CSG spécifique doit être défini

L'analyse juridique conduite sur la question montre que dès lors qu'ils seront affiliés à l'assurance maladie française, les frontaliers devront s'acquitter de la CSG. Mais il semble à la mission que le taux à appliquer ne peut être le taux applicable aux salariés en France et qu'il convient de cibler au sein de ce dernier la seule part directement affectée à la maladie.

Se posait toutefois la question de la répercussion des taux réduits de CSG mentionnés à l'article L. 136-8 du code de la Sécurité sociale. Ces taux ne concernent qu'une part minime de la population bénéficiaire du droit d'option, à l'exception sans doute du taux spécifique aux retraités, lui-même actuellement remis en cause dans le cadre des débats sur les retraites. Il est par conséquent préconisé d'appliquer un taux unique de CSG à tous les titulaires du droit d'option sans distinction, solution qui aurait aux yeux de la mission le mérite d'être à la fois défendable en équité, et plus simple en gestion pour les organismes de sécurité sociale.

Or, le produit de la CSG au taux normal est affecté, conformément au IV de l'article L 136-8 du code de la sécurité sociale, pour une part totale de 2,21 % respectivement à la CNAF, au FSV, à la CADES, et à la CNSA, et pour 5,29 % enfin aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans la mesure où la question posée est bien celle de la seule assurance maladie-maternité en nature des frontaliers, il apparaît cohérent et équitable de retenir un taux de 5,29 % pour les frontaliers salariés en Suisse et résidents en France.

Ce taux particulier déterminé, pour des raisons de sécurité juridique, à partir du fléchage financier de la CSG, sera toutefois susceptible de poser des problèmes de gestion au long cours, en cas de changement d'affectation de la CSG, posant alors la question d'une adaptation du taux facturable aux frontaliers. Le législateur devra garder cette considération à l'esprit.

Concernant la CRDS, le problème juridique posé par la fongibilité de son affectation à l'ensemble de la protection sociale, et la complexité de gestion associée à un éventuel taux ajusté, conduisent en revanche la mission à préconiser un maintien de l'exonération.

3.1.2. Une modification de l'assiette servant au calcul des prélèvements doit être envisagée

3.1.2.1. Une nouvelle assiette propre à chaque statut de frontalier est à prévoir

Constituée par le Revenu Fiscal de Référence (RFR), l'assiette de l'actuelle CMU n'est pas pleinement satisfaisante puisqu'elle agrège aux salaires ou revenus professionnels les revenus fonciers ou du patrimoine qui ne sont pas partagés au sein d'un foyer fiscal et que les CPAM sont obligées de répartir entre les conjoints par moitié ; elle n'offre pas la base correcte pour une CSG adaptée aux frontaliers et elle est inégalitaire par rapport à la situation des salariés en France, puisque le RFR implique un abattement de 10 % comme tous les revenus du travail imposés à l'IR, les frontaliers bénéficiant en outre d'un abattement d'assiette de 9 356 €. Aussi, la mission propose-t-elle de changer dès que possible l'assiette pour aller vers le droit commun.

L'assiette devrait donc être à l'avenir le salaire pour les salariés, le revenu professionnel pour les indépendants et exploitants agricoles, en référence à la définition valable pour le régime actuel propre à chaque catégorie (par ex, L 136-1 du code de la sécurité sociale) et le montant des pensions pour les frontaliers pensionnés suisses.

Certes, en toute rigueur le revenu à prendre en compte ne devrait alors pas être le revenu imposable tel qu'il figure sur l'avis d'imposition, mais le revenu brut de cotisations (hors cotisations employeurs) qu'il faudrait reconstituer. Sachant que les taux de cotisation en Suisse sont pour certains variables (notamment le deuxième pilier vieillesse et le taux accident), voire facultatifs (pertes de salaire en cas de maladie) la mission juge préférable, dans un souci de simplification, de s'en tenir au revenu imposable. En outre, ceci serait, en équité, une forme de contrepartie à la non répliation de certaines exclusions d'assiette pratiquées en France (intéressement, participation si le dispositif existe en Suisse, etc.) qui serait elle aussi trop complexe.

3.1.2.2. La question se pose d'éventuellement plafonner l'assiette de cotisation maladie

Cette question mérite d'être examinée dans le souci de comparaison avec la LAMal pour éviter un fort report des frontaliers à haut revenu vers le système suisse. Un plafonnement d'assiette permet de fixer un taux de cotisation plus élevé sans augmenter la fuite vers la LAMal et peut donc se révéler plus productif en termes de recettes finalement encaissées par la Sécurité sociale.

La mission a conscience que cette technique du plafond d'assiette demeure très exceptionnelle dans le régime français de sécurité sociale. Toutefois, certaines associations de frontaliers ont donné en exemple, à suivre selon elles, le cas de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) qui assure les Français expatriés, avec, pour la couverture maladie, une cotisation assise sur le salaire plafonné annuellement à 37 032 €. Eu égard aux considérations propres à ce régime spécifique, il paraît cependant difficile à la mission de s'y référer autrement que sur le principe de l'existence d'un plafond d'assiette.

En cas d'instauration d'un tel plafond, l'équité peut inciter assez légitimement à prévoir un abattement plafonné intéressant pour les revenus les plus bas.

A défaut de conclure définitivement sur ce sujet délicat, la mission invite à se référer à l'annexe du présent rapport qui analyse divers scénarios, certains incluant des plafonds d'assiette ; on en mesure ainsi les effets concrets, qui peuvent être budgétairement bénéfiques.

3.1.2.3. Une assiette dont la connaissance pourra toujours s'effectuer par l'intermédiaire des avis d'IR

L'assiette qu'il est proposé de retenir restera connue via les données dont disposent les services locaux de la DGFIP au titre de l'impôt sur le revenu ; il convient, en effet, que le changement d'assiette n'implique nullement, pour les organismes de Sécurité sociale, de calculer le montant des cotisations sur la base de documents qu'ils auraient à se procurer auprès de responsables suisses. Le dispositif d'évaluation et de prise de connaissance du revenu existant actuellement dans le cadre de la CMU, apparaît le mieux adapté et mérite d'être conservé. Les DDFiP, au titre de leurs propres responsabilités en matière d'établissement et de recouvrement de l'impôt sur le revenu, ont une compétence reconnue et une obligation propre de contrôle, et il n'est pas raisonnablement envisageable de vouloir les dupliquer au sein d'une autre structure publique.

3.1.2.4. Il conviendrait de prévoir une régularisation annuelle et automatique du montant des cotisations

Concernant le calcul et le recouvrement des cotisations, il apparaît que les procédures pourraient se voir améliorées et permettre d'éviter certaines imperfections actuelles qui peuvent conduire à des effets d'aubaine tels que celui évoqué au paragraphe 2.2.2 ci-dessus.

Globalement, pour tous les nouveaux affiliés à raison de la fin de leurs contrats d'assurance privée, il conviendrait de prévoir une cotisation provisionnelle établie sur le dernier revenu connu, avec une régularisation en fin d'année, dès que le salarié a obtenu son avis d'imposition sur le revenu. Le même processus vaudra pour les années suivantes. Il s'agit du dispositif proposé par l'ACOSS dans sa réponse à la mission, son directeur préconisant par ailleurs un versement mensuel des cotisations.

Pour les nouveaux actifs qui ne disposaient antérieurement d'aucun revenu, la cotisation provisionnelle pourrait être un forfait sur la base de deux SMIC français, compte tenu du différentiel actuel de salaire d'un facteur supérieur à 2,5 entre les deux pays, diminué ici d'une marge de prudence.

3.1.3. La mission retient au final trois scénarios envisageables

A l'issue de ses réflexions sur les problématiques de la CSG et de son taux, et celle du taux de la cotisation spécifique d'assurance maladie, la mission a examiné plusieurs scénarios de niveau global de prélèvement, en mesurant leur rendement financier final pour la Sécurité sociale, compte tenu du taux de fuite prévisionnel des assurés vers le système LAMal, mais aussi leur impact sur l'évolution des cotisations individuelles et sur le revenu des intéressés. Ces scénarios sont détaillés dans l'annexe 5.

Deux scénarios des « extrêmes » sont étudiés et présentés dans cette annexe, celui d'un taux global de 6 % sur le RFR type CMU avec abattement de 9 356 €, et à l'opposé, celui d'un prélèvement global de 14,25 %, CSG comprise, assis sur les salaires ou revenus professionnels (13,55 % de cotisation employeur et salariale, plus 5,29 % de CSG, moins un maximum de 4,61 % de cotisations versées en Suisse au titre des prestations en espèces et des accidents non professionnels⁴²).

⁴² 1,4 % au titre de l'invalidité, 0,5 % au titre des prestations en espèces maternité, plus la valeur maximale de 2,71 % au titre des accidents non professionnels, mais en excluant le coût des éventuelles prestations en espèces en cas de maladie, facultatives. Notons toutefois que la couverture des accidents non professionnels est elle-même facultative pour l'indépendant.

Rapport

La mission ne les fait pas siens ; le premier, certes, préserve au maximum les cotisants, réduit l'impact des hausses de cotisations, mais il est à la fois inéquitable, et très peu productif avec un gain net de 97 M€ seulement ; le second, caractérisé par un taux « maximaliste », aurait des effets négatifs importants à tous points de vue, et d'abord en termes de fuite potentielle vers la LAMal (73 % des cotisations pour plus de la moitié des cotisants théoriques), avec un gain net en conséquence de seulement 205 M€, voire un risque de désencouragement du travail frontalier.

Trois scénarios principaux retiennent plus particulièrement l'attention de la mission :

- ◆ le premier scénario semble être le plus proche de l'équité telle que la mission l'a appréciée ; il repose sur :
 - un taux de base assurance maladie proche de 6 % ;
 - une assiette constituée des salaires, ou des revenus professionnels, ou du montant des pensions suisses, sans plafond ;
 - un taux de CSG de 5,29 %, appliqué selon les règles habituelles de celle-ci.

Sans plafond d'assiette, ce scénario incite une part importante (32,2 %) des intéressés à se tourner vers le système suisse, et, s'agissant des salariés les mieux rémunérés, la perte de cotisations pour la Sécurité sociale est de 50,9 % de la recette théorique évaluée à 643 M€. Le gain net estimé en France est alors de 271 M€ ; enfin l'impact pour les cotisants restant en France apparaît lourd, avec près de 48 % des frontaliers dont la cotisation augmentera entre 2 000 et 5 000 €, et 19 % entre 5 000 et 10 000 € ;

- ◆ le second scénario retient, outre la même assiette et le même taux de CSG de 5,29 % que le premier, un taux moins élevé de cotisation maladie aux alentours de 3 %, soit un prélèvement global voisin de 8 %. Ce scénario est examiné en annexe 5 (pour la valeur 8 %) avec ou sans plafond d'assiette équivalent à 3 fois le plafond de la Sécurité sociale (trois fois 37 032 € soit 111 096 €) ;

Le gain net pour la Sécurité sociale est de 269 M€ sans plafond d'assiette et de 288 M€ avec plafond, le taux de fuite des cotisants vers LAMal étant respectivement de 10,6 % et 8,1 %, et pour les cotisations de 24,9 % et de 16,1 %. La création d'un plafond d'assiette réduit donc les départs vers la LAMal et améliore un peu le gain net pour le système, mais à équité amoindrie. Au final, dans le cadre du changement d'assiette à terme proche que recommande la mission, c'est le scénario le plus « productif » en gain net et en nombre de cotisants en France ;

- ◆ un troisième scénario est à envisager pour couvrir la période transitoire durant laquelle les organismes de sécurité sociale devront préparer la mutation vers cette nouvelle assiette, l'évolution des rôles respectifs des CPAM et des URSSAF (voir partie 3.2.2), et créer les systèmes informatiques adaptés au nouveau « petit régime » frontaliers ; ce scénario consiste à maintenir l'actuel dispositif CMU, avec cotisation de 8 % assise sur le revenu fiscal de référence et abattement de 9 356 €.

3.2. La création d'un mode d'affiliation spécifique doit conduire à revoir à la marge la répartition des compétences entre organismes de sécurité sociale

La mission a examiné deux problématiques complémentaires induites par la proposition de création d'un mode d'affiliation spécifique, celle du maintien ou non d'une gestion unifiée des frontaliers, et celle d'une répartition améliorée des tâches entre acteurs concernés.

3.2.1. L'hypothèse d'un transfert de la gestion des frontaliers indépendants et agricoles respectivement au RSI et à la MSA ne semble pas pertinente

En l'état actuel de la réglementation, le régime général bénéficie d'un monopole de gestion de la CMU (article L 380-1 du code de la sécurité sociale), et donc des frontaliers ; la mission s'est interrogée sur la pertinence et la faisabilité d'un transfert des indépendants et des frontaliers agricoles au RSI et à la MSA.

En théorie, l'idée peut apparaître séduisante et l'on peut considérer que cela a du sens dans le cadre du changement d'assiette des cotisations sociales qui est proposé :

- ◆ le RSI et la MSA connaissent parfaitement les subtilités du revenu professionnel ou agricole de leurs ressortissants ;
- ◆ un meilleur suivi des frontaliers considérés serait aussi à attendre, notamment lorsqu'ils font évoluer leur activité de part et d'autre de la frontière. En effet, seraient évités de fréquents allers-retours entre régimes (par exemple MSA lorsque le salarié agricole travaille en France, régime général lorsqu'il travaille en Suisse) ;

Encadré 4 : La situation des doubles-actifs :

Droit national applicable dans le cas particulier des doubles-actifs (de part et d'autre de la frontière) :

- ◆ si des frontaliers ont une double activité salariée ou une double activité indépendante en France et Suisse, c'est en général, en vertu du critère du pays de résidence, évoqué aux points 1 et 2 de l'article 13 du règlement n°883/2004, la législation française qui s'impose d'où alors une affiliation à la CPAM, à la MSA ou au RSI ;
- ◆ en cas d'activité salariée d'une part, indépendante d'autre part, c'est alors l'activité salariée qui prévaut pour déterminer l'État membre dont la législation est applicable (point 3 de l'article 13 du règlement n°883/2004). Ainsi le régime général peut actuellement être amené à gérer, dans le cadre de la CMU, des personnes ayant une activité indépendante en France (si elles sont par ailleurs salariées en Suisse et ont fait le choix de ne pas s'assurer en Suisse).

Source : Données Mission.

- ◆ la MSA est un exemple de régime intégré gérant à la fois affiliations, prestations, calcul des cotisations et recouvrement de ces dernières, d'où un interlocuteur unique pour les frontaliers potentiellement concernés ;
- ◆ dans le cas des indépendants, le schéma actuel de l'interlocuteur social unique (ISU) répartit le recouvrement, l'aspect amiable étant géré par les URSSAF et le contentieux par le RSI.

Mais après concertation avec les divers organismes concernés et la DSS, la mission est réservée sur une telle évolution, plus encore dans le cas du RSI, et ce pour plusieurs raisons :

- ◆ la nécessité s'imposerait à chacun des deux régimes concernés d'adapter ses moyens, ses systèmes d'information, ses agents, avec des coûts induits potentiellement trop importants au regard des effectifs concernés de frontaliers (moins de 200 ressortissants potentiels de la MSA), et des enjeux de professionnalisation de la gestion de certaines tâches très spécialisées et techniques (récupération auprès des organismes suisses des prestations en nature payées au titre des accidents professionnels ou de la moitié de celle payées au titre des accidents non-professionnels) ;
- ◆ le maintien du monopole du régime général peut s'avérer un élément de simplification, évitant les questions d'orientation vers le RSI ou la MSA (même si des allers-retours entre régime général et autres régimes demeurerait, mais uniquement pour les cas a priori plus rares d'alternances d'activités en France et en Suisse) ;

Rapport

- ◆ cette centralisation de la gestion sera aussi précieuse pour simplifier les échanges avec les organismes suisses en de multiples domaines : gestion des cas de dépenses de santé liés à des accidents assurés en Suisse, gestion complexe des tentatives de recouvrement forcé en Suisse des cotisations non payées (entraide administrative) ;
- ◆ le régime général dispose d'un meilleur maillage territorial ;
- ◆ il faut enfin signaler que les directions de la DSS, de la CNAMTS et du RSI ont toutes marqué clairement leur préférence pour le maintien de l'unité actuelle, pour les motifs précisés ci-dessus ; seule la MSA s'est montrée prête à accueillir ses potentiels ressortissants.

La mission tend au final à privilégier le maintien du monopole du régime général pour gérer l'ensemble des frontaliers, surtout vis-à-vis des indépendants, et demande que soit organisée une circulation régulière de l'information entre les trois organismes gestionnaires des régimes impliqués, notamment pour éviter des maintiens de droit injustifiés⁴³.

3.2.2. Une meilleure répartition des compétences entre les CPAM et les URSSAF doit être envisagée

Actuellement, les CPAM gèrent le processus d'accueil, d'information, de réception et d'affiliation des frontaliers ; elles procèdent au calcul des cotisations et gèrent l'attribution des prestations aux frontaliers. Pour leur part, les URSSAF sont chargées exclusivement du recouvrement. Or les URSSAF disposent d'une vraie compétence globale, largement exploitée pour les autres affiliés au régime général, celle du calcul des cotisations et contributions CSG-CRDS en sus de leur recouvrement.

Après consultation de tous les acteurs impliqués et obtention de leur accord sur ce point, d'ailleurs conforme au partage historique des compétences entre ces organismes, la mission propose que soit opéré ce transfert de la liquidation des cotisations en cause aux URSSAF.

3.3. La question sensible de la poursuite des soins en Suisse doit être clairement traitée

3.3.1. La question de la poursuite des soins en Suisse est un sujet important pour de nombreux frontaliers

La question de l'accès aux soins en Suisse a été évoquée par des multiples interlocuteurs de la mission, que cela soit sur le mode de la revendication ou de la crainte des conséquences de la fin de l'assurance privée au premier euro.

Cette aspiration a plusieurs raisons, qui ne se limitent pas aux habitudes prises par les bénéficiaires de certaines garanties privées (les plus haut de gamme), offrant aujourd'hui un très large accès aux soins en Suisse⁴⁴. En effet, si certains frontaliers n'ont pas hésité à payer plus cher des garanties leur offrant cet accès, parfois quasiment généralisé, c'est en raison de problématiques réelles liées à leurs contraintes de vie quotidienne ainsi que, dans certains cas, à l'offre de soins régionale :

⁴³ Voir l'annexe 3, partie 4.4.2.

⁴⁴ Voir l'annexe 4, partie 1.3.

Rapport

- ◆ s'agissant de la vie quotidienne, il s'agit pour le frontalier de pouvoir se faire soigner à proximité de son lieu de travail : compte tenu d'un temps de travail légalement plus élevé qu'en France et de temps de trajet domicile-travail souvent assez conséquents, le frontalier aurait souvent du mal à consulter un médecin de ville après son retour en France le soir ; il serait alors assez pénalisant qu'il doive pour ce faire poser sa journée, d'autant plus que les droits à congés sont eux aussi plus modestes ;
- ◆ pour certains traitements lourds relevant du soin programmé (chimiothérapie, voir l'annexe 4, partie 1.1.3), la crainte – surtout en région genevoise, et plus encore dans le pays de Gex - est alors d'avoir à suivre ces traitements nettement plus loin du domicile et des proches, alors que certains frontaliers peuvent aujourd'hui recevoir de tels traitements au sein des hôpitaux genevois ;
- ◆ s'agissant de l'offre de soins régionale, les régions françaises frontalières avec la Suisse sont assez hétérogènes en matière de densité médicale, mais globalement sous-denses, avec même de véritables déserts médicaux, notamment dans le cas du pays de Gex (Ain). Ces différents points sont documentés dans l'annexe 4 (parties 2.1 et 2.2.1). Les frontaliers redoutent donc un effet de « file d'attente », qu'il s'agisse d'ailleurs de la médecine de ville ou du secteur hospitalier ;
- ◆ les échanges découlant des contacts de la mission avec les assureurs et mutuelles indiquent d'ailleurs que la part des soins effectués en Suisse dans le total des prestations d'assurance privée, si elle se limiterait la plupart du temps à environ 15 %, grimperait à 40 % dans certains secteurs de la région genevoise, notamment le pays de Gex. Même si ces chiffres n'ont pu être expertisés et consolidés pour l'ensemble du marché, ils semblent indiquer que le recours aux soins en Suisse est bien lié au moins pour partie à des insuffisances locales d'offre de soins (même si le comportement de recours aux soins en Suisse peut par la suite contribuer à entretenir cet état de fait) ;
- ◆ il convient enfin de signaler le cas particulier des frontaliers de nationalité suisse, habitués au système suisse et qui, à tort ou à raison, ont l'appréhension ici presque culturelle d'un système auquel ils n'ont jamais recouru.

Ces aspirations aux soins en Suisse interviennent par ailleurs dans un contexte où, comme indiqué précédemment (voir partie 2.4.2.2), l'assurance suisse LAMal, elle, ouvre droit en France, moyennant l'inscription des assurés auprès de leur CPAM de rattachement « *à toutes les prestations médicales et pharmaceutiques prévues par la législation française, qui seront prises en charge par la CPAM du lieu de résidence pour le compte de leur assureur suisse* », avec alors des remboursements sur la base de la réglementation de la Sécurité sociale, c'est-à-dire sans franchises.

3.3.2. Les dispositions de coordination communautaire applicables, parfois méconnues, semblent de nature à apaiser la plupart des craintes si elles sont bien appliquées

3.3.2.1. L'accès aux soins « nécessaires » en Suisse est garanti par les règlements communautaires applicables, et doit être pleinement mis en œuvre

L'article 19 du règlement communautaire 883/2004 qui s'applique aux frontaliers et à leur famille indique que ces personnes peuvent bénéficier, en Suisse, des prestations en nature qui s'avèrent « *nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour* ». Ceci recouvre notamment les situations d'urgence (pour lesquelles des conventions avec des établissements hospitaliers genevois ont été signées), mais pas seulement : le frontalier peut, par exemple, consulter un médecin en Suisse en marge de son travail, ceci sans accord préalable et avec un droit au remboursement sur la base du tarif suisse ou français selon son choix. Compte tenu de la contrainte d'unicité du médecin traitant, la logique veut alors qu'il soit possible pour le frontalier de choisir son médecin traitant en Suisse. La circulaire DSS/DACI n°2012-207 du 24 mai 2012 rappelle à cet égard que « *la possibilité de choisir un médecin traitant établi notamment en Suisse existe (...) selon les conditions prévues par le point III de la circulaire DSS/DACI n°2005-275 du 27 mai 2005* ».

Cette circulaire de 2005 rappelle en effet que « *le choix de désigner un médecin traitant établi hors de France doit impérativement être laissé aux assurés d'un régime français (...), notamment aux assurés (...) situés près d'une frontière, qui risquent d'être les plus nombreux à vouloir choisir leur médecin traitant à l'étranger* ». Elle pose toutefois une condition : le professionnel de santé établi dans un autre État membre, non conventionné de fait avec l'assurance maladie française, devra accepter de jouer pleinement le rôle de médecin traitant pour le compte d'un assuré d'un régime français (coordination du parcours de soin). Ceci posait la question de modalités de conventionnement spécifiques avec les professionnels de santé intéressés.

Or les lettres réseaux diffusées par la CNAMTS depuis lors ne portent jusqu'ici que sur l'organisation des rapports « *entre les médecins établis dans un autre État membre de l'UE-EEE et l'assurance maladie française* » (lettre réseau LR/DDGOS/129/2006 du 9 novembre 2006). Le cas des frontaliers travaillant en Suisse a donc été omis, le modèle d'accord avec les médecins diffusé au réseau des CPAM n'étant réputé applicable qu'aux praticiens « *exerçant dans un autre État membre de l'UE/EEE* ». Les caisses locales sont donc actuellement, en pratique, dans l'incapacité d'ouvrir aux assurés proches de la frontière suisse (et notamment aux frontaliers travaillant en Suisse) le droit à un médecin traitant de l'autre côté de la frontière, tel qu'il découle pourtant de la circulaire DSS/DACI n°2005-275. Il convient donc que la CNAMTS communique à son réseau des indications claires à cet égard, permettant de faire bénéficier les habitants des zones concernées (qui ne se limitent pas aux seuls frontaliers) des dispositions prévues dans les diverses circulaires précitées.

3.3.2.2. L'accès aux soins « programmés » en Suisse est en revanche soumis à autorisation, mais selon une procédure souple et présentant des garanties

Les prestations en nature supposant une autorisation préalable sont régies par l'article 20 du règlement communautaire n°883/2004 ; elles correspondent au seul cas où une personne assurée se rend dans un autre État membre « *aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour* ». Il est alors nécessaire qu'elle « *demande une autorisation à l'institution compétente* », « *accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie* ».

Rapport

La CNAMTS a indiqué à la mission que c'est la circulaire DSS/DACI n°2005-235 du 19 mai 2005 qui fait encore référence concernant la définition du périmètre de tels soins dits « programmés » : il s'agit des hospitalisations (hors conventions avec établissements étrangers régies par l'article R. 332-5 du code de la Sécurité sociale) ou des soins nécessitant le recours à des équipements lourds, ceux-ci étant définis limitativement dans l'article R. 122-26 du code de la santé publique.

Les principes d'autorisation du règlement européen sont repris dans l'article R. 332-4 du code de la Sécurité sociale, qui indique que la réponse à la demande d'autorisation doit être notifiée au plus tard deux semaines après réception de cette demande sous peine d'être réputée positive. Les décisions de refus doivent être dûment motivées : traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pouvant être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection.

Dès lors, d'éventuels goulots d'étranglement côté français devraient le cas échéant pouvoir être jugulés par une application raisonnée des règles d'autorisation en matière de soins programmés.

3.3.3. Des dispositions transitoires n'en restent pas moins nécessaires, s'agissant de la continuité des soins entamés en Suisse

Comme on l'a vu ci-dessus, les garanties offertes par l'assurance privée en matière de soins en Suisse sont dans certains cas plus larges que les dispositions résultant des règlements communautaires auxquels est soumise la Sécurité sociale.

Ainsi, au moment du basculement à la Sécurité sociale, certains assurés gravement malades pourraient se voir imposer un changement de professionnel ou de prestataire de santé, qu'ils devraient choisir en France au vu de la doctrine applicable en matière d'autorisation de soins programmés.

Quand bien même ces cas s'avéreraient assez isolés :

- ◆ il s'agirait de cas pour le moins malheureux humainement parlant, de telles situations étant potentiellement traumatisantes du point de vue du lien de confiance et de la qualité de la relation avec l'équipe soignante, mais aussi plus largement du moral du malade ;
- ◆ de tels cas seront du reste fort vraisemblablement immédiatement mis en exergue par les associations de frontaliers ou par des détracteurs de la réforme.

Il conviendra donc que les dispositions transitoires mises en œuvre par la CNAMTS et son réseau s'inspirent de l'article 28 du règlement communautaire 883/2004, relatif à la continuité des soins pour les frontaliers prenant leur retraite, selon lesquelles : « *un travailleur frontalier qui a pris sa retraite (...) a le droit, en cas de maladie, de continuer à bénéficier des prestations en nature dans l'État membre dans lequel il a exercé en dernier son activité salariée ou non salariée, dans la mesure où il s'agit de poursuivre un traitement entamé dans cet État membre. On entend par « poursuivre un traitement » le fait de déceler, de diagnostiquer et de traiter une maladie jusqu'à son terme.* ».

4. La concrétisation de la réforme : l'instauration d'une phase transitoire est nécessaire et doit être soigneusement préparée

4.1. La gestion au long cours des 153 000 frontaliers actuellement assurés auprès d'un opérateur privé ne devrait pas soulever de difficultés majeures

Concernant la gestion future des quelques 153 000 frontaliers devant être affiliés, soit environ 200 000 bénéficiaires avec un taux d'ayants droit de 0,31, les responsables de la CNAMTS et des CPAM rencontrés ont indiqué à la mission qu'elle correspond à la charge d'une « petite caisse » d'assurance maladie ; l'impact s'agissant du remboursement des soins aux frontaliers est néanmoins considéré comme limité au regard de l'automatisation de ce processus pour plus de 90 % des flux (voire même plus pour les prestations en nature, selon la CPAM de Haute-Savoie).

C'est surtout la charge de l'affiliation des nouveaux venus, leur accueil, la première instruction de leur dossier et leur suivi, qui sera génératrice d'un conséquent travail supplémentaire, cette population étant à la fois plus mobile qu'en France (variations liées à la conjoncture économique, au droit du travail suisse moins protecteur que le nôtre, aux changements courants d'employeurs, etc.), et assez exigeante en termes d'information et de contact personnel avec les administrations.

Au total, la CNAMTS a chiffré un besoin pérenne de 132 ETP supplémentaires (soit des frais de personnel de 6 046 815 €) et un besoin spécifique de 36 ETP pour le pic d'affiliation la première année. Ces chiffres, dont la méthodologie de calcul semble raisonnable, ont toutefois été estimés sur la base d'un jeu d'hypothèses concourant à minorer un peu la charge, avec un taux d'ayant droits à 0,25 (0,31 pour la mission) et une hypothèse d'option pour le régime français à 85 % (plus de 90 % pour la mission) ce qui aboutit à seulement 180 000 bénéficiaires, soit 10 % de moins que les 200 000 indiqués ci-dessus.

Pour sa part, l'ACOSS a livré « *en première approche* » une estimation qualifiée de « *basse* », à 80 ETP (non valorisés budgétairement), ceci à périmètre actuel de compétences et « *hors encadrement, activité de recouvrement et de front office* ». Ces données devront être approfondies et validées ultérieurement, à l'aune du rôle dévolu à la branche recouvrement.

4.2. En revanche, le changement total du système tel que proposé n'est pas possible à l'horizon du 1^{er} juin 2014 : la réforme doit s'opérer en deux temps

4.2.1. Le basculement de la totalité des frontaliers concernés à une date unique paraît devoir être évité

Vouloir affilier quelques 153 000 frontaliers à une date unique, celle du 1^{er} juin 2014, paraît constituer une gageure risquée, même en cherchant à l'anticiper au maximum ; on peut en effet craindre un manque d'empressement des frontaliers à anticiper leur affiliation avant le 1^{er} juin 2014, suivi d'une arrivée massive devant les portes des CPAM à ladite date ; un tel « big-bang » semble devoir être évité, au profit d'un basculement échelonné des frontaliers au moment de la date d'échéance naturelle de leurs contrats, même si cela ne s'impose pas juridiquement.

Rapport

Ce basculement permettrait tout d'abord de lisser le pic d'affiliation, la date anniversaire des contrats individuels étant généralement liée à la date de souscription, d'où une répartition à peu près étale sur l'année pour toute une partie des contrats d'assurance privée. Il permettrait aussi de retarder le pic (pour le cas des contrats collectifs avec échéance au 1^{er} janvier, le pic surviendrait au 1^{er} janvier 2015⁴⁵, soit sept mois après le début des opérations de basculement).

Ce basculement progressif selon la date anniversaire des contrats permettrait en outre de réduire très significativement le besoin de double campagne d'appel des cotisations en juin, lors de l'affiliation, puis durant l'été, dans le cadre de la campagne annuelle en vue de l'actualisation des ressources au 1^{er} octobre.

Les acteurs du marché de l'assurance privée rencontrés par la mission se sont parfois montrés favorables à une telle idée, qui leur paraît devoir faciliter la gestion des fins de contrats, notamment en évitant une gestion de masse de rétrocessions de primes associées à une résiliation par anticipation.

Encadré 5 : Quelques craintes des assureurs :

Les assureurs, notamment via la FFSA, ont néanmoins fait part des craintes suivantes :

- quelques problèmes de gestion du personnel avec des salariés restant en poste sur une queue de portefeuille qui s'étirole (mais selon la mission ces salariés pourront ainsi se consacrer, justement, à la montée en puissance symétrique des garanties complémentaires) ;
- un risque d'aléa moral avec une multiplication des mauvais payeurs au sein des portefeuilles (à mesure que la date du basculement à la sécurité sociale se rapproche), mais là encore un certain nombre de frontaliers inscriront leur relation avec l'assureur dans la durée compte tenu de leur volonté de souscrire une assurance complémentaire ;
- un problème pour concentrer les campagnes d'information auprès des frontaliers.

Mais la FFSA indique dans le même temps redouter des délais trop courts au vu des besoins de réorganisation des assureurs et intermédiaires et d'accompagnement des frontaliers. Elle sollicite donc que les pouvoirs publics prévoient un délai de mise en application d'au minimum 10 mois et non de seulement 5, entre la fixation définitive du cadre juridique et sa mise en application légale, ce qui conduirait à reporter la suppression du droit d'option au plus tôt au 30 septembre 2014, voire au 31 décembre 2014, afin de se placer dans le cadre d'une année civile. Or le scénario préconisé par la mission permet justement d'étaler le basculement des assurés jusqu'au 1^{er} juin 2015.

Source : Mission.

La CNAMTS souligne le risque que « *les assureurs privés reportent l'ensemble de leurs contrats jusqu'au 1er juin 2015 (sans contrôle possible de la date anniversaire)* ». La mission estime effectivement qu'il est plus prudent de fixer dans la loi une date limite au 1^{er} juin 2015 comme borne à l'échéance naturelle des contrats, à compter de laquelle plus aucun contrat ne pourra être ni signé, ni prolongé ; les assureurs qui ne se conformeraient pas à cette règle prendraient des risques contentieux conséquents, notamment avec leur clientèle, qui font douter d'une telle issue.

4.2.2. Les organismes de sécurité sociale ne garantissent pas pleinement être en posture de gérer dès le 1^{er} juin 2014 un nouveau « petit régime » propre aux frontaliers tel qu'il est proposé par la mission

Les propositions de la mission emporteront des changements importants sur de nombreux points : l'assiette des cotisations, un taux de cotisation maladie, un taux de CSG, des rôles redéfinis entre organismes, et cela pour potentiellement quelques 153 000 personnes à

⁴⁵ La CNAMTS mentionne également dans sa réponse le 1^{er} avril 2015, mais la pratique du 1^{er} avril correspond plutôt aux assureurs adhérents au GEMA, dont il est apparu qu'ils sont quasi-absents du marché de l'assurance au premier euro des frontaliers.

Rapport

affilier, soit un changement d'échelle conséquent. C'est dire les novations nécessaires en termes de procédures et d'outils informatiques indispensables.

4.2.2.1. Ayant vocation à récupérer l'ensemble du travail de calcul des cotisations et contributions, les URSSAF doivent adapter leur système d'information et mettre en place des échanges automatisés avec d'autres organismes, ce qui requiert plusieurs mois de travail

Alors qu'actuellement elles n'ont à recouvrer les cotisations que d'environ 9 000 frontaliers bénéficiaires de la CMU de base au plan national, les URSSAF verront leur travail amplifié très substantiellement avec le calcul des cotisations, dont celles de la CSG non appliquée pour l'instant aux frontaliers, et leur recouvrement.

Le directeur de l'ACOSS a clairement indiqué à la mission que la mise en œuvre de ce dispositif « doit s'accompagner d'une gestion optimisée en matière d'échanges de données sur la base d'une dématérialisation de l'ensemble des flux, condition non suffisante mais nécessaire ». Or, selon les entretiens conduits, l'élaboration de nouveaux systèmes informatiques demandera de l'ordre de 24 mois pour être opérationnelle. Préalablement, la CNAMTS imagine de possibles transmissions de données par CD-ROM et l'ACOSS concède qu'il « est possible que les URSSAF soient » au départ « obligées de gérer une partie des tâches en non dématérialisé ».

La mission ne peut à ce stade valider ces éléments, qui semblent devoir être expertisés plus à fond conjointement par les deux organismes.

4.2.2.2. Si l'adaptation des moyens actuels des CPAM sera moins importante que pour les autres organismes de sécurité sociale, celles-ci auront néanmoins besoin de temps pour adapter leur SI au nouveau mode d'affiliation spécifique des frontaliers

La CNAMTS, dont le réseau conserverait le rôle de contact de premier niveau avec les affiliés, prévoit à cet effet d'aménager, en deux mois environ, un programme existant pour permettre l'affiliation et l'ouverture des droits. En revanche, elle semble partir du principe que la branche recouvrement sera dès le départ en charge du calcul puis du recouvrement des cotisations. La réception toute récente de son analyse et la nécessité de la recroiser avec l'avis de l'ACOSS évoqué ci-dessus ne permettent pas à la mission de garantir l'efficacité du dispositif totalement rénové au 1^{er} juin 2014. Cela devra être analysé plus finement pour être éventuellement validé.

4.2.2.3. La DGFIP sera appelée, elle aussi, à développer des échanges de données informatisés avec les CPAM et les URSSAF

A juste titre, la direction de l'ACOSS signale que la connaissance des revenus d'assiette des frontaliers devra faire l'objet d'envois dématérialisés par les services de la DGFIP pour permettre le calcul des cotisations sur la bonne assiette.

Or l'expérience montre que ce type d'échanges entre administration fiscale et organismes de sécurité sociale est long à mettre en place et ne fonctionne qu'imparfaitement, notamment du fait des différences d'identifiants : 15 % de non-appariements par exemple dans le cas des rapprochements de fichiers entre la DGFIP et la CNAF.

Rapport

Dans l'attente, ce sont donc les CPAM qui transféreraient aux URSSAF des données de base sur la composition du foyer ou encore les revenus d'assiette. C'est pourquoi la mission ne peut que se montrer réservée sur le réalisme d'un basculement réussi dans le régime spécifique « frontaliers » à la date du 1^{er} juin prochain.

4.2.3. La mission préconise une mise en place de la réforme en deux temps

Au regard des analyses qui précèdent, il apparaît plus judicieux à la mission de réformer en deux temps, à la fois pour que la mise en œuvre soit réussie et parce que la stratégie proposée doit aussi permettre de lisser un peu la montée en charge des cotisations. Seul un engagement clair et concerté des organismes de sécurité sociale concernés pourrait éventuellement être de nature à dispenser d'une telle phase transitoire.

4.2.3.1. Du 1^{er} juin 2014 au 1^{er} juin 2015, affiliation de tous les frontaliers à la CMU de base selon le dispositif actuellement en vigueur à la date anniversaire de leur contrat d'assurance privée

L'actuelle répartition des compétences entre organismes de sécurité sociale serait intégralement maintenue : monopole du régime général vis-à-vis du RSI et MSA, affiliation et calcul des cotisations par les CPAM et recouvrement par les URSSAF.

Le même niveau de prélèvement serait également maintenu, soit 8 % du revenu fiscal de référence, avec le double abattement de 10 % sur les salaires puis celui spécifique de 9 356 €. Cela correspond au scénario 1-A présenté en annexe 5.

La CNAMTS, pour mieux connaître la population frontalière et suivre leur arrivée dans l'assurance maladie française, serait en revanche invitée à prévoir un encodage spécifique, également utile pour suivre le passage en phase 2. Elle indique d'ailleurs qu'il lui faudra aussi identifier les frontaliers et autres titulaires du droit d'option parmi ses actuels affiliés à la CMU (ils ne seront pas forcément incités à se faire connaître s'ils ont vocation à se voir appliquer à terme des prélèvements globalement plus élevés).

La CNAMTS devra donc prévoir les moyens humains permettant de gérer l'arrivée des frontaliers, leur affiliation et le calcul des cotisations notamment, mais aussi en disposer ; la tutelle devrait logiquement les lui accorder, d'autant plus que la CNAMTS a exprimé une forte réserve sur ce découplage en deux phases⁴⁶, qui nécessite pour elle de gérer l'affiliation à la Sécurité sociale d'un certain nombre de frontaliers, de procéder transitoirement à des calculs de cotisations certes inchangés, mais sur des effectifs bien plus larges, et enfin de rebasculer cette population, à l'issue de la première année, au sein d'un « petit régime » qui ne serait plus rattaché à la CMU.

Enfin, la CNAMTS évoque dans son avis l'opportunité d'obtenir en amont, de l'Office des assurances sociales suisse (OFAS), les listes de frontaliers optant ou ayant opté pour l'assurance maladie en France (qui sont tous assurés en Suisse pour les accidents) ; les contacts que la mission a eus avec l'OFAS ne laissent pas augurer d'une telle possibilité compte tenu du grand nombre de fichiers qui seraient nécessaires (différents assureurs accidents) mais surtout du fait que les assureurs accidents du travail et maladies professionnelles assurent directement l'ensemble de la main d'œuvre d'un employeur, et non un individu.

⁴⁶ « Cette hypothèse présente une contrainte très importante à la fois d'identification de la population frontalière affiliée à la CMU de Base dans l'outil « Base Ressources » et d'intégration manuelle dans le nouveau régime spécifique la deuxième année soit un double traitement pour les CPAM ».

Rapport

En l'absence de modification de fond par rapport à l'actuelle CMU, la réforme peut se faire par simple décret prévoyant le basculement des frontaliers à la CMU à la date anniversaire de leur contrat d'assurance privée ; mais l'intervention d'un décret est indispensable pour sécuriser le dispositif au plan juridique, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. La phase 2 telle que préconisée par la mission implique, elle, une réforme de la loi.

4.2.3.2. A compter du 1^{er} juin 2015, calcul des cotisations et contributions selon l'un des deux scénarios retenus par la mission

Il convient de souligner à nouveau le grand avantage de ce scénario en deux temps qui permet d'adoucir la montée du niveau de prélèvement par rapport à l'assurance privée ; en effet, le changement d'assiette et la suppression des deux abattements rendront le niveau de prélèvement plus important, et cela même si le taux global maladie plus CSG restait identique au taux de 8 % du système CMU actuel. Pour accompagner cette logique ou la soutenir, il pourrait être envisagé de réduire progressivement l'abattement de 9 356 € de la CMU plutôt que de le supprimer totalement au 1^{er} octobre 2015, en l'appliquant seulement pour le calcul des cotisations maladie, et pas pour la CSG. Mais la mission attire l'attention sur l'importance de ne pas compliquer outre mesure la gestion par des mesures transitoires qui, en cas de trop grande complexité, s'avèreraient contre-productives en nuisant à la qualité du service rendu au frontalier.

4.3. La réforme devra s'accompagner d'un gros effort de communication, de pilotage et de suivi

4.3.1. L'investissement dans une campagne de communication d'ensemble est indispensable à la réussite de la réforme

A l'occasion de ses rencontres sur le terrain, avec les associations de frontaliers notamment, la mission a entendu souvent des idées fausses sur les motivations de la réforme envisagée, sur l'équité réelle des dispositifs réciproques des frontaliers et non frontaliers, sur les conséquences financières, économiques ou sanitaires à en attendre ; il semble essentiel à la mission de combattre ces peurs par une communication largement anticipée, soignée et constante sur tous les sujets et en premier lieu ceux qui inquiètent le plus les intéressés :

- ◆ le niveau des cotisations et leur impact financier d'abord pour que chaque frontalier puisse connaître ce que la réforme va lui coûter et disposer d'un minimum de visibilité quant à ses finances personnelles ;
- ◆ les modalités de la montée en puissance progressive du dispositif.

En direction des élus, il conviendra sans doute de donner ou rappeler les éléments essentiels de la réalité frontalière, sur les revenus notamment, et de montrer que ce sont des choix raisonnés, adaptés et justes qui sont faits.

Persuadées de l'importance de cette question, la CNAMTS et ses CPAM devront être à même de donner une information claire, objective et pratique à leurs nouveaux ressortissants et au plus proche d'eux, sans négliger le relais possible des associations (d'ailleurs déjà utilisé). La CNAMTS prévoit divers dispositifs à cet effet : une *hotline*, son réseau et des partenariats locaux, une information spécifique sur son site Amelie.fr, une offre de télé-services. Elle indique enfin que « *le maillage territorial sur les points d'accueils dans les zones frontalières sera optimisé sur notamment Morteau, Pontarlier, Saint Louis, Mulhouse, etc.* ». La qualité de l'offre de contact direct qu'elle pourra offrir est un aspect essentiel du dossier.

4.3.2. La réforme doit être soigneusement pilotée par les autorités ministérielles, la CNAMTS et l'ACOSS

La réforme envisagée sera lourde à conduire et sa réussite suppose un constant et étroit travail en commun avec des acteurs multiples, dont la DSS, la CNAMTS et l'ACOSS sont les plus impliqués et les plus essentiels.

C'est en effet par une anticipation collective et suffisante que l'on se donnera les meilleures chances de succès ; le basculement progressif des frontaliers selon la date d'échéance des contrats ne peut suffire à éliminer tous les points de blocage ou de crispations potentiels.

La préparation soignée des *process* entre acteurs et des outils informatiques constitue un point majeur, sur lequel la mission n'a pu obtenir toutes les assurances escomptées et qui demande donc un suivi très étroit ; les difficultés rencontrées lors de la création du RSI et de l'interlocuteur social unique (ISU) sont encore bien présentes dans les esprits. C'est pourquoi la mission préconise en conséquence la constitution d'un comité de pilotage de la réforme à réunir régulièrement, associant les acteurs précités, sous le contrôle du Ministère des affaires sociales et associant le ministère de l'économie et des finances au titre de l'important rôle attendu des services de la DGFIP.

La réforme devra également être suivie dans ses effets concrets, par un contact maintenu avec les associations de frontaliers et les parlementaires qui pourraient être associés de temps à autre à un comité de suivi.

4.3.3. Les autorités publiques pourraient porter une attention particulière aux quelques dizaines d'emplois des compagnies d'assurance et des mutuelles directement concernés par la réforme

Une bonne partie des assureurs privés concernés sont des sociétés importantes pour lesquelles l'activité frontalière reste marginale ou secondaire dans leur chiffre d'affaires et l'activité de leurs employés ; de plus ces assureurs pourront réorienter une partie de leur activité vers l'offre d'assurances complémentaires.

Cependant, quelques acteurs se sont spécialisés sur l'offre frontalière, l'exemple le plus emblématique étant celui de « la Frontalière » basée à Morteau dont l'assurance au premier euro des frontaliers est l'activité exclusive, ce qui objectivement n'a pas été une stratégie très réaliste alors que la fin du droit d'option est annoncée de longue date ; elle annonce en conséquence devoir supprimer une vingtaine d'emplois, et envisage de travailler sur les assurances complémentaires.

Selon les estimations de la mission sur la base des nombreux contacts pris avec le secteur, ce sont entre 100 et 200 emplois qui sont directement menacés, certains courtiers pouvant aussi en souffrir plus ou moins.

Pour aider à la prise en compte de ces situations, il est suggéré de mettre en place un échange d'information entre Pôle Emploi et les CPAM qui auront besoin, au moins à la marge, de recruter un peu de personnel ; quelques emplois menacés pourraient ainsi être repris par les CPAM ; toutefois, il est important que cela soit effectué au cas par cas et non pas d'instaurer un principe général de reprise de tous les emplois impactés, comme certains acteurs ont pu le suggérer.

En tant que de besoin les entreprises concernées pourront relever d'un examen par les structures de l'État compétentes à l'égard des entreprises en difficultés, CDCSF et CODEFI notamment.

4.3.4. La connaissance des revenus par les DRFiP devra être fiabilisée pour l'ensemble des frontaliers

Comme indiqué précédemment, la mission estime que la détermination de l'assiette continuera de se faire à partir des avis IR, afin d'éviter aux organismes de sécurité sociale une tâche en fait déjà accomplie par les DDFiP.

L'enjeu de fiabilisation des revenus acquis en Suisse et obligatoirement déclarés pour l'IR, même s'ils ont fait l'objet d'un prélèvement à la source en Suisse, sera toutefois considérablement accru car il y a aura sans doute une aggravation du risque de fraudes compte tenu de l'impact budgétaire de la réforme pour les ménages.

Encadré 6 : Un enjeu de connaissance du revenu pour les finances publiques

La situation fiscale du frontalier varie selon le canton d'activité : 8 cantons signataires d'un accord du 11 avril 1983 prévoient l'imposition en France des salariés frontaliers, mais pour les autres cantons (dont Genève), les salariés frontaliers sont imposés à la source en Suisse, malgré une obligation de dépôt de déclaration d'IR en France. En contrepartie, est alors mis en œuvre un mécanisme de crédit d'impôt à hauteur de l'impôt qui aurait été dû en France sur ces revenus (article 25 de la convention fiscale). Ceci implique, dans le cas de ménages ne disposant que de revenus d'activité imposés à la source en Suisse, une neutralité totale des revenus déclarés pour les finances publiques ; pour les ménages imposés à la source disposant d'autres revenus en France⁴⁷, les revenus professionnels perçus en Suisse n'interviennent que dans la détermination du taux marginal à appliquer aux autres revenus (le revenu d'activité en Suisse étant neutralisé en termes d'assiette).

En toute hypothèse, les revenus perçus en Suisse doivent être mentionnés dans une déclaration annuelle d'impôt en France.

Cependant, le document méthodologique de l'INSEE du 28 juin 2012 « *revenus fiscaux localisés des ménages, année 2010* » note que « *certaines zones frontalières présentent un premier décile de revenu par unité de consommation nul ou particulièrement faible. Si ces zones ne présentent pas a priori une forte population « défavorisée », cela peut révéler la présence dans ces zones de travailleurs frontaliers dont la déclaration de revenus ne mentionne pas leurs revenus perçus et imposés à l'étranger (bien qu'une rubrique de la déclaration soit spécifiquement prévue pour ces revenus, non imposés en France mais pris en compte pour le calcul du taux effectif d'imposition)* ».

Source : Mission.

Il serait également important de veiller à ce que les contribuables qui indiqueraient s'installer en Suisse, pour ne pas être affiliés à la Sécurité Sociale française et pouvoir choisir la LAMal, le font réellement, de manière à éviter des domiciliations fallacieuses ou de complaisance, que plusieurs acteurs ont annoncées à la mission.

Celle-ci a perçu dans ses contacts avec les DDFiP et la DGFIP que la lutte contre la fraude possible de certains frontaliers ne se voyait pas affecter un ordre de priorité très significatif actuellement, ses enjeux rapportés aux enjeux nationaux étant « relatifs » (ainsi, l'amende de 150 € en cas de non dépôt de la déclaration IR est peu utilisée) ; la mission suggère un effort pour les années à venir, qui pourrait aussi être pris en compte par les organismes concernés (DDFiP, URSSAF et CPAM) au sein des CODAF départementaux. Elle a noté aussi l'intérêt que pourrait avoir un échange renforcé d'informations avec les autorités suisses homologues sur les revenus des frontaliers, dans une logique de contrôle renforcé⁴⁸.

⁴⁷ Concernant l'enjeu plus spécifique de connaissance des pensions suisses (signalé à la mission par des DDFiP), l'office fédéral des assurances sociales a confirmé qu'il existe une attestation de rente comme il existe un certificat de salaire. Néanmoins, encore faut-il savoir qu'un contribuable touche une retraite suisse pour le lui demander.

Rapport

La DGFIP doit également participer activement, pour la réussite de la réforme, à l'indispensable démarche de création d'échanges automatisés de données avec les organismes de sécurité sociale liquidateurs, comme cela a déjà été souligné antérieurement. Il conviendrait, à terme, d'assurer y compris la transmission des redressements *ex post* des revenus initialement déclarés (actuellement les CPAM ne sont pas informées en cas de détection par la DGFIP d'une sous-évaluation des revenus du frontalier).

CONCLUSION

Après avoir rencontré de nombreuses parties prenantes au dossier, tant administratives qu'associatives ou politiques, la mission propose d'aller vers un dispositif plus proche des principes et modalités de fonctionnement habituels de l'assurance maladie, notamment en retenant comme assiette de cotisation maladie future le salaire le revenu professionnel ou la pension de retraite, ce qui implique de ne plus affilier les frontaliers à la Sécurité sociale dans le cadre de la CMU.

Compte tenu des enjeux d'équité mais aussi juridiques et économiques y compris de comparaison avec l'assurance maladie suisse, la mission propose deux possibilités de taux de cotisation maladie, de 6 % ou de 3 % et ce, pour tous les titulaires du droit d'option, salariés, indépendants ou retraités. Les rendements budgétaires sont légèrement supérieurs dans le second cas (moindre taux de fuite des frontaliers vers l'assurance en Suisse), mais l'équité est en revanche moindre par rapport aux autres résidents français.

La mission estime par ailleurs que l'exemption de CSG dont bénéficient les frontaliers via le système CMU n'est pas conforme à l'égalité devant les charges publiques, mais la prise en compte de la jurisprudence communautaire en la matière la conduit à préconiser d'imposer la seule part de la CSG affectée à la maladie, soit un taux unique de 5,29 % y compris pour les retraités titulaires du droit d'option.

Un troisième scénario à 8 % de taux assis sur l'assiette actuelle de la CMU, soit le revenu fiscal de référence, et sans imposition de CSG, est lui destiné à couvrir une période transitoire que la mission estime nécessaire compte tenu des enjeux organisationnels.

La mission propose en effet de lisser l'arrivée des frontaliers en les affiliant à la date d'échéance de leur contrat privé, et au plus tard le 1^{er} juin 2015. Cette suggestion recueille l'accord de l'ACOSS. Quant au passage au nouveau régime comportant une assiette rénovée, un prélèvement CSG et une cotisation maladie, il semble raisonnable de le repousser au 1^{er} juin 2015, ce temps étant nécessaire pour préparer notamment les systèmes d'information permettant des échanges dématérialisés entre CPAM, URSSAF et DGFIP.

Ces modalités transitoires appellent toutefois à des échanges complémentaires avec les principaux organismes de sécurité sociale, dont les réponses écrites reçues en fin de mission ne convergent pas sur tous les aspects.

Concernant le positionnement au long cours des acteurs, la mission suggère, avec l'accord des intéressés, que le calcul des cotisations, actuellement opéré par les CPAM soit à terme confié aux URSSAF comme elles le font pour la quasi-totalité des régimes. La mission privilégie une poursuite de la centralisation de la gestion de tous les frontaliers (salariés, indépendants, exploitants agricoles) par le régime général, un scénario associant la MSA pouvant toutefois mériter quelque attention.

La mission souligne par ailleurs, d'une part, le besoin de dispositions transitoires permettant aux frontaliers ayant entamé des soins en Suisse de les y poursuivre et, d'autre part, l'enjeu de long-terme d'une meilleure connaissance du revenu des frontaliers par la DGFIP.

Rapport

En termes de gouvernance de la réforme, la mission préconise un pilotage étroit sous l'égide du ministère en charge des affaires sociales et de la santé, avec la participation du ministère de l'économie et des finances, pour coordonner au mieux les nombreux acteurs impliqués qui doivent partager la mise en œuvre.

Un élément clé du succès sera la qualité et la réactivité de la communication afin d'informer au mieux les frontaliers de la réalité de la réforme et de ses conséquences, financières notamment.

Ceci suppose que les organismes missionnés soient eux-mêmes avertis des modalités retenues en temps utile.

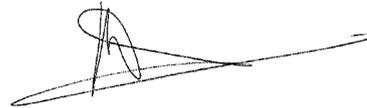
A Paris, le 29 juillet 2013

L'inspecteur général des finances

A blue ink signature in cursive script, appearing to read 'C. Decharrière'.

Christian DECHARRIÈRE

L'inspecteur des affaires sociales

A black ink signature in cursive script, appearing to read 'J. Rousselon'.

Julien ROUSSELON

L'inspecteur des finances

A blue ink signature in cursive script, appearing to read 'J.-M. Toublanc'.

Jean-Marc TOUBLANC

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION**
- ANNEXE 2 : LA POPULATION FRONTALIÈRE : DÉNOMBREMENT ET PORTRAIT**
- ANNEXE 3 : COMPARAISON DES SYSTÈMES D'ASSURANCE MALADIE**
- ANNEXE 4 : L'OFFRE DE SOINS POUR LES FRONTALIERS**
- ANNEXE 5 : ÉTUDE CHIFFRÉE DES IMPACTS DE LA RÉFORME SELON DIFFÉRENTS SCÉNARIOS**
- ANNEXE 6 : QUESTIONS FISCALES SPÉCIFIQUES À LA POPULATION FRONTALIÈRE**
- ANNEXE 7 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**

ANNEXE I

Lettre de mission

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Les Ministres

Paris, le 05 MARS 2013

NOTE

à Madame Marie-Christine LEPETIT,
Chef du service de l'Inspection générale des finances
et à Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission sur l'intégration des travailleurs frontaliers dans le droit commun de l'assurance maladie

L'accord du 21 juin 1999 signé entre la Communauté européenne et la Suisse sur la libre circulation des personnes contient des aménagements aux règles déterminant l'État d'affiliation pour la couverture maladie des travailleurs résidant en France et exerçant leur activité en Suisse. Ainsi, alors que toute personne résidant en France mais occupée en Suisse ou titulaire d'une rente ou d'une pension suisse est affiliée en principe à l'assurance maladie obligatoire en Suisse, l'annexe II de l'accord, y compris dans sa version révisée entrée en vigueur le 1^{er} avril 2012, prévoit que les travailleurs frontaliers peuvent opter pour une couverture maladie française. L'exercice de cette option, qui doit intervenir dans les trois mois à compter de la survenance de l'obligation de s'affilier en Suisse, est irrévocable, sauf changement de situation professionnelle.

Les travailleurs frontaliers qui font le choix d'une couverture maladie en France peuvent, en application de dispositions législatives particulières, soit être affiliés au régime général de sécurité sociale moyennant une contribution proportionnelle à leur revenu, soit souscrire à une assurance maladie privée au premier euro auprès d'un organisme d'assurance. Cette faculté, dérogatoire au droit commun, concerne aujourd'hui près de 80% des travailleurs frontaliers de la Suisse, soit un peu plus de 100 000 personnes. Le régime de prélèvements sociaux applicable aux travailleurs frontaliers affiliés au régime général est également dérogatoire : la cotisation maladie est au taux de 8% et ne s'applique qu'au-delà d'un seuil de revenu, fixé à 9 356 € annuels depuis le 1^{er} octobre 2012 ; ces personnes sont en outre exonérées de CSG et de CRDS.

Ce régime particulier, dérogeant au monopole de la sécurité sociale, prendra fin au 1^{er} juin 2014. Nous vous demandons, dans ce cadre, de diligenter une mission chargée de déterminer les conditions de l'intégration des travailleurs frontaliers dans le droit commun de l'assurance maladie afin de garantir qu'elle se déroule dans des conditions satisfaisantes, sans rupture dans l'accès aux soins et la prise en charge des prestations.

Il appartiendra à la mission en premier lieu de comparer la situation des travailleurs frontaliers qui optent pour l'assurance privée à celle des salariés assurés au régime général, en termes de niveau et structure de contribution, de circuit de recouvrement et de couverture du risque maladie.

La mission évaluera le niveau de prélèvement social sur les revenus suisses à même de garantir un effort contributif des travailleurs frontaliers comparable à celui des salariés en France, compte tenu des différences de champ des risques couverts (notamment, l'absence de couverture des prestations en espèces) et des cotisations déjà acquittées par ailleurs par les travailleurs frontaliers (comme l'assurance accident). A cette occasion, la mission étudiera la pertinence du maintien de l'exonération de la CSG et de la CRDS.

La mission appréciera dans un second temps les conséquences individuelles et collectives, tant économiques que sociales, de ce changement.

Elle mesurera en particulier l'impact de l'intégration des travailleurs frontaliers au régime général sur les dépenses du régime que sur l'organisation de la prise en charge médicale et administrative. La mission devra à cet égard formuler des propositions visant à garantir tant la continuité de soins des travailleurs frontaliers, notamment pour le suivi des traitements qu'ils peuvent recevoir en dehors du territoire français, que la qualité du service rendu aux travailleurs frontaliers par les organismes de sécurité sociale, à la fois dans la gestion de leurs prestations et dans le recouvrement de leurs cotisations et contributions. Il importe en effet de veiller à ce que l'augmentation très forte de la population affiliée dans les régions frontalières ne se traduise par aucun retard dans le remboursement des prestations ou difficulté dans le règlement des contributions.

Les services du ministère des affaires sociales et de la santé, notamment la direction de la sécurité sociale, de même que la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, apporteront leur concours au travail qui vous est demandé. La mission veillera à consulter les associations représentatives des travailleurs frontaliers de même que les organismes assureurs particuliers qui assurent aujourd'hui leur couverture.

Vos conclusions devront nous être remises dans un délai de trois mois.

Le ministre
des économies et des finances



Pierre MOSCOVICI

La ministre des affaires sociales
et de la santé



Marisol TOURAINE

Le ministre délégué
chargé du budget



Jérôme CAHUZAC

ANNEXE 2

La population frontalière : dénombrement et portrait

SOMMAIRE

1. EN L'ABSENCE D'UNE BASE STATISTIQUE PROPRE AUX FRONTALIERS, L'ÉTUDE DE LA POPULATION FRONTALIÈRE MENÉE PAR LA MISSION REPOSE SUR TROIS SOURCES DE DONNÉES DISTINCTES.....	3
1.1. La population frontalière regroupe trois catégories principales de personnes	3
1.2. Les données de l'Office fédéral de la statistique suisse ne répertorient que les travailleurs frontaliers qui ne sont pas de nationalité suisse.....	4
1.3. Si les statistiques de l'INSEE portent sur un éventail de population plus large, elles ne sont toutefois pas complètement exhaustives et déjà un peu anciennes.....	4
1.4. Les données de la DGFIP sont essentiellement intéressantes en matière de connaissance des revenus de la population frontalière.....	5
2. CONNAISSANT UN ACCROISSEMENT IMPORTANT DEPUIS 10 ANS, LA POPULATION FRONTALIÈRE, DE L'ORDRE DE 175 000 PERSONNES, SE CONCENTRE SUR 6 DÉPARTEMENTS FRANÇAIS	6
2.1. La population frontalière résidant en France est de plus en plus importante	6
2.1.1. <i>Le nombre de travailleurs frontaliers franco-suisse s'est accru d'environ 65 % au cours des 10 dernières années.....</i>	<i>6</i>
2.1.2. <i>La population frontalière compte aujourd'hui environ 175 000 personnes.....</i>	<i>7</i>
2.1.3. <i>Plus de la moitié des travailleurs frontaliers en Suisse résident en France</i>	<i>9</i>
2.2. La population frontalière se concentre sur quelques territoires.....	10
2.2.1. <i>98 % des frontaliers résident dans les départements de l'Ain, du Doubs, du Jura, du Haut-Rhin, de la Haute-Savoie et du Territoire de Belfort</i>	<i>10</i>
2.2.2. <i>Plus de la moitié des frontaliers travaillent dans le seul canton de Genève.....</i>	<i>10</i>
2.3. Les frontaliers sont plutôt des hommes, de tous âges, travaillant dans les secteurs de l'industrie et du commerce.....	11
2.3.1. <i>60 % des travailleurs frontaliers sont des hommes.....</i>	<i>11</i>
2.3.2. <i>La répartition de la population active frontalière selon l'âge sur les 6 principaux départements présente quelques différences par rapport à celle de l'ensemble de la population active sur ces mêmes départements.....</i>	<i>12</i>
2.3.3. <i>80 % des emplois frontaliers correspondent à des embauches dans le secteur de l'industrie et du commerce</i>	<i>13</i>
3. LES TRAVAILLEURS FRONTALIERS DISPOSENT DE REVENUS LARGEMENT SUPÉRIEURS À CEUX DES MÉNAGES TRAVAILLANT EN FRANCE.....	15
3.1. Les salariés frontaliers des 6 départements frontaliers gagnent en moyenne 2,5 fois plus que les autres salariés de ces mêmes départements	15
3.2. Alors que seulement 6 % des salariés en France gagnent plus de 4 000 € par mois, environ la moitié des salariés frontaliers perçoivent un revenu mensuel supérieur à cette somme.....	16
3.3. Les salaires perçus par les frontaliers représentent un poids significatif dans l'ensemble des salaires perçus dans chaque département.....	17
3.4. Si les salariés frontaliers présentent des frais professionnels plus élevés, ces derniers pèsent proportionnellement moins sur leurs revenus que pour l'ensemble des autres salariés embauchés en France.....	18
4. EN TENANT COMPTE DE LEUR SITUATION FAMILIALE, LA MISSION A PU IDENTIFIER PLUSIEURS CATÉGORIES DE TRAVAILLEURS FRONTALIERS, CATÉGORIES QUI SERVIRONT AU CHIFFRAGE DES IMPACTS DE LA RÉFORME	20

1. En l'absence d'une base statistique propre aux frontaliers, l'étude de la population frontalière menée par la mission repose sur trois sources de données distinctes

1.1. La population frontalière regroupe trois catégories principales de personnes

Conformément aux dispositions de l'article L 380-3-1 du code de sécurité sociale, qui renvoient à celles de l'accord sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, les personnes concernées par le droit d'option conventionnel (choix entre une couverture d'assurance santé en Suisse ou une couverture en France) et le droit de sous-option national (choix entre le régime général de la Sécurité sociale ou une assurance privée), relèvent en fait de deux grandes catégories : d'une part, les travailleurs frontaliers résidant en France ; d'autre part, les titulaires de (seules) pensions ou rentes suisses résidant en France.

En ce qui concerne la première catégorie de personnes, l'article premier du règlement communautaire n°883/2004¹ relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, donne une définition précise de la notion de « *travailleur frontalier* ». Il s'agit de « *toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine* ». Elle regroupe ainsi les salariés, les indépendants (commerçants, artisans, professions libérales), les exploitants agricoles et tous autres travailleurs exerçant une activité sur le territoire suisse et résidant en France, c'est-à-dire retournant tous les soirs ou au moins une fois par semaine en France.

En ce qui concerne la seconde catégorie, conformément notamment aux dispositions des articles 23 et 24 du règlement communautaire n°883/2004 précité, seuls les titulaires de pensions ou rentes suisses sont visés. En effet, les doubles pensionnés, percevant à la fois une pension suisse et une pension française, et qui résident en France, relèvent obligatoirement du régime général de la sécurité sociale française. Ils ne bénéficient donc pas de la possibilité du droit d'option conventionnel ou du droit de sous-option national.

La population frontalière comprend ainsi les catégories suivantes :

- ◆ les salariés embauchés en Suisse et résidant en France ;
- ◆ les indépendants (commerçants, artisans, professions libérales) et les exploitants agricoles exerçant leur activité principale en Suisse et résidant en France ;
- ◆ les titulaires d'une unique pension ou rente suisses résidant en France.

Or il n'existe pas d'études statistiques ou de bases de données permettant de recenser intégralement, selon les mêmes méthodes quantitatives, l'ensemble de cette population frontalière.

¹ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, entré en vigueur le 1^{er} mai 2010.

1.2. Les données de l'Office fédéral de la statistique suisse ne répertorient que les travailleurs frontaliers qui ne sont pas de nationalité suisse

L'office fédéral de la statistique suisse² procède à une étude spécifique portant sur les frontaliers. Remaniée entièrement en 2007, la statistique des frontaliers (STAF) est une statistique de synthèse élaborée à partir des bases de données de la statistique de l'emploi (STATEM), du recensement fédéral des entreprises (RE) et du système d'information central sur la migration (SYMIC).

Elle porte sur tous les travailleurs frontaliers étrangers, c'est-à-dire les travailleurs de nationalité non suisse en possession d'une autorisation spécifique pour frontalier (permis de travail G) et exerçant une activité lucrative en Suisse. Y sont ainsi recensés les salariés embauchés sur le territoire suisse mais également l'ensemble des indépendants, quel que soit leur statut.

Si cette statistique a le mérite de donner un aperçu fiable, depuis au moins 10 ans, de l'évolution numérique des travailleurs frontaliers, elle n'est en revanche pas exhaustive. En particulier, elle ne comprend pas la catégorie des travailleurs de nationalité suisse, embauchés dans une entreprise suisse et qui résident en France³. Elle n'intègre pas non plus les non travailleurs, c'est-à-dire les titulaires de pensions ou rentes suisses résidant sur le territoire français. Il en va de même des employés des organisations internationales gouvernementales⁴.

Or les différentes catégories de personnes omises ne sont pas, sur un plan numérique, à négliger dans la mesure où le coût de la vie suisse, notamment sur le plan de l'immobilier, conduit un nombre significatif de nationaux suisses, actifs ou retraités, à venir installer leur résidence principale en France, les importantes agglomérations de Bâle et de Genève se situant à proximité immédiate de la frontière. Ainsi, selon les données de l'Insee, la France comptait, en 2009, 43 174 résidents de nationalité suisse en France, dont 13 432 de plus de 55 ans.

Malgré leur caractère incomplet, la mission s'est néanmoins, à quelques reprises, basée sur ces données dans la mesure où elles sont la seule source permettant de retracer les évolutions année par année du nombre d'une part significative de frontaliers.

1.3. Si les statistiques de l'Insee portent sur un éventail de population plus large, elles ne sont toutefois pas complètement exhaustives et déjà un peu anciennes

Les bases de données de l'Insee⁵ résultant du recensement de la population, en particulier celles relatives aux flux de mobilité, comportent des données bi-localisées permettant de dénombrer les déplacements entre domicile et travail, et donc d'identifier les travailleurs frontaliers résidant sur le territoire français mais exerçant une activité en Suisse. Ces données rendent possible des dénombrements très fins, allant jusqu'aux communes françaises de résidence et aux communes suisses d'activité. L'exploitation des données selon les départements et cantons concernés offre ainsi une étude très précise de la répartition de la population frontalière sur les différents territoires.

² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>

³ Les binationaux (suisse et une autre nationalité) ne sont pas non plus intégrés dans les données de l'Office fédéral de la statistique suisse dans la mesure où ils n'ont pas besoin de permis pour travailler en Suisse.

⁴ Compte tenu du nombre important d'organisations internationales, dont un certain nombre relevant des instances de l'ONU, à Genève, la catégorie des fonctionnaires internationaux n'est pas à négliger.

⁵ <http://www.recensement.insee.fr/fichiersDetailTheme.action?codeTheme=MOB-MIG>.

Annexe 2

Toutefois ces données de l'INSEE comportent deux limites dans le cadre des besoins de la présente mission :

- ♦ d'une part, les données ne permettent pas de recenser le nombre de titulaires de seules pensions ou rentes suisses et qui résident en France ;
- ♦ d'autre part, les dernières données disponibles portent sur l'année 2009 ; or, dans la mesure où la population frontalière connaît un accroissement annuel important du fait d'un certain nombre de paramètres, les chiffres de 2009 sont minorés au regard du nombre actuel de frontaliers.

Toutefois, ces données représentent un intérêt étant donné qu'aucune autre source ne permet bien souvent d'avoir une étude aussi large de la population frontalière selon l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle ou le secteur d'activité économique.

1.4. Les données de la DGFIP sont essentiellement intéressantes en matière de connaissance des revenus de la population frontalière.

Dans le cadre de la présente mission, les services de la Direction générale des finances publiques de Bercy (DGFIP) ont été en mesure de rassembler des données chiffrées portant sur les 6 départements frontaliers concernés (Ain, Doubs, Jura, Haut-Rhin, Haute-Savoie et Territoire de Belfort) et provenant de l'exploitation du fichier d'impôt sur les revenus de l'année 2011.

Toutefois, il n'a pas été possible de recueillir des données portant sur l'ensemble des personnes domiciliées fiscalement en France, les chiffres de la DGFIP ne permettant d'isoler que les revenus d'activité salariée. Précisément, trois catégories de personnes ne sont pas comptabilisées dans ces données : les non salariés, les titulaires de pensions ou rentes d'origine suisse et les fonctionnaires internationaux.

Malgré ces limites, les données de la DGFIP sont représentatives du niveau des revenus salariaux des travailleurs frontaliers embauchés en Suisse et résidant en France (voir les plus amples détails sur ce point dans l'annexe 5).

Les études présentées ci-après correspondent à l'exploitation croisée des trois sources différentes présentées ci-dessus et permettent au final une estimation assez juste du nombre de frontaliers concernés par la réforme et une présentation fidèle des caractéristiques essentielles de cette population.

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des sources de données disponibles

	Avantages	Inconvénients
Office fédéral de la statistique suisse	- Série annuelle depuis au moins 2002	- N'intègre pas les citoyens suisses, les binationaux et les fonctionnaires internationaux, les titulaires de seules pensions suisses
Insee – Recensement de la population -2009	- Données détaillées, par âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, etc.	- N'intègre pas les titulaires de seules pensions suisses résidant en France - Données déjà anciennes compte tenu de l'évolution rapide de la population frontalière
DGFIP-données sur les revenus	-Données récentes et recensant les frontaliers salariés quel que soit leur nationalité	-N'intègre pas les indépendants, les exploitants agricoles, les titulaires de seules pensions suisses et les fonctionnaires internationaux

Source : OFS, Insee, DGFIP.

Annexe 2

Enfin, il convient de préciser que lorsqu'il est question, dans cette annexe, de population frontalière concernée par la réforme, il s'agit de l'ensemble des personnes visées par l'annexe II de l'accord du 21 juin 1999 précité et les dispositions de l'article L 380-3-1 du code de la sécurité sociale, indépendamment de son choix final d'assurance santé. La répartition de cette population frontalière, dénombrée dans la présente annexe, selon le système d'assurance santé choisi (système suisse de la LAMal, régime général de la Sécurité sociale française ou assurance santé auprès d'un opérateur privé) sera traitée dans l'annexe 3.

2. Connaissant un accroissement important depuis 10 ans, la population frontalière, de l'ordre de 175 000 personnes, se concentre sur 6 départements français

2.1. La population frontalière résidant en France est de plus en plus importante

2.1.1. Le nombre de travailleurs frontaliers franco-suisse s'est accru d'environ 65 % au cours des 10 dernières années

Alors que la Suisse comptait, en 2002, environ 86 000 travailleurs frontaliers étrangers, de nationalité non suisse, résidant en France, ils étaient, à la fin de l'année 2012, environ 141 600, soit une hausse cumulée de 65 % en 10 ans.

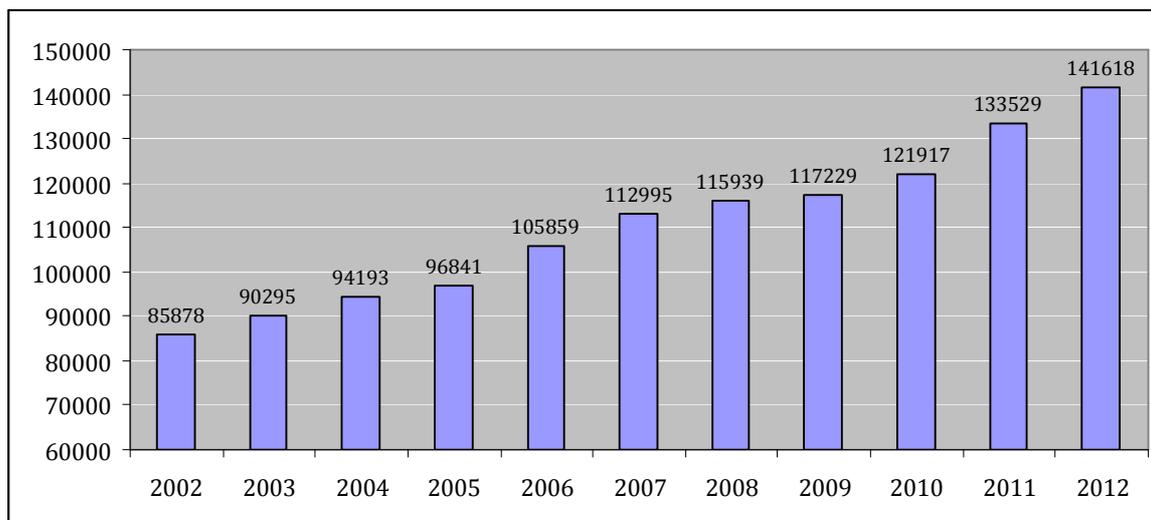
Cette hausse très importante est à peu près équivalente à l'évolution du nombre total de frontaliers étrangers travaillant en Suisse et résidant dans un autre pays européen (64 %).

Cet accroissement important de la population frontalière en Suisse est directement lié à l'entrée en vigueur, en 2002, de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes. En effet, au cours de la décennie précédente, l'effectif des travailleurs avait été plus stable. Par exemple, alors que le nombre de titulaires d'un permis frontalier dans le canton de Genève avait connu une augmentation cumulée inférieure à 5 % entre 1991 et 2001 (le nombre de permis passant de 31 740 à 33 211), l'augmentation du nombre de permis sur la même zone était de 128 % entre 2001 et 2011 (le nombre atteignant 75 847 fin 2011).

Par ailleurs, le taux d'évolution annuel du nombre de travailleurs frontaliers est étroitement lié à la conjoncture économique : alors que le taux de croissance annuelle était respectivement de 9,3 % et 6,7 % en 2006 et 2007, il chutait à 2,6 % en 2008 et 1,1 % en 2009. Le nombre de frontaliers connaît de nouveau, depuis deux ans, une hausse importante, de l'ordre de 9,5 % en 2011 et 6,1 % en 2012.

Annexe 2

Graphique 1 : Évolution du nombre de personnes n'ayant pas la nationalité suisse, occupant une activité lucrative en Suisse et résidant en France



Source : Office fédéral de la statistique suisse.

Outre l'évolution du cadre juridique lié à l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, cette hausse continue du nombre de frontaliers peut s'expliquer par plusieurs facteurs, tels que :

- ◆ un taux de chômage particulièrement bas en Suisse comparativement à celui de la France, évalué, à la fin 2012, à 3,3 % selon le secrétariat d'état à l'économie suisse ;
- ◆ un taux de change Euro-suisse très favorable aux frontaliers ; ainsi, de janvier 2010 à janvier 2013, le revenu des frontaliers a augmenté, du seul fait d'un taux de change favorable, d'environ 21 % ;
- ◆ un coût de la vie, notamment sur le plan de l'immobilier, qui incite les travailleurs en Suisse à continuer à résider en France ou à s'y installer.

Même s'il est difficile de faire des pronostics sur l'évolution du nombre de frontaliers dans les années à venir, il semble qu'au moins certains facteurs ayant contribué à une hausse importante de la population frontalière devraient demeurer d'actualité.

2.1.2. La population frontalière compte aujourd'hui environ 175 000 personnes

L'exploitation des trois sources de données à disposition de la mission a permis de chiffrer le nombre de personnes travaillant en Suisse (quel que soit leur statut, c'est-à-dire regroupant à la fois les salariés, les indépendants et les exploitants agricoles) et résidant en France à environ 167 000 personnes.

Le tableau ci-dessous présente le détail des données selon le département français de résidence et le canton suisse d'emploi.

Annexe 2

Tableau 2 : Nombre de personnes travaillant en Suisse et résidant en France par département français et canton suisse au 1^{er} trimestre 2013

Dépt français / canton suisse	Haute-Savoie	Haut-Rhin	Ain	Doubs	Jura	Terr. Belfort	Autres dépts	Total
Argovie	8	1 874	0	8	0	18	37	1 945
Bâle Campagne	0	8 308	8	4	4	44	71	8 439
Bâle Ville	17	21 359	8	29	0	110	275	21 798
Berne	43	261	8	1 331	0	181	80	1 904
Fribourg	78	11	20	62	16	8	34	229
Genève	54 703	56	19 902	78	450	0	1 113	76 302
Jura	4	860	4	2 659	4	1 805	102	5 438
Lucerne	0	20	0	8	0	0	12	40
Neuchâtel	67	49	24	8 898	36	17	85	9 176
Soleure	0	821	0	16	0	16	4	857
Valais	1 110	12	36	8	8	0	26	1 200
Vaud	4 140	261	3 081	5 392	3 501	4	336	16 715
Zurich	22	397	33	5	25	3	37	522
Total 2009 (Insee)	60 192	34 289	23 124	18 498	4 044	2 206	2 212	144 565
Hausse 2009-2012 (OFS)	10 098	1 656	3 352	4 103	857	350	1 839	22 255
Estimation 2012	70 290	35 945	26 476	22 601	4 901	2 556	4 051	166 820
dont pop Suisse (2009)	12 788	4 322	9 697	1 931	239	155	627	29 759

Source : Données de l'Office fédéral de la statistique suisse, Insee.

Un recoupement entre données Insee et OFS suggère par différence que sur les 166 820 personnes relevant de la catégorie des travailleurs frontaliers, un peu moins de 30 000 disposent de la nationalité suisse.

Par ailleurs, à ce premier chiffre global des travailleurs frontaliers, il convient d'ajouter les titulaires de seules rentes suisses qui résident sur le territoire français. L'absence de données sur cette dernière catégorie rend très difficile une estimation fiable de l'effectif. Toutefois, à défaut de tous autres éléments, les chiffres et remarques suivantes peuvent être précisés :

- ◆ par principe, un titulaire d'une seule pension suisse, à l'exclusion de toute pension ou rente française, correspond généralement à une personne ayant réalisé toute sa carrière sur le territoire suisse et qui décide, une fois l'âge légal de la retraite atteint (soit 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes en Suisse), de venir résider sur le territoire français ; avec toutes les réserves nécessaires, cette catégorie devrait correspondre plutôt, en majorité, à celle des citoyens de nationalité suisse, voire de nationalité uniquement suisse (hors binationaux) ;
- ◆ le nombre de citoyens ayant uniquement la nationalité suisse et qui résident en France est de 43 174 personnes dont 13 432 de plus de 55 ans (données de l'Insee, recensement de la population en 2009) ;
- ◆ le nombre de citoyens ayant la nationalité suisse (y compris les binationaux) et qui résident en France est de 183 800 personnes selon les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) suisse en 2011 ;

Annexe 2

- ◆ en agrégeant les données de l'Insee et celles de l'OFS et sous réserve du décalage d'année entre les deux sources (respectivement 2009 et 2011), le nombre de binationaux peut être estimé à hauteur de 140 626 personnes, soit une part d'environ 75 % au regard de l'ensemble des titulaires de la nationalité suisse ;
- ◆ d'après les informations communiquées par la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) dans le cadre de la présente mission, la population frontalière, quel que soit le choix d'assurance opéré (auprès du système national suisse, du régime général de la Sécurité sociale française ou d'un assureur privé en France), peut être estimée autour de 181 000 personnes ⁶ ;

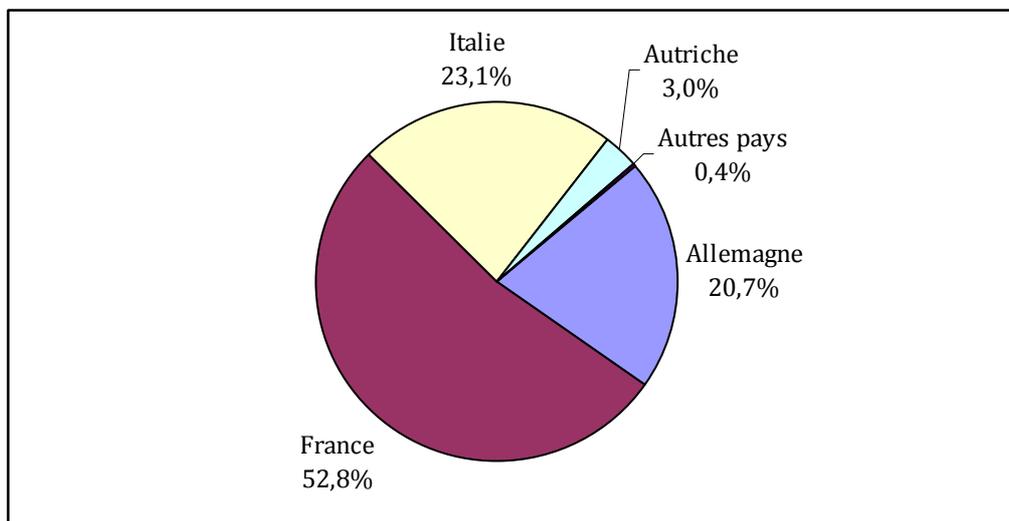
En conséquence, le nombre de titulaires de seules pensions suisses et résidant en France devrait atteindre au moins 8 à 10 000 personnes, sans pouvoir toutefois affirmer que ce chiffre n'est pas supérieur. Dans la mesure où l'évaluation du nombre de personnes doit notamment avoir pour objectif de permettre à la sécurité sociale de chiffrer les recettes de cotisations et de contributions sociales attendues, il est souhaitable de fonder l'estimation sur des hypothèses prudentes.

La mission estime en conséquence la population globale frontalière concernée par le double droit d'option à environ 175 000 personnes, dont environ 8 000 titulaires de pensions ou rentes suisses.

2.1.3. Plus de la moitié des travailleurs frontaliers en Suisse résident en France

Sur 268 000 travailleurs frontaliers étrangers en Suisse, 52,8 % résident sur le territoire français, l'essentiel des autres frontaliers étrangers résidant principalement en Italie (23,1 %) et en Allemagne (20,7 %). La France est ainsi de loin le premier pourvoyeur en travailleurs frontaliers de la Suisse.

Graphique 2 : Répartition des travailleurs frontaliers étrangers en Suisse selon le pays de résidence



Source : Données de l'Office fédéral de la statistique suisse- 1^{er} trimestre 2013.

⁶ La FFSA a indiqué avoir estimé le nombre de contrats d'assurance santé de frontaliers en France (quel que soit le type d'acteurs, compagnie d'assurance ou mutuelle ou institut de prévoyance) à 154 000, ce nombre représentant environ 85 % du nombre total de frontaliers résidant en France, soit une population frontalière d'environ 181 000 personnes.

Annexe 2

Cette part des frontaliers résidant en France par rapport au total des travailleurs frontaliers étrangers travaillant en Suisse demeure stable puisque cette part s'élevait respectivement à 52,5 % à la fin de l'année 2002 et à 54,2 % à la fin de l'année 2007⁷.

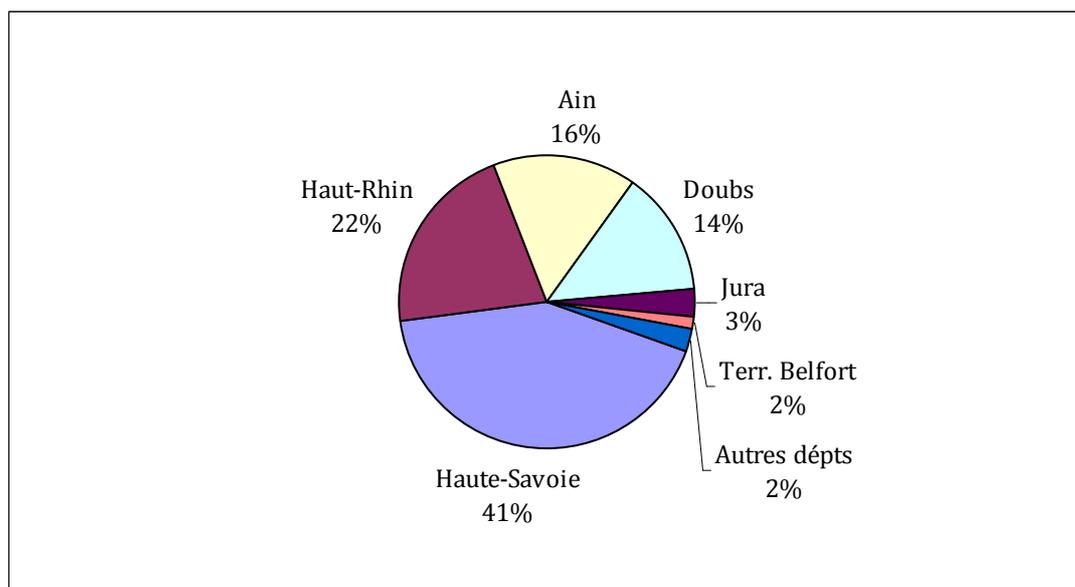
2.2. La population frontalière se concentre sur quelques territoires

2.2.1. 98 % des frontaliers résident dans les départements de l'Ain, du Doubs, du Jura, du Haut-Rhin, de la Haute-Savoie et du Territoire de Belfort.

98 % des travailleurs frontaliers résidant en France sont répartis sur six départements de résidence principaux, situés en bordure de la Suisse : La Haute-Savoie qui regroupe 41 % d'entre eux, le Haut-Rhin (22 %), l'Ain (16 %), le Doubs (14 %), le Jura (3 %) et le Territoire de Belfort (2 %).

Le reste des travailleurs frontaliers résident dans des départements un peu plus éloignés des frontières suisses, tels que le Bas-Rhin, la Savoie, le Rhône (plusieurs centaines de personnes concernées dans chaque cas). De même, la région parisienne, en particulier Paris et Les Hauts-de-Seine, regroupe quelques centaines de frontaliers.

Graphique 3 : répartition par département des travailleurs frontaliers en Suisse au 1^{er} trimestre 2013



Source : données de l'Office fédéral de la statistique suisse, Insee.

2.2.2. Plus de la moitié des frontaliers travaillent dans le seul canton de Genève

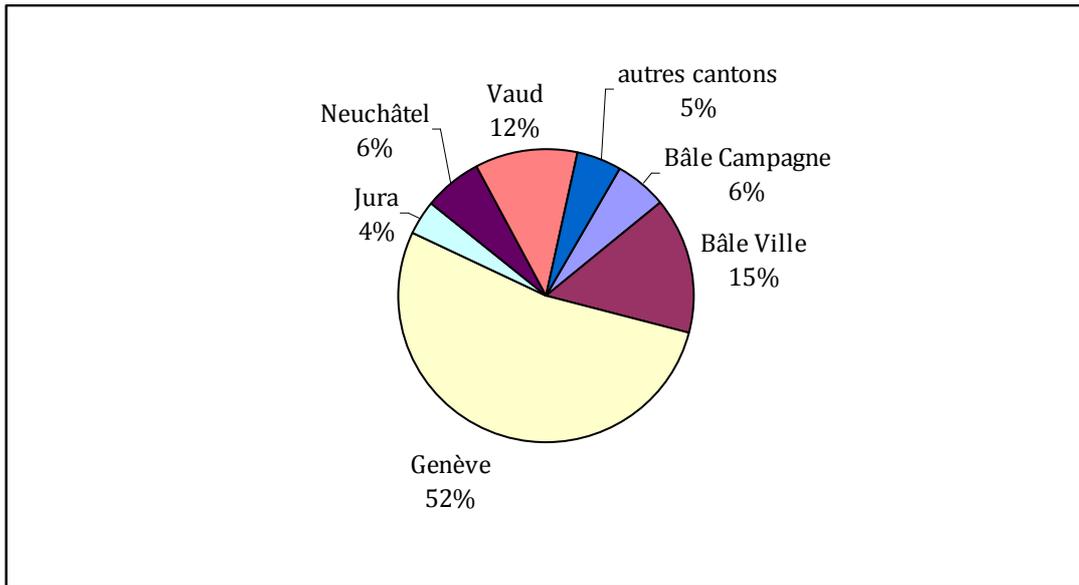
Environ 52 % des travailleurs frontaliers résidant en France occupent un emploi dans le canton de Genève. Sur les 76 302 travailleurs dans le canton de Genève, 71,7 % résident en Haute Savoie et 26,1 % dans l'Ain.

Les cantons de Genève, de Bâle-Ville et de Vaud regroupent à eux trois les 4/5^{ème} des emplois frontaliers résidant en France.

⁷ Voir données de l'Office fédéral de la statistique suisse.

Annexe 2

Graphique 4 : répartition par canton suisse des travailleurs frontaliers en Suisse au 1^{er} trimestre 2013 :



Source : Données de l'Office fédéral de la statistique suisse, Insee.

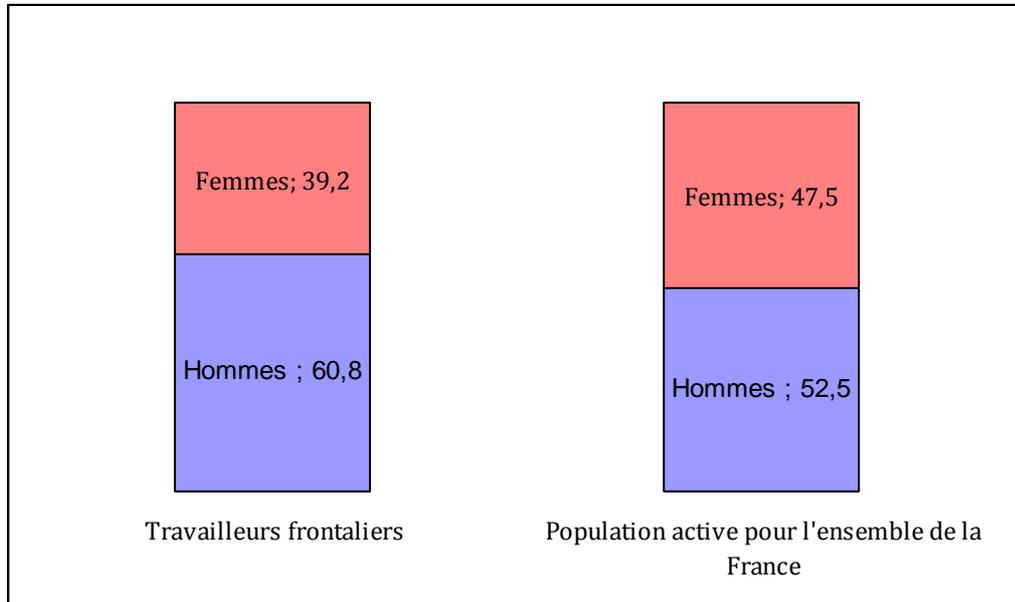
Par ailleurs, les cantons suisses ne connaissent pas les mêmes évolutions du nombre de travailleurs frontaliers. Si les cantons de Genève et de Vaud ont vu leur nombre de frontaliers résidant en France croître respectivement de 101 % et 105 % entre 2002 et 2012, les cantons de Bâle Ville et Bâle-Campagne ont perdu respectivement 0,5 % et 7,4 % de leurs emplois frontaliers résidant en France. Dans ces deux derniers cantons, la baisse a en partie été compensée par une hausse des frontaliers résidant en Allemagne, respectivement de + 42,8 % pour Bâle-Ville et +72,6 % pour Bâle-Campagne. Le phénomène frontalier est en effet entravé dans cette région par la perte de maîtrise courante de la langue allemande en Alsace, peut-être aussi plus marginalement par l'installation en Allemagne de frontaliers de nationalité française, dans cette région dite des « trois frontières ».

2.3. Les frontaliers sont plutôt des hommes, de tous âges, travaillant dans les secteurs de l'industrie et du commerce

2.3.1. 60 % des travailleurs frontaliers sont des hommes

Alors que, pour l'ensemble de la population active, la répartition entre hommes et femmes est plutôt équilibrée, la part des hommes dans le nombre total de travailleurs frontaliers résidant en France est plus élevée que celle des femmes, respectivement d'un peu moins de 61 % pour les premiers et d'un peu plus de 39 % pour les secondes.

Tableau 3 : Répartition (en %) de la population active selon le sexe



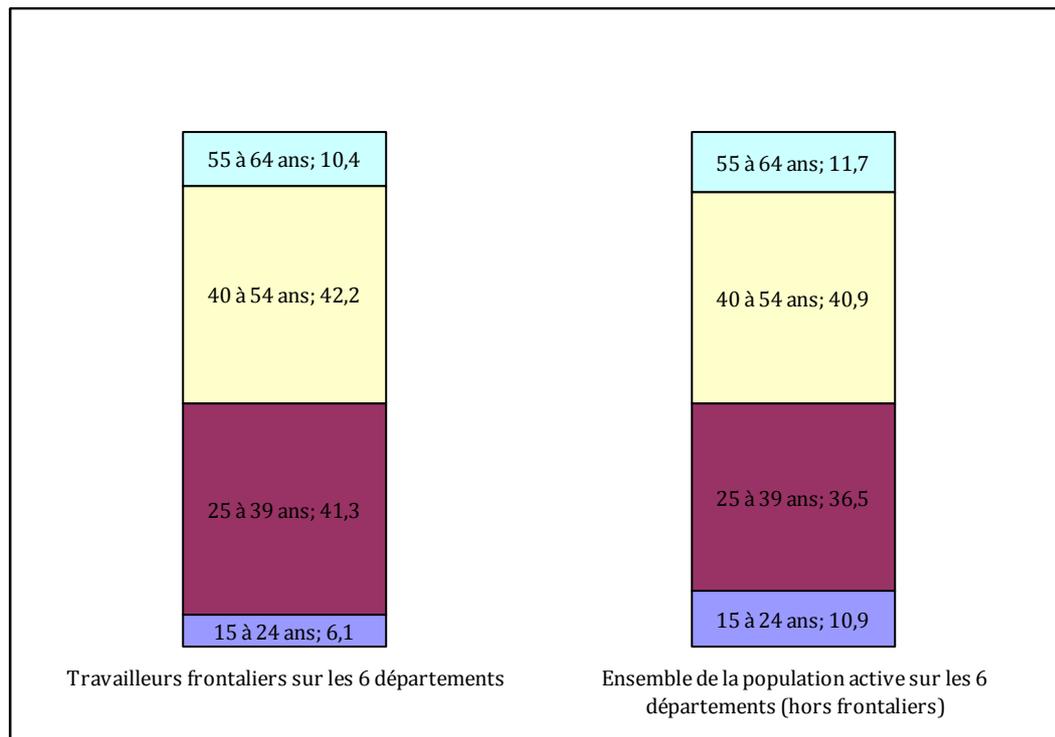
Source : Données INSEE 2009.

2.3.2. La répartition de la population active frontalière selon l'âge sur les 6 principaux départements présente quelques différences par rapport à celle de l'ensemble de la population active sur ces mêmes départements

La comparaison de la répartition de la population active selon l'âge entre les travailleurs frontaliers résidant dans les 6 principaux départements concernés et l'ensemble de la population active sur ces mêmes départements (hors frontaliers) ne démontre pas l'existence d'une disparité très marquée entre les deux catégories.

Annexe 2

Graphique 5 : Répartition (en %) de la population active selon l'âge sur les 6 départements frontaliers principaux (Haute-Savoie, Ain, Jura, Doubs, T.Belfort, Haut-Rhin)



Source : Données INSEE 2009.

Des différences sont toutefois repérables : si les très jeunes actifs, âgés de moins de 24 ans, sont proportionnellement moins nombreux dans la population frontalière que dans l'ensemble de la population active des départements concernés, les actifs de 25 à 39 ans sont en revanche davantage représentés, un écart de près de 5 points étant relevé entre les deux catégories.

Ces écarts peuvent être encore plus marqués selon le découpage des tranches d'âge et les zones de résidence en France. Ainsi, les 25 à 44 ans représentent près de 65 % des actifs travaillant en Suisse et résidant dans la région Franche-Comté contre 51 % de ceux travaillant en France (sur le territoire de la Franche-Comté).

A l'inverse, les actifs frontaliers dans les 6 principaux départements âgés de plus de 55 ans sont moins nombreux que les actifs de la même classe d'âge en France.

2.3.3. 80 % des emplois frontaliers correspondent à des embauches dans le secteur de l'industrie et du commerce

Tout d'abord, la quasi-totalité des travailleurs frontaliers résidant en France occupent un emploi salarié, les indépendants et les exploitants agricoles représentant moins de 5 % au total des effectifs et ce, quel que soit le département concerné :

- ♦ dans l'Ain et la Haute-Savoie, les indépendants (commerçants, artisans, professions libérales) représentent environ 4 % des emplois frontaliers, sans doute en lien avec une plus forte présence de citoyens suisses venus habiter en France frontalière ;
- ♦ dans le Haut-Rhin, Jura, le Territoire de Belfort et le Doubs, les indépendants représentent respectivement 2,3 %, 1,2 %, 1,1 % et 0,9 % des emplois frontaliers ;

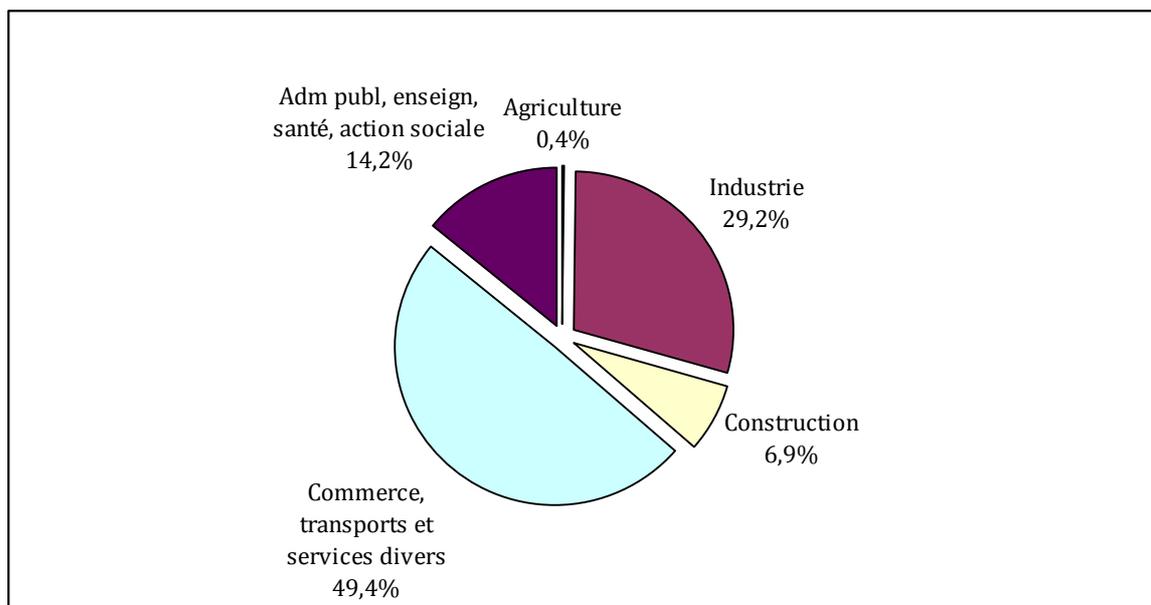
Annexe 2

- ◆ dans l'ensemble des 6 départements, les exploitants agricoles ne comptent qu'au maximum pour 0,1 % des effectifs de frontaliers ; par exemple, l'effectif total d'exploitants agricoles concernés est de 15 dans le Doubs et de 23 dans le Haut-Rhin ; dans le Jura et le Territoire de Belfort, aucun exploitant agricole n'est répertorié parmi les frontaliers.

Les différences entre les taux d'indépendants selon les départements s'expliquent notamment par un poids plus ou moins important occupé par les professions libérales. Ainsi cette dernière catégorie socioprofessionnelle ne représente que 10 % de la totalité des emplois indépendants dans le Doubs alors que le chiffre monte à près de 30 % pour la Haute-Savoie et à 39 % pour l'Ain.

Par ailleurs, en ce qui concerne les seuls emplois frontaliers salariés, le secteur de l'industrie, d'une part, et du commerce, des transports et des services, d'autre part, sont les plus gros pourvoyeurs d'emplois. L'industrie est même proportionnellement surreprésentée (29,2 %) par rapport à ce qu'elle pèse dans l'économie nationale française en termes d'emplois (l'industrie représentant environ 14 % des emplois salariés en France).

Graphique 6 : Répartition des travailleurs frontaliers dans les 6 départements frontaliers principaux (Haute-Savoie, Ain, Jura, Doubs, T.Belfort, Haut-Rhin) selon le secteur d'activité économique



Source : Données INSEE 2009.

En ce qui concerne plus précisément les frontaliers résidant en Alsace, ils étaient, fin 2011, 38 % à travailler dans l'industrie, contre 33 % en 2002. Cette hausse s'explique notamment par l'attrait de l'industrie pharmaceutique de la région de Bâle, mais aussi des secteurs de la chimie, de l'horlogerie, de l'industrie agro-alimentaire, de la fabrication de machines et équipements.

De même, en Franche-Comté, 62 % des actifs des 5 principales zones d'emploi frontalières travaillant en Suisse (Morteau, Pontarlier, Saint-Claude, Belfort et Montbéliard) occupent un emploi dans l'industrie contre 29 % de ceux qui travaillent sur le territoire de Franche-Comté. L'horlogerie et la micro-technicité (matériel médico-chirurgical) sont notamment parmi les secteurs qui recrutent beaucoup de frontaliers.

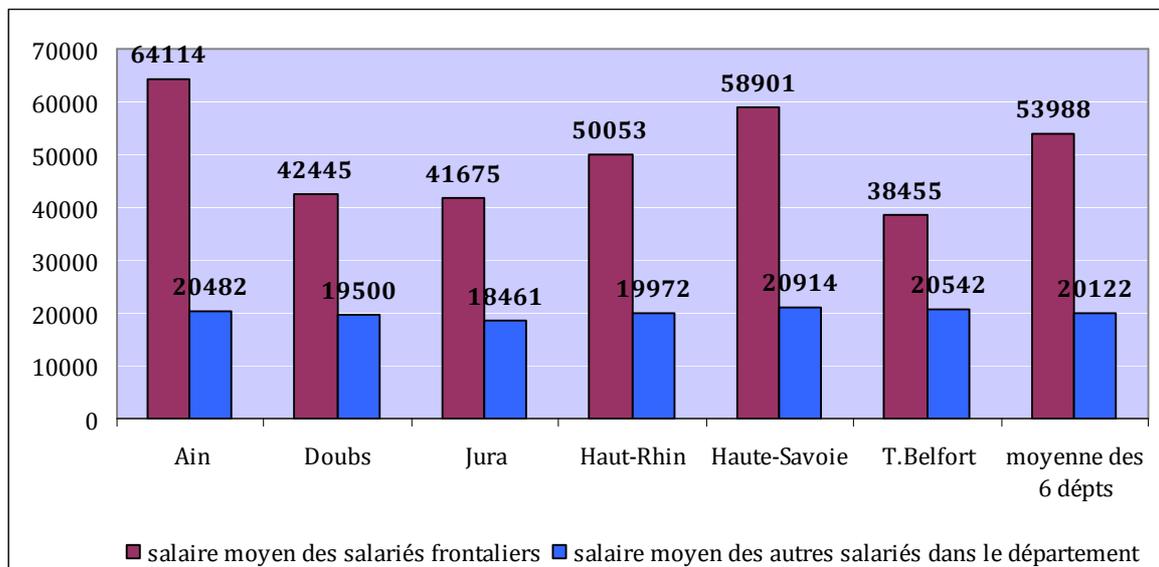
3. Les travailleurs frontaliers disposent de revenus largement supérieurs à ceux des ménages travaillant en France

3.1. Les salariés frontaliers des 6 départements frontaliers gagnent en moyenne 2,5 fois plus que les autres salariés de ces mêmes départements

A partir des données communiquées par la DGFIP, il a été possible de comparer les salaires moyens des travailleurs frontaliers résidant en France avec ceux perçus par les autres salariés des mêmes départements. Il en ressort qu'en moyenne sur les 6 principaux départements, regroupant 98 % de la population frontalière franco-suisse, les salaires des frontaliers sont plus de 2,5 fois plus élevés que ceux des autres salariés, soit 53 988 € pour les premiers contre 20 122 € pour les seconds.

Cet écart très significatif peut même être encore plus important, notamment sur le département de l'Ain où les frontaliers gagnent plus de 3 fois le salaire moyen du travailleur en France sur ce même département.

Graphique 7 : salaires annuels moyens des frontaliers et des autres salariés (en €) dans les 6 principaux départements frontaliers

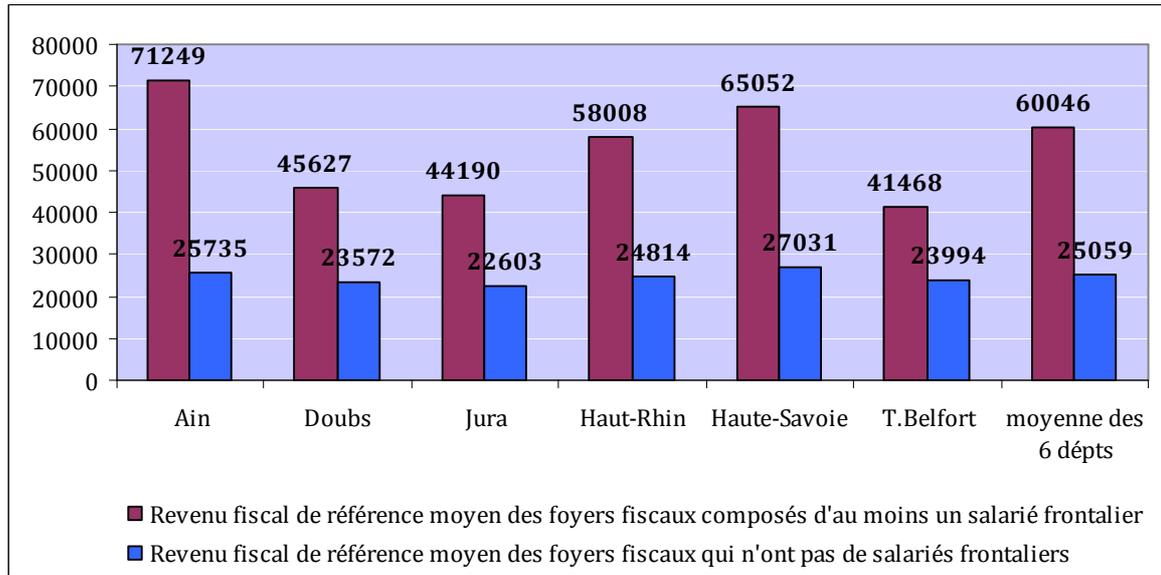


Source : Données DGFIP sur les revenus de l'année 2011.

Des écarts très importants sont aussi à relever entre les revenus fiscaux de référence des salariés frontaliers et ceux des autres salariés des mêmes départements, quoique ceux-ci soient un peu moins marqués que pour les salaires. Cette atténuation s'explique par le fait que l'analyse a porté sur l'ensemble des foyers fiscaux composés d'au moins un salarié frontalier, nombre d'entre eux comptant, comme conjoint ou pacsé, une personne non frontalière dont les revenus sont de fait plus bas.

Annexe 2

Graphique 8 : revenus fiscaux de référence moyens des frontaliers et des autres salariés (en €) dans les 6 principaux départements frontaliers



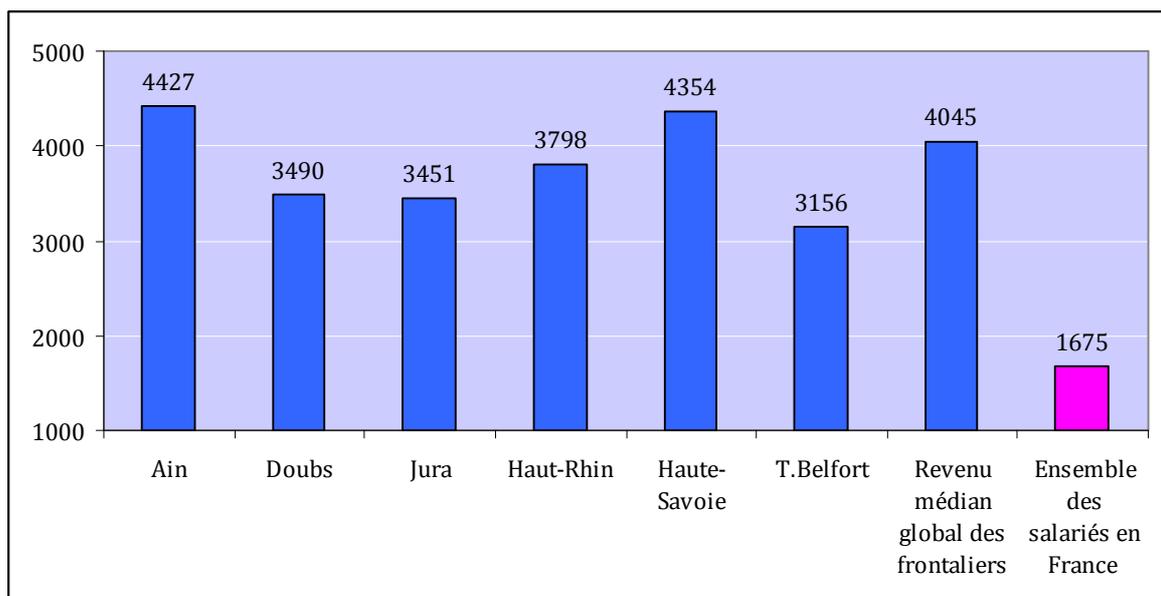
Source : Données DGFIP sur les revenus de l'année 2011.

3.2. Alors que seulement 6 % des salariés en France gagnent plus de 4 000 € par mois, environ la moitié des salariés frontaliers perçoivent un revenu mensuel supérieur à cette somme

L'étude des revenus médians confirme les écarts significatifs repérés entre le revenu moyen des salariés frontaliers et celui des autres salariés, ceux-ci ne se justifiant donc pas seulement par l'existence de quelques très hauts revenus.

Alors que seulement 6 % des salariés en France gagnent un salaire mensuel de plus de 4 000 €, ils sont en moyenne 50 % des salariés frontaliers à percevoir un salaire aussi élevé.

Graphique 9 : Revenu médian mensuel (en €)



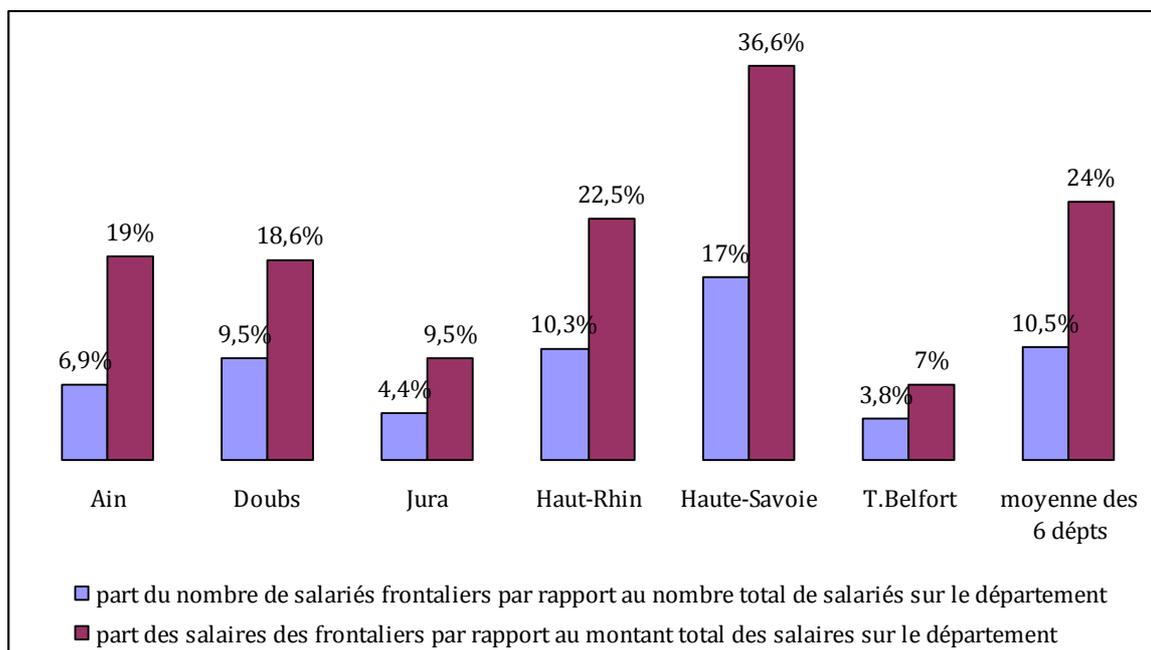
Source : Données DGFIP sur les revenus de l'année 2011 (il s'agit d'une moyenne de revenus médians par département) ; données INSEE 2010 pour le revenu médian des salariés en France.

3.3. Les salaires perçus par les frontaliers représentent un poids significatif dans l'ensemble des salaires perçus dans chaque département

Compte tenu du montant largement plus élevé des revenus moyens des salariés frontaliers comparativement aux autres salariés, ils pèsent proportionnellement plus dans le total des salaires du département. Ainsi, sur la moyenne des 6 principaux départements, alors que les salariés frontaliers représentent environ 10,5 % des salariés, leurs salaires pèsent 24 % des salaires totaux perçus. Il en résulte de fait un poids économique plus important en termes de dépenses locales de consommation et d'investissement.

Ce poids peut être plus élevé sur certains départements tels que la Haute-Savoie où plus d'un tiers des salaires correspond à des revenus de frontaliers travaillant en Suisse.

Graphique 10 : Poids (en %) des salariés et des salaires des frontaliers au regard de l'ensemble des salariés et salaires pour chacun des 6 principaux départements concernés

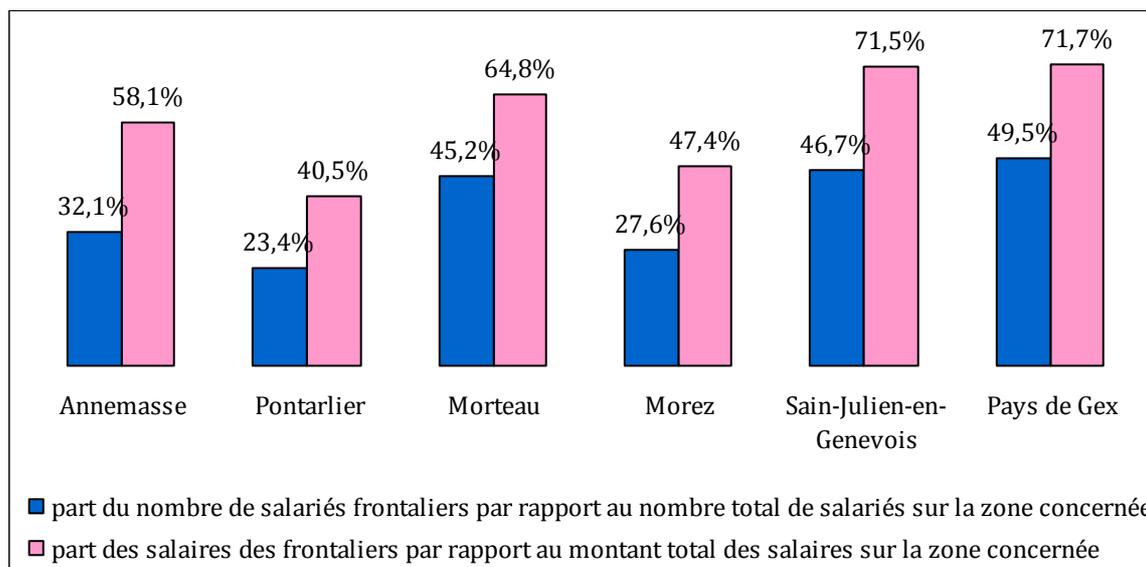


Source : Données DGFIP-revenus de l'année 2011.

L'étude menée sur des zones territoriales plus circonscrites démontre encore plus le poids économique prépondérant des salariés frontaliers. Ainsi, dans le Pays de Gex, plus des deux tiers des salaires correspondent à des revenus de frontaliers. Il convient en plus de préciser que ceux-ci ne tiennent pas compte des revenus des fonctionnaires internationaux, employés dans des organisations internationales gouvernementales, particulièrement nombreux dans ce secteur.

Annexe 2

Graphique 11 : Poids (en %) des salariés et des salaires des frontaliers au regard de l'ensemble des salariés et salaires sur les zones concernées



Source : Données DGFIP-revenus de l'année 2011 ; les données concernent des communes à l'exception de la communauté de communes du Pays de Gex.

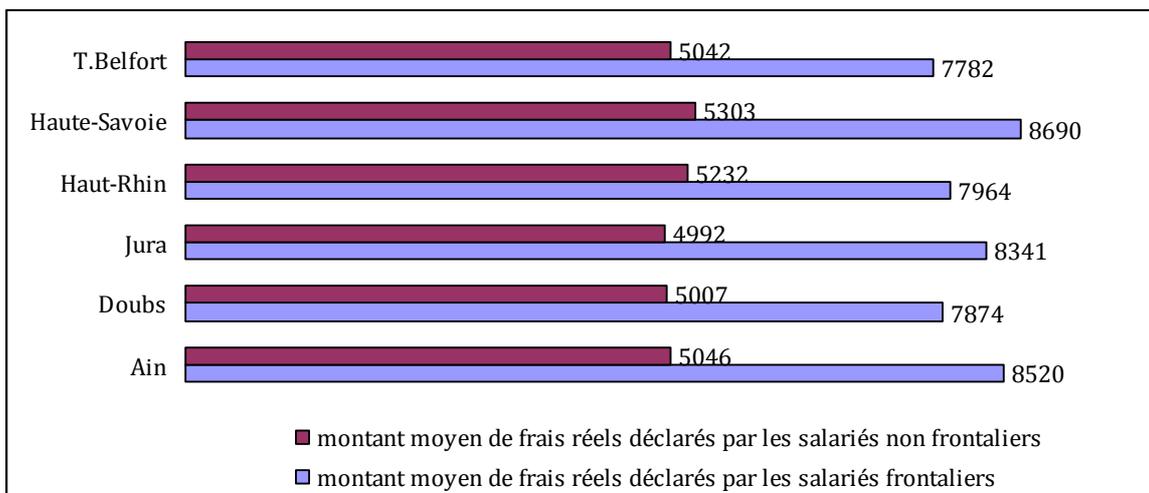
3.4. Si les salariés frontaliers présentent des frais professionnels plus élevés, ces derniers pèsent proportionnellement moins sur leurs revenus que pour l'ensemble des autres salariés embauchés en France

Grâce aux données communiquées par la DGFIP, il a été permis de comparer les frais professionnels déclarés par les salariés frontaliers comparativement à ceux des autres salariés sur les mêmes départements concernés.

Les frais professionnels sont en moyenne 52 % (pour le Haut-Rhin) à 68 % (pour l'Ain) plus élevés que les frais des autres salariés sur ces mêmes départements. Ainsi un frontalier résidant dans l'Ain dépense en moyenne 8 520 € de frais professionnels alors qu'un salarié travaillant et résidant sur ce même département ne dépense que 5 046 €. Ce montant plus important des frais professionnels s'explique avant tout par le coût du transport dans le cadre des déplacements quotidiens entre le domicile en France et le lieu de travail en Suisse.

Annexe 2

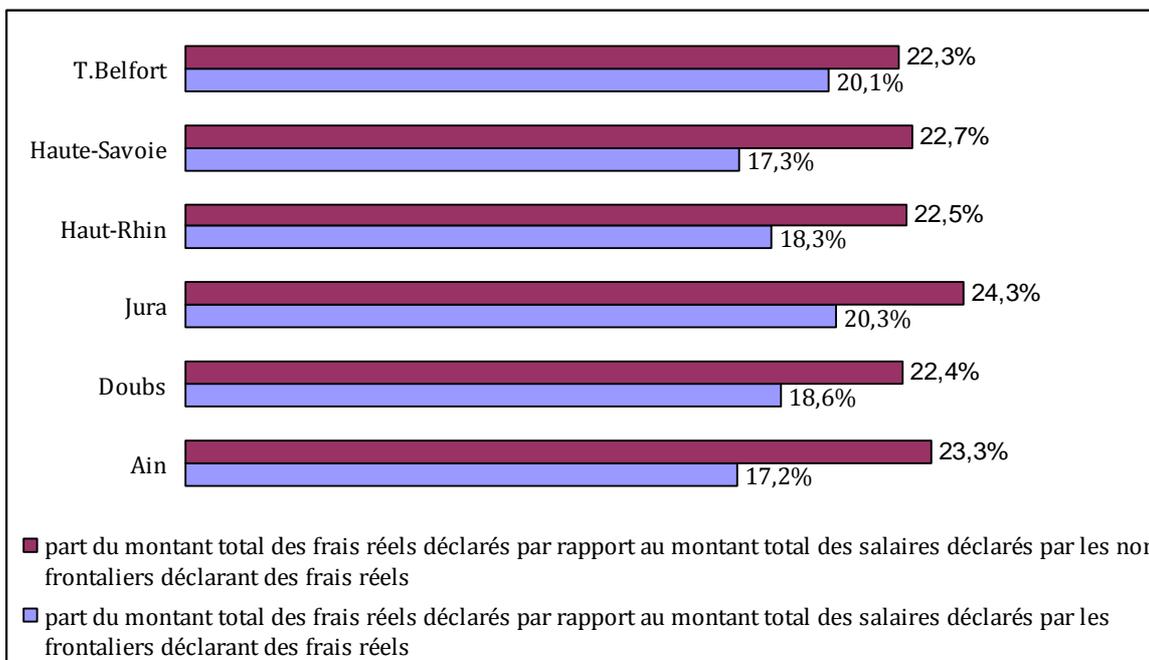
Graphique 12 : Montant moyen (en €) de frais réels déclarés par les salariés frontaliers et non frontaliers dans les 6 principaux départements concernés



Source : Données DGFIP-revenus de l'année 2011.

Toutefois, compte tenu, du niveau largement plus élevé des revenus frontaliers, ces frais professionnels pèsent proportionnellement moins dans le portefeuille du frontalier au regard de celui du non-frontalier. Ainsi, les frais professionnels d'un salarié frontalier de l'Ain ne représentent que 17,2 % de son revenu alors que ceux d'un non frontalier représentent 23,3 % de ses revenus. Il en résulte donc bien un revenu disponible proportionnellement plus important pour les salariés frontaliers que pour les autres salariés des départements concernés.

Graphique 13 : Part du montant de frais réels par rapport au montant total des salaires déclarés par les frontaliers et non frontaliers



Source : Données DGFIP-revenus de l'année 2011.

Annexe 2

Par ailleurs, dans la perspective notamment de mieux mesurer la capacité des ménages frontaliers à assimiler une hausse des prélèvements d'assurance santé, la mission a cherché à mieux définir leur revenu disponible, les différentes charges spécifiques à ce type de ménages et leur niveau d'endettement. Toutefois, il n'a pas été possible de recueillir des données quantitatives fiables permettant, à l'instar des frais professionnels, de mener une étude comparative entre travailleurs frontaliers et non frontaliers. En particulier, la Banque de France a précisé ne détenir aucun indicateur ou base de données spécifiques aux frontaliers, tant au titre des questions relatives au financement de l'économie que dans le cadre du traitement des dossiers de surendettement.

4. En tenant compte de leur situation familiale, la mission a pu identifier plusieurs catégories de travailleurs frontaliers, catégories qui serviront au chiffrage des impacts de la réforme

Grâce aux données communiquées par la DGFIP, il a été possible de connaître la répartition de la population frontalière salariée selon la composition du foyer fiscal. Précisément, 144 636 frontaliers salariés ont été dénombrés pour un total de 130 982 foyers fiscaux, 13 654 foyers fiscaux comptant deux salariés frontaliers.

Tableau 4 : Répartition du nombre de foyers fiscaux composés d'un ou deux salariés frontaliers selon le nombre d'enfants à charge sur les 6 principaux départements frontaliers

		Sans enfants	Avec 1 enfant	Avec 2 enfants	Avec 3 enfants ou plus	Total	%
Salarié frontalier célibataire (ou divorcé, veuf, en union libre)		51 428	10 291	5 089	1 010	67 818	46,9 %
Un couple marié avec un seul salarié frontalier	dont l'époux dispose de revenus propres	11 726	9 490	13 016	4 292	38 524	34,2 %
	dont l'époux est sans revenus	3 299	2 349	3 493	1 845	10 986	
Un couple marié avec deux salariés frontaliers	<i>nombre de foyers</i>	<i>4 046</i>	<i>3 664</i>	<i>4 825</i>	<i>1 119</i>	<i>13 654</i>	18,9 %
	nombre de salariés	8 092	7 328	9 650	2 238	27 308	
Total (en nombre de salariés)		74 545	29 458	31 248	9 385	144 636	100,0 %
%		51,5 %	20,4 %	21,6 %	6,5 %	100,0 %	

Source : Données DGFIP-revenus de l'année 201.

46,9 % des frontaliers salariés disposent d'un statut de célibataire, divorcé, veuf ou de concubin alors que 53,1 % sont mariés avec un salarié frontalier ou non frontalier. Plus de la moitié des salariés n'ont pas d'enfants à charge.

La DGFIP a ensuite été en mesure de communiquer, pour chacune des catégories de frontaliers identifiées selon la situation matrimoniale et familiale, la répartition des revenus fiscaux de référence moyens par déciles. Ces revenus n'intègrent pas nécessairement des salaires en année pleine (démarrage d'activité ou chômage en cours d'année).

Annexe 2

Tableau 5 : Répartition en déciles des revenus fiscaux de référence annuels moyens des foyers fiscaux composés d'un ou deux salariés frontaliers

		1er décile	2ème décile	3ème décile	4ème décile	5ème décile	6ème décile	7ème décile	8ème décile	9ème décile	10ème décile
Salarié frontalier célibataire (ou divorcé, veuf, en union libre)		12 063	22 798	28 652	32 995	36 888	40 969	45 816	52 149	61 961	96 828
Un couple marié avec un seul salarié frontalier	dont l'époux dispose de revenus propres	30 967	43 089	48 905	53 822	58 871	64 455	71 191	80 416	95 299	154 641
	dont l'époux est sans revenus	6 685	30 152	39 207	45 867	53 047	61 669	71 923	87 004	113 090	235 006
Un couple marié avec deux salariés frontaliers (nombre de foyers)		44 125	61 358	70 031	77 800	85 789	94 723	106 086	120 667	144 162	224 712
revenu fiscal de référence annuel moyen		20 514	33 402	39 808	44 871	49 806	55 216	61 752	70 529	84 624	138 752

Source : Données DGFIP-revenus de l'année 2011 pour les 6 principaux départements frontaliers.

Les données du tableau ci-dessus permettent de savoir comment les frontaliers d'une catégorie donnée, définie selon leur situation matrimoniale et familiale, se répartissent en termes de niveau de revenus moyens annuels. A titre d'exemple,

- ◆ les 10 % des foyers fiscaux correspondant aux salariés frontaliers célibataires, veufs, divorcés ou en union libre, disposant des revenus les moins élevés (1er décile), déclarent en moyenne un revenu fiscal de référence de 12 063 € ;
- ◆ les 10 à 20 % des foyers fiscaux correspondant aux salariés frontaliers célibataires, veufs, divorcés ou en union libre, disposant des revenus les moins élevés (2^{ème} décile), déclarent en moyenne un revenu fiscal de référence de 22 798 € ;
- ◆ les 10 % des foyers fiscaux correspondant aux salariés frontaliers célibataires, veufs, divorcés ou en union libre, disposant des revenus les plus élevés (10^{ème} décile), déclarent en moyenne un revenu fiscal de référence de 96 828 € ;

Grâce à ces données, la mission pourra procéder à un chiffrage précis des impacts budgétaires de la réforme selon différents scénarios envisagés (voir annexe 5).

ANNEXE 3

Comparaison des systèmes d'assurance maladie

SOMMAIRE

1. L'ASSURANCE MALADIE LAMAL.....	1
1.1. Présentation générale.....	1
1.2. Principes de fonctionnement du système.....	2
1.2.1. Les prestations.....	2
1.2.2. Tarifs et prix des prestations, facturation.....	3
1.2.3. Primes d'assurance.....	4
1.2.4. Participation aux coûts.....	4
2. LE RÉGIME DE LA CMU.....	5
2.1. Origine et philosophie.....	5
2.2. Règles de fonctionnement.....	6
3. L'ASSURANCE PRIVÉE EN FRANCE.....	7
3.1. Origine.....	7
3.2. Dénominateurs communs aux garanties.....	8
3.3. Un marché peu concentré avec différents types d'acteurs.....	9
3.3.1. La diversité des acteurs.....	9
3.3.2. La diversité des territoires.....	10
3.4. Les nombreux facteurs d'hétérogénéité entre contrats qui en résultent.....	11
3.4.1. Sélection ou non-sélection des risques.....	11
3.4.2. Prestations.....	12
3.4.3. Contrats collectifs et contrats individuels.....	13
3.4.4. Population couverte.....	13
4. ENJEUX TRANSVERSAUX AUX TROIS SYSTÈMES D'ASSURANCE-MALADIE.....	13
4.1. La répartition de la population frontalière.....	13
4.1.1. Résultat.....	13
4.1.2. Mode d'estimation des affiliés à la CMU.....	14
4.1.3. Mode d'estimation des affiliés à la LAMal.....	15
4.2. Le caractère relatif de l'irrévocabilité du droit d'option.....	15
4.3. Comportements d'optimisation et antisélection.....	16
4.3.1. Des affiliés à la CMU en mauvaise santé.....	17
4.3.2. Des affiliés à la CMU comptant plus d'ayants droit.....	18
4.3.3. Des distorsions liées au cadre législatif et réglementaire.....	18
4.4. Autres problèmes d'articulation.....	19
4.4.1. Des défauts de couverture interstitiels.....	19
4.4.2. Des risques de fraude ou d'incompréhension amoindris mais non éliminés.....	19
4.4.3. Le cas particulier des frontaliers en rupture de cotisation à la LAMal.....	20
4.4.4. Le cas particulier des double-actifs.....	21
4.5. La situation en Allemagne et en Italie.....	21
5. ELÉMENTS DE COMPARAISON.....	22
5.1. Les coûts.....	22
5.2. Les prestations.....	24

1. L'assurance maladie LAMal

1.1. Présentation générale

L'assurance maladie suisse LAMal est une assurance obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse, qui doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les 3 mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Cette obligation est étendue aux personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, mais y exercent une activité lucrative, ou encore aux non-résidents percevant une rente suisse ou une prestation de l'assurance-chômage suisse. Ce sont les cantons qui veillent à l'obligation de s'assurer. Toute personne enfreignant cette obligation se voit affiliée d'office. Quiconque se dérobe partiellement ou totalement à l'obligation de s'assurer peut se voir puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende.

Encadré 1 : Assurance maladie, assurance-accidents et indemnités journalières maladie

Il convient de distinguer cette assurance « maladie » de l'assurance-accidents (loi fédérale du 20 mars 1981), qui couvre les maladies professionnelles ainsi que les accidents tant professionnels que non-professionnels, et qui est elle aussi obligatoire (sauf cas des indépendants pour lesquels elle est facultative). L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi, ou cesse d'être assurée contre les accidents non-professionnels, qu'elle doit le signaler à son assureur maladie. Les primes de l'assurance-accidents sont à la charge de l'employeur concernant les accidents et maladies professionnelles, et à la charge du travailleur s'agissant des accidents non-professionnels.

L'assurance relative aux indemnités journalières liées à la maladie est, elle, facultative, et ouverte à toute personne domiciliée en Suisse ou y exerçant une activité lucrative, âgée de 15 à 65 ans. Elle peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, par des employeurs ou leurs organisations, ou par des organisations de travailleurs. L'assureur pour ces prestations en espèces peut donc être différent de l'assureur maladie.

Source : Mission.

Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement leur prestataire parmi les assureurs bénéficiant des autorisations requises (liste publiée par l'office fédéral de la santé publique). Ces assureurs, ayant obligatoirement leur siège en Suisse, doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer¹. Ils doivent également annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'office fédéral de la santé publique au moins 2 mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. L'assuré peut en effet changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. Il peut aussi, moyennant un préavis de 3 mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

¹ Tous les assureurs maladie suisses ne proposent pas de couverture pour les frontaliers.

Annexe 3

Ce système obligatoire est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1996 (loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994). Il s'agit d'une assurance maladie de base, certains assurés la complétant par une couverture complémentaire (toutefois rarement proposée aux résidents étrangers). Dans le cadre de l'assurance de base, l'assureur « *prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs* »². Toutefois, compte tenu de la quasi-inexistence du phénomène de « dépassements d'honoraires » en Suisse (cf. *infra* rubrique « tarifs et prix des prestations », principe de « protection tarifaire »), l'assurance complémentaire a essentiellement vocation à prendre en charge les suppléments correspondant à une hospitalisation en chambre individuelle, ou les soins dentaires, très peu remboursés (cf. *infra*, rubrique « prestations »). Il lui est en effet strictement interdit de prendre en charge l'importante participation aux coûts (franchises et quote-parts) prévue dans le cadre du système de base (cf. *infra* § 1.2.4 relatif à la participation aux coûts). Au final, le recours à l'assurance maladie complémentaire est ainsi en Suisse trois fois moindre qu'en France, en termes de population éligible et de dépenses prise en compte³.

1.2. Principes de fonctionnement du système

Les assureurs doivent pratiquer l'assurance-maladie sociale selon le principe de la mutualité, garantir l'égalité de traitement des assurés et n'affecter qu'à des buts d'assurance-maladie sociale les ressources provenant de cette activité. Le financement doit être autonome : les assureurs présentent séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins, et tiennent un compte d'exploitation distinct. Les autorités fédérales contrôlent notamment les frais d'administration et les fournisseurs de prestations.

1.2.1. Les prestations

Les prestations prises en charge sont celles « *qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles* »⁴, à savoir :

- ◆ les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, chiropraticiens ou personnes mandatées par ceux-ci ;
- ◆ les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par ces professionnels, et les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments ;
- ◆ le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la « division commune », et le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (l'accouchement à domicile étant assez répandu en Suisse, et également pris en charge) ;
- ◆ une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage ;
- ◆ les éventuelles mesures de réadaptation ;
- ◆ une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin.

En cas d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

L'assurance obligatoire prend également en charge certaines mesures de prévention.

² Source : loi fédérale sur l'assurance maladie.

³ Source : OCDE (*Systèmes de santé. Efficacité et politiques. 2011*).

⁴ Source : loi fédérale sur l'assurance maladie.

Annexe 3

Enfin, il convient de noter que les soins dentaires ne sont pris en charge que s'ils sont occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour la traiter.

L'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En particulier, en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux répertoriés et aptes à traiter sa maladie. Toutefois, pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence.

En matière de secret médical, les indications du fournisseur de prestations ne peuvent jamais être délivrées contre la volonté de l'assuré à une autre partie que le médecin-conseil de l'assureur.

Encadré 2 : L'accès aux prestations en France

Pour reprendre les termes de la note conjointe franco-suisse du 1^{er} février 2013 prise en application de l'accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE, les titulaires du droit d'option assurés auprès de la LAMal « se font établir par l'assureur maladie suisse le document S1 (anciennement formulaire E 106 ou E121 pour les retraités) attestant de leur couverture maladie (...) Une attestation est établie à l'intention de chacun des membres non-actifs de la famille, sous réserve de l'acceptation de la qualité d'ayant-droit par la CPAM » auprès de laquelle « les attestations S1 sont à déposer sans délai ».

« Ces personnes assurées en Suisse ont alors droit en France à toutes les prestations médicales et pharmaceutiques prévues par la législation française, qui seront prises en charge par la CPAM du lieu de résidence pour le compte de leur assureur suisse ».

Le remboursement s'effectue sur la base de la législation française.

Source : Mission.

1.2.2. Tarifs et prix des prestations, facturation

Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente⁵, ils ne peuvent exiger de rémunérations plus élevées pour des prestations fournies en application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, en vertu du principe dit de la « protection tarifaire ». Le fournisseur de prestations qui refuse d'opérer conformément à ces dispositions relève alors de la « récusation » : il doit l'annoncer à l'organisme désigné par le gouvernement cantonal, et n'a aucun droit à la rémunération au titre de la loi fédérale. Il doit aussi en informer tout assuré s'adressant à lui.

Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention au niveau fédéral.

Lorsque, pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers, les frais moyens par assuré et par année dans l'assurance de soins obligatoire augmentent au moins deux fois plus que la moyenne de l'évolution générale des prix et des salaires, un gel peut être décrété par les autorités aussi longtemps que la différence relative du taux annuel de croissance est de plus de 50 % comparée à l'évolution générale des prix et des salaires.

⁵ Si aucune convention tarifaire ne peut être conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, le gouvernement cantonal fixe le tarif, après avoir consulté les intéressés.

Annexe 3

En matière de facturation, les fournisseurs de prestations doivent faire figurer les diagnostics et les procédures sous forme codée, selon les classifications fédérales applicables. Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur, et a alors le droit d'être remboursé par son assureur : il s'agit du système dit du « tiers garant ». Toutefois, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération : il s'agit du système du « tiers payant », qui s'applique notamment systématiquement aux traitements hospitaliers. L'assuré dispose d'une carte d'assuré avec son nom et identifiant, comportant une interface utilisateur.

1.2.3. Primes d'assurance

Comme indiqué en introduction, toute personne domiciliée en Suisse doit être assurée (si nécessaire par son représentant légal), autrement dit les primes sont facturables par tête, sans notion d'« ayants droit ».

L'assureur doit fixer une prime plus basse pour les assurés de moins de 18 ans révolus (enfants), que pour les adultes. Il peut distinguer dans la même optique une troisième classe d'âge correspondant aux assurés de moins de 25 ans révolus (jeunes adultes).

L'assureur peut aussi échelonner les montants des primes selon le lieu de résidence de l'assuré, s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions. Le maillage régional sous-jacent à cette éventuelle segmentation est toutefois délimité par les autorités fédérales. Pour les assurés résidant dans un État membre de l'Union européenne, les primes sont calculées en fonction de l'État de résidence (l'OFAS a indiqué à la mission que, s'agissant des frontaliers français, une segmentation géographique plus fine est possible, selon 3 zones définies en termes de gradient urbain/rural).

A l'exception de ces segmentations par âge et éventuellement par zone géographique, l'assureur doit prélever des primes égales auprès de ses assurés. Ces primes sont donc indépendantes de l'état de santé selon les principes de la mutualité et de l'égalité de traitement.

Les primes d'assurance-maladie sont prélevées auprès de la personne physique (contrairement aux cotisations des autres risques qui sont directement précomptées à la source par l'employeur). En cas de non-paiement des primes dans les 30 jours suivant la sommation (elle-même précédée d'un rappel écrit), l'assureur doit engager des poursuites et le canton peut exiger d'être informé des débiteurs poursuivis. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence.

1.2.4. Participation aux coûts

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient, essentiellement par le biais de deux mécanismes :

- ◆ un montant fixe par année, la franchise, qui s'établit à 300 CHF soient 249 € par an (sauf pour les moins de 18 ans, pour lesquels aucune franchise n'est exigée) ;
- ◆ une quote-part de 10 % des coûts qui dépassent la franchise, elle-même plafonnée à 700 CHF par an, soient 623 € (350 CHF soient 290 € pour les moins de 18 ans) ;

Encadré 3 : Implications pour les non affiliés à la LAMal en cas de soins en Suisse

Compte tenu des mécanismes de participation aux coûts présentés précédemment, les assurés non affiliés à la LAMal se faisant soigner en Suisse sont redevables d'une franchise de 92 CHF par mois (somme assez proche de 700+300 CHF divisés par 12) au titre des règles de remboursement en vigueur dans le pays des soins, sauf à ce qu'ils choisissent un remboursement sur la base du tarif français, certes alors sans franchise mais avec un prix de consultation de référence bien inférieur aux frais réels en Suisse.

Source : Mission.

Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

En outre, en cas d'hospitalisation, les assurés versent une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille.

L'assureur ne peut en revanche exiger aucune participation s'il s'agit de prestations en cas de maternité.

S'il est interdit à tout organisme de proposer une prise en charge de la participation aux coûts, il existe en revanche une faculté cantonale de réduction des primes pour les assurés « de condition économique modeste »⁶, le différentiel étant versé à l'assureur par les cantons. Ceux-ci reçoivent eux-mêmes des subsides de la confédération, correspondant à 7,5 % des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins, ventilés d'après la population résidente et frontalière, elle aussi explicitement éligible à ce dispositif, en vertu de l'article 65a de la loi fédérale (les bénéficiaires de rentes suisses sont eux aussi éligibles en vertu de l'article 66a, mais l'aide est alors directement accordée par la Confédération).

Toutefois, tant l'OFAS que les caisses françaises de la zone frontalière ont indiqué que les cas de frontaliers bénéficiaires de réductions de primes restent anecdotiques, alors que la proportion de bénéficiaires s'élève à 20 % parmi les résidents suisses. Si le raisonnement des autorités helvétiques, selon lequel des personnes payées en Suisse et soumises au coût de la vie en France, sont *a priori* à l'abri du besoin, semble en général défendable, il n'en reste pas moins que des frontaliers soumis à divers imprévus peuvent eux même se retrouver en situation difficile, qui pourrait expliquer certains cas de ruptures de cotisation à la LAMal chez les frontaliers (sur ce sujet, cf. *infra* § 4.4.3).

2. Le régime de la CMU

2.1. Origine et philosophie

La couverture maladie universelle (CMU) a été créée par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999, dont l'article 3 dispose (article L. 380-1 du code de la Sécurité sociale) que « *toute personne résidant en France (...) de façon stable et régulière*⁷ relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité ». La loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, abrogeant le dispositif préexistant dit de l'assurance personnelle.

⁶ Source : loi fédérale sur l'assurance maladie.

⁷ Les personnes y résidant de manière irrégulière relèvent de l'aide médicale d'Etat (AME).

Annexe 3

A l'époque de sa création, la CMU était donc destinée à une population certes hétérogène (titulaires du RMI mais aussi rentiers tirant tous leurs revenus du patrimoine...) avec néanmoins le point commun de ne pas toucher de revenu professionnel. En effet un actif en France est éligible à la Sécurité sociale, tandis qu'un actif travaillant dans un pays voisin relève du régime légal d'assurance de ce pays, en vertu des règlements communautaires. Mais les frontaliers travaillant en Suisse et non assurés pour la maladie en Suisse ne disposaient originellement pour leur part que de la possibilité d'une couverture privée en France.

Lorsque les frontaliers travaillant en Suisse se sont vus octroyer l'accès à la CMU suite à la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002, ils ont donc été les seuls actifs à relever du dispositif. La loi prévoyait du reste (article L. 380-3-1 IV du code de la Sécurité sociale) la prise d'un décret déterminant « *le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis* », décret qui n'a jamais été pris. Une lettre ministre du 14 janvier 2004 a ainsi confirmé à la CNAMTS que « *dans l'attente de la publication des décrets d'application (...), il y a effectivement lieu de faire application dès 2003, à titre provisoire, d'un prélèvement au taux de 8 %* ». Ces modalités de gestion provisoire se sont poursuivies depuis lors.

2.2. Règles de fonctionnement

Compte tenu de l'absence de dispositions spécifiques ayant accompagné l'ouverture de la CMU aux frontaliers, ceux-ci ont été basculés dans la gestion de masse déjà mise en place par la CNAMTS. La caisse s'est ainsi retrouvée dans l'impossibilité d'identifier, dans ses fichiers, cette population pourtant très particulière. La grande majorité des frontaliers sont affiliés au sein du « petit régime » 801 de la CMU (critère de résidence avec cotisation ; on trouve aussi dans cette catégorie des rentiers), dès lors que leurs ressources ne les rendent pas éligibles à la CMU gratuite.

La CMU de base n'est effet gratuite qu'en-deçà d'un plafond annuel de ressources modeste (actuellement fixé à 9 356 €), et la quasi-totalité⁸ des frontaliers sont ainsi redevables – compte tenu de l'existence d'un revenu d'activité, généralement substantiel vu le différentiel d'échelle des salaires - d'une cotisation de 8 % des revenus dépassant le seuil d'exonération. Ces revenus sont définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts.

Encadré 4 : la confusion fréquente entre CMU et CMU-C

Le dispositif dont il s'agit dans le cas des frontaliers est la CMU dite « de base », par opposition à la CMU dite « complémentaire » (CMU-C), gratuite mais accordée pour un an sous condition de ressources. Or, au 1^{er} juillet 2013, le plafond annuel de ressources correspondant était fixé à 8 593 € pour une personne seule en métropole, le montant évoluant en fonction de la situation familiale. Compte tenu du niveau de revenu moyen des frontaliers travaillant en Suisse, nettement supérieur à la moyenne française comme signalé précédemment dans le cas de la CMU de base, ils ne sont dans leur immense majorité pas éligibles à la CMU-C.

Source : Mission.

L'assiette de cotisation applicable est le revenu fiscal de référence. Elle avait été choisie dans l'optique de l'affiliation de non-actifs, afin de bien prendre en compte tous les types de revenus. Elle avait aussi l'avantage de procéder d'une appréhension des revenus du ménage, qui sont ceux pris en compte pour apprécier s'il doit y avoir cotisation.

⁸ On peut penser au cas particulier d'un emploi peu qualifié à temps partiel : selon les données de l'office fédéral de la statistique 7 % des suisses gagnaient moins de 1000 CHF par mois en 2010 (alors que sur la base d'un temps plein, seuls 2 % d'entre eux gagnaient moins de 3000 CHF par mois).

Annexe 3

Cette assiette pose toutefois divers problèmes de gestion aux CPAM, dans le cas particulier des frontaliers travaillant en Suisse.

Encadré 5 : Les problèmes de gestion posés par l'assiette du revenu fiscal de référence

Dès lors que le foyer fiscal perçoit d'autres revenus que ceux du travail frontalier :

- s'il inclut un conjoint actif ou l'ayant été, il convient de déduire ses revenus/pensions professionnels (sous peine de générer une double cotisation). Les CPAM réalisent cette neutralisation par recours aux avis d'imposition, qui présentent une césure claire « vous/votre conjoint » ;
- se pose en outre la question des éventuels revenus communs au ménage, tels que les revenus du patrimoine, qui au moins en équité semblent devoir être retraités. Il n'existe aucune base juridique en la matière, les CPAM ayant dans un premier temps adopté des pratiques divergentes (ventilation au prorata des revenus d'activité des membres du foyer fiscal, ou ventilation 50/50 selon les cas). La coopération inter-caisses a débouché sur une homogénéisation en faveur de la seconde possibilité, mais le compte-rendu de la réunion inter-caisses du 29 mars 2007 signale de manière emblématique qu'« *en cas de contestation de la part de l'assuré, le calcul de la cotisation peut être revu au vu des explications et justificatifs fournis par l'intéressé* ».

Source : Mission.

En gestion, les CPAM traitent, chaque été, les avis d'imposition transmis par les affiliés (elles leur transmettent, en vertu de l'article D. 380-5 du code de la Sécurité sociale, avant le 1^{er} août de chaque année, une déclaration de ressources que les assurés sont tenus de retourner dûment remplie avant le 15 septembre, mais en pratique si ces affiliés effectuent la demande de renouvellement de la CMU, la réception de l'avis d'imposition est jugée suffisante en ce qui concerne la connaissance des ressources). Les CPAM se procurent donc les revenus n-1 des assurés frontaliers durant l'été n, pour une prise en compte dans les cotisations facturées au 1^{er} octobre n, les cotisations étant payables trimestriellement (article D. 380-2 du code de la Sécurité sociale).

Dans le cas d'une population telle que les frontaliers, ceci génère des effets d'aubaine, par exemple dans le cas de jeunes actifs nouvellement entrants sur le marché du travail, ou d'une activité uniquement durant une partie de l'année, avec à la clé jusqu'à un an et demi d'assurance gratuite pour des actifs occupés gagnant parfois bien leur vie. Ainsi, l'entrant sur le marché du travail s'affiliant en 2013 n'a perçu aucun revenu en 2012, il ne paiera donc aucune cotisation du 1^{er} octobre 2013 au 1^{er} octobre 2014, et, durant l'exercice suivant, ses cotisations seront basées sur son revenu 2013, qui n'est pas un revenu en année pleine, le frontalier n'ayant pu commencer à être payé qu'en juin.

Les prestations de la CMU peuvent être servies en Suisse :

- ♦ dans le cadre de soins programmés si la CPAM compétente l'autorise, au moyen d'une attestation S 2 (anciennement formulaire E 112) ;
- ♦ au moyen du document *ad hoc* pour des soins qui s'avèrent nécessaires en cas de séjour en Suisse (Carte européenne d'assurance maladie ou certificat provisoire de remplacement).

3. L'assurance privée en France

3.1. Origine

Historiquement, les frontaliers travaillant en Suisse n'avaient accès ni à la Sécurité sociale (dont ils avaient été exclus en 1963 au motif qu'ils bénéficiaient de prestations sans cotisations), ni à l'assurance en Suisse (l'assurance obligatoire LAMal ne datant que de 1996).

Annexe 3

Ceci a donc poussé les frontaliers à s'organiser via des associations : celles-ci ont développé des partenariats avec des assureurs afin de remédier au défaut de couverture maladie.

Le Groupement transfrontalier européen (GTE) a ainsi dès 1964 noué des liens avec les MMA (à l'époque « La Strasbourgeoise »), dont le contrat précise, au point 1.1 (objet du contrat) qu'il est « *destiné aux membres du GTE* ». Le Comité de défense des travailleurs frontaliers (CDTF, créé en 1958) s'est de son côté rapproché du groupe de prévoyance Arpège, depuis intégré à Reunica (le contrat de Muta Santé précise à son article 8 relatif aux conditions d'adhésion que « *chaque membre doit être adhérent du CDTF et avoir versé au comité la cotisation annuelle* »). Enfin, l'amicale des frontaliers avait initialement contractualisé avec les AGF. En 1999, l'association a toutefois choisi de faire « mieux et plus adapté » en recourant à l'AG2R pour la prévoyance, et en instituant la Mutuelle « la Frontalière », agréée en 2003 pour pratiquer les branches 1 et 2 du code de la mutualité (le contrat santé précise à son article 4 relatif aux bénéficiaires que « *le présent régime de santé est ouvert aux membres de l'association Amicale des frontaliers ou autres entités reconnues par l'Amicale* »).

L'assurance privée s'est donc au départ développée, non dans une logique de captation de « bons risques » aux dépens de la solidarité nationale, mais afin de combler une lacune des systèmes nationaux de solidarité (ou à tout le moins une lacune dans l'articulation de ces systèmes). Les actuels portefeuilles d'assurés comptent encore un certain nombre de frontaliers s'étant affiliés à cette époque, non tant par choix que faute d'autre solution.

3.2. Dénominateurs communs aux garanties

Les garanties privées sont très hétérogènes, comme cela est rappelé dans les deux paragraphes suivants. Elles se caractérisent néanmoins par quelques facteurs communs :

- ◆ il s'agit de « contrats au 1er euro », c'est-à-dire de contrats incluant à la fois l'assurance de base qui aurait pu relever de la Sécurité sociale, et des garanties complémentaires (plus ou moins étendues), avec, s'agissant des prestations en France, des montants de remboursement au moins égaux à 100 % de la base de remboursement Sécurité sociale pour tous les contrats consultés par la mission, même pour les formules d'entrée de gamme. Les prestations sont par ailleurs adaptées aux spécificités du frontalier, par exemple s'agissant de la possibilité de soins en Suisse (voir annexe 5 sur ce point précis) ;
- ◆ les formules les plus basiques proposent quelques garanties en plus de celles offertes par le régime de base obligatoire, qui ne sont pas exactement les mêmes d'un contrat à l'autre, mais dont il est quand même possible d'établir une typologie :
 - prise en charge du forfait hospitalier voire des franchises ;
 - assez souvent, prise en charge de la chambre individuelle et de l'accompagnement de l'enfant dans certaines limites ;
 - quelques prestations optiques ou dentaires hors remboursement, souvent au sein d'un forfait annuel ;
 - quelques dépenses de prévention dans la limite d'un forfait annuel (vaccins prescrits médicalement, dépistage parodontal ou autre, substituts nicotiques, préservatifs...) ;
 - parfois des prestations de spécialités non reconnues par la sécurité sociale (médecine douce) là aussi dans la limite d'un forfait annuel ;
 - assez souvent des garanties d'assistance, quelquefois des participations aux frais d'obsèques.

Annexe 3

- ◆ il s'agit de contrats tarifés à l'âge, et à la personne (pas d'ayant-droits à titre gratuit⁹), dans la logique actuarielle qui consiste à calibrer la prime (ou « cotisation » dans le cas des mutuelles) en fonction du risque souscrit ;
- ◆ il s'agit de contrats ne se positionnant généralement qu'en compléments par rapport à la couverture par les systèmes nationaux de solidarité :
 - seules les personnes n'étant éligibles à aucune autre assurance de base peuvent être assurées (sauf évidemment garanties uniquement complémentaires) ;
 - les adhérents perdant leur qualité de frontaliers peuvent ainsi souvent rester assurés via une garantie complémentaire (le contrat de la Frontalière précise par exemple que « *les frontaliers licenciés, déjà adhérents à la mutuelle, peuvent souscrire une adhésion complémentaire à la Sécurité sociale* »).

Encadré 6 : la question des ayant-droits éligibles à la Sécurité sociale :

La situation vis-à-vis de l'assurance privée n'est pas toujours claire dans les cas des ayants droit de frontaliers : lorsque des frontaliers assurent leurs enfants alors que ceux-ci auraient pu être rattachés à la couverture Sécurité sociale du conjoint travaillant en France, ils prennent parfois le risque de payer des cotisations à fonds perdus car au moment de l'éventuel sinistre, l'assureur vérifiera si l'enfant était rattachable à la Sécurité sociale et refusera la prise en charge. La CPAM de Haute-Savoie a par exemple porté à la connaissance de la mission un cas de litige avec un assureur privé du fait d'un refus rétroactif d'affiliation d'enfant au motif que celui-ci - qui avait reçu des soins lourds - aurait pu relever de la Sécurité sociale, ce dont l'assureur n'avait pas été informé par les parents.

Pour prendre un exemple, les tableaux de garantie d'Adrea Mutuelle précisent à la rubrique « bénéficiaires des garanties » que ne sont éligibles que les « *ayants droit à charge (enfant ou conjoint) qui ne peuvent pas bénéficier d'une affiliation à un régime obligatoire français ou suisse d'assurance maladie, à tout autre titre* ». Mais d'autres contrats du marché sont plus ambigus sur la question.

Source : Mission.

3.3. Un marché peu concentré avec différents types d'acteurs

3.3.1. La diversité des acteurs

L'hétérogénéité des garanties d'assurance privée découle tout d'abord de l'hétérogénéité des acteurs eux-mêmes. Ceux-ci relèvent de deux grandes sphères institutionnelles aux cultures et aux pratiques différentes, soumises à des codes différents : la première, prédominante, est celle des assureurs membres de la fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), soumis au code des assurances, la seconde est celle des mutuelles pour certains membres de la fédération nationale de la mutualité française (FNMF), soumises au code de la mutualité. Certaines mutuelles rencontrées sont toutefois rattachées à un groupe paritaire (Reunica dans le cas de Muta Santé) tandis que d'autres sont totalement autonomes (La Frontalière).

Le groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), contacté lui aussi par la mission, est en revanche quasiment absent du marché de l'assurance maladie des frontaliers (une entreprise avec 700 adhérents).

⁹ A l'exception toutefois des enfants à partir du troisième pour certains contrats (SwissLife, Adrea Mutuelle) : il s'agit toutefois alors d'une logique commerciale et non d'un raisonnement comparable à la philosophie présidant au régime de la Sécurité sociale.

Annexe 3

Au total, selon la FFSA environ 154 000 frontaliers (et autres titulaires du droit d'option tels que les retraités) sont actuellement assurés en France auprès du secteur privé, la mission retenant le chiffre très proche de 153 000 (par mise en cohérence avec les chiffrages de population totale, et d'affiliés à la LAMal et à la CMU, cf. § 4.1) ; en prenant en compte les nombres d'affiliés signalés par les divers organismes mutualistes¹⁰ on obtient alors la ventilation suivante :

Tableau 1 : Aperçu de l'actuel marché de l'assurance santé des frontaliers travaillant en Suisse

Fédération	Organisme	Nombre d'adhérents (hors ayants droit)
FFSA (ou éventuelles mutuelles non détectées)	MMA	128 000
	ACM	
	Swisslife	
	Axa	
	Pacifica	
	CNP (via Alptis)	
FNMF	Adrea Mutuelle	6 000
	Sorual	1 700
	Caisse Prévoyance Mulhousienne	850
Hors fédérations	La Frontalière	10 000
	Muta Santé (Reunica)	6 000
GEMA	Une entreprise (identité non communiquée)	700

Source : Fédérations professionnelles, assureurs et mutuelles.

3.3.2. La diversité des territoires

L'hétérogénéité des garanties d'assurance privée découle non seulement de la diversité des acteurs, mais aussi de l'existence de divers bassins de vie en zone frontalière, qui diffèrent par leurs associations de frontaliers, mais aussi et surtout par le besoin commercial : typologie différente des frontaliers (emploi plus tertiaire et salaires encore un peu plus élevés en Rhône-Alpes), contexte d'offre de soins différente (cf. annexe 5 : parfois beaucoup d'offre côté suisse et peu côté français, parfois une offre déjà assez importante côté français et moins d'offre côté suisse...) etc.

¹⁰ La FFSA signale, dans une note transmise à la mission (dont elle a toutefois indiqué qu'elle a été élaborée essentiellement par ACM et MMA), qu'elle représente 65 % du marché de l'assurance privée des frontaliers en France, soit exactement 100 000 personnes. Toutefois la somme des pourcentages ne s'élève qu'à 90 %, suggérant une coquille – et si tel n'est pas le cas le niveau potentiellement très arrondi de 100 000 peut suggérer une marge d'erreur non négligeable. Surtout, compte tenu de la taille très considérable de certaines institutions adhérentes à la FFSA, on peut penser qu'elles ne se sont pas manifestées auprès de la fédération sur le sujet des frontaliers travaillant en Suisse. Ainsi, Aviva dont la CPAM du Doubs a remis un exemple de contrat à la mission, n'a jamais été mentionnée (même si on ne peut exclure que la société se soit retirée du marché). Inversement, les mutuelles exerçant auprès des frontaliers sont généralement de taille moyenne ou modeste et avaient donc toutes les raisons de vouloir prendre part au débat. Elles sont par ailleurs plus souvent liées aux associations de frontaliers, qui ont été rencontrées par la mission et lui ont indiqué les 2 partenaires historiques que sont Muta Santé et la Frontalière. Le postulat est donc qu'il était structurellement plus facile de détecter les acteurs mutualistes.

3.4. Les nombreux facteurs d'hétérogénéité entre contrats qui en résultent

3.4.1. Sélection ou non-sélection des risques

Une première traduction de la dichotomie assurance / mutualité est une différence d'approche en matière de sélection des risques. En effet, les assureurs, qui la pratiquent, soumettent le frontalier à un questionnaire de santé, voire à un examen médical. Si le frontalier désirant souscrire le contrat est classifié comme « mauvais risque », il peut se voir appliquer une surprime (risque aggravé), ou tout simplement se voir opposer un refus d'adhésion. A l'inverse, les mutuelles ne pratiquent aucune sélection des risques.

Encadré 7 : Quelques exemples de clauses de sélection des risques

MMA (point 3.1.1.1) : « lorsque les réponses au questionnaire de santé ne permettent pas d'apprécier l'état de santé de l'un des assurés, celui-ci doit se soumettre à un examen médical qui lui est remboursé par l'assureur ».

ACM (article 4.3 relatif aux formalités d'adhésion) : « l'acceptation de l'adhésion est soumise à des formalités médicales ; l'adhérent complète un questionnaire de santé pour lui-même et pour chacun des bénéficiaires. L'assureur a la possibilité de demander des renseignements médicaux complémentaires nécessaires à l'analyse du risque. Après examen de ces documents par le médecin conseil de l'assureur l'adhésion peut être acceptée à un tarif particulier, avec des réserves quant à l'étendue des garanties, ajournée ou refusée ».

A l'inverse, le règlement mutualiste d'Adrea Mutuelle précise que « la mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction du sexe¹¹ ou de l'état de santé du membre participant ».

Source : Contrats d'assurance santé des frontaliers remis à la mission.

En revanche, l'interdiction de résiliation en cours de contrat pour aggravation de l'état de santé est d'ordre public (cf. notamment article L. 113-4 du code des assurances, dernier alinéa), et s'impose donc à tous les acteurs du marché. Il convient ainsi de ne pas confondre sélection des risques lors de la phase d'adhésion, et sélection des risques en cours de contrat, proscrite.

Néanmoins, les mutuelles appliquent parfois elles-mêmes quelques limitations à l'adhésion, notamment en ce qui concerne l'âge limite (qui est un facteur prédictif du risque, comme le montre la croissance des cotisations avec l'âge) : ainsi, Muta Santé impose un plafond de 40 ans à la souscription. La Frontalière limite de son côté aux moins de 26 ans la souscription de ses formules *Prénium* et *Primo*. Dans le cas de l'assureur ACM, un âge limite de 60 ans est appliqué à la formule la plus haut de gamme (*Sérénité*), mais, de manière plus générale, « l'adhésion des travailleurs frontaliers en Suisse est limitée aux seuls actifs » (article 4.2).

Si certains contrats sont, contrairement à d'autres, homologués « responsables », il n'en reste pas moins qu'au final aucun de ces contrats ne présente les caractéristiques de solidarité de la Sécurité sociale (notamment du fait d'une tarification à l'âge et indépendante du revenu).

¹¹ La segmentation en fonction du sexe a du reste été interdite au niveau communautaire, par arrêt de la CJCE.

3.4.2. Prestations

D'autres différences entre contrats ont trait aux prestations proprement dites : au-delà même du caractère plus ou moins « haut de gamme » des contrats (cf. rubrique 5.1 concernant l'hétérogénéité des coûts à ce titre), les pratiques diffèrent selon les assureurs en termes :

- ◆ de délais de carence, qui permettent normalement aux assureurs de juguler le risque de souscription « opportuniste » par l'assuré se sachant exposé à une forte sinistralité. Dans le cas de l'assurance-santé des frontaliers, ces délais de carence doivent être vraisemblablement interprétés comme la survivance d'une époque où l'assuré pouvait ne pas être couvert antérieurement par un autre régime, d'où un *alea moral* alors associé au moment choisi pour souscrire. Ces clauses pourraient apparaître secondaires. Elles peuvent pourtant déboucher sur des situations extrêmement problématiques pour des frontaliers n'ayant pas prévu de disposer d'une autre assurance privée durant le délai de carence : ils se retrouvent en pratique sans couverture maladie.

Encadré 8 : Quelques exemples de clauses en matière de prise d'effet des garanties

Le contrat des ACM indique à son article 5.1 que « *les garanties produisent leurs effets sans délais d'attente* », ce qui est également le cas des contrats de La Frontalière. A l'inverse le contrat de Muta Santé indique à son article 26 des délais de trois mois pour le remboursement des frais courants, neuf mois pour la prise en charge hospitalière, le remboursement des prothèses dentaires, de l'optique, des frais de maternité et de cure. Adrea Mutuelle ne soumet à des délais de carence que les nouveaux assurés de plus de 31 ans et éligibles au droit d'option depuis plus de trois mois ; les délais sont alors de 3 mois pour les soins courants, dentaires et optiques, 6 mois pour l'hospitalisation, les cures thermales les prothèses dentaires et l'orthodontie, 10 mois pour la maternité, 12 mois pour le traitement des affections mentales.

Source : Mission.

- ◆ d'étendue des prestations : si, comme présenté au § 3.2, les contrats d'entrée de gamme sont assez proches (en restant relativement similaires aux garanties ouvertes au titre de la base Sécurité sociale), la plupart des assureurs proposent une vaste gamme de formules allant jusqu'à des garanties très larges, comparables à celles de complémentaires de très bon niveau. Outre la question de l'accès aux soins en Suisse et des modalités de remboursement correspondantes (cf. annexe 5), la différenciation s'effectue essentiellement selon les axes suivants :
 - prise en charge des dépassements d'honoraires (honoraires jusqu'à 200 %, 300 % voire 400 % de la base de remboursement), ce qui aboutit à une généralisation des dépassements de la part des médecins de ville, même conventionnés, auprès de la clientèle frontalière non affiliée à la Sécurité sociale ;
 - étendue des prestations dentaires et optiques et autres appareillages (auditif, orthopédique, capillaire...);
 - modalités de prise en charge des prestations en sus de celles du régime de base lorsqu'elles ne sont pas directement incluses en entrée de gamme ou ne le sont que dans un plafond (chambre individuelle, médecine douce, cures thermales...).
- ◆ de modalités de facturation et de règlement :
 - certains assureurs mettent à disposition une carte de paiement réservée aux dépenses de santé dispensant de l'avance des frais, d'autres délivrent une attestation de tiers payant pour les dépenses de pharmacie et organisent la prise en charge pour l'hospitalisation et les médecins spécialistes/centres partenaires (« centres d'optique et dentaires mutualistes » dans le cas d'Adrea mutuelle...)

Annexe 3

- les assureurs prennent parfois également des engagements précis concernant les délais de remboursement (« dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives », « sous trois jours ouvrés »...).

3.4.3. Contrats collectifs et contrats individuels

La structuration d'une partie du marché par les associations de frontaliers a également abouti à la présence de contrats groupes ouverts dits aussi collectifs à adhésion facultative, tels que ceux de Muta Santé ou de la Frontalière, qui cohabitent avec des contrats individuels (SwissLife). Le contrat des ACM est également un contrat groupe à adhésion facultative souscrit par les fédérations du Crédit mutuel et les banques du CIC. Or, dans la pratique, les contrats groupe sont généralement à échéance au 1^{er} janvier, alors que l'échéance des contrats individuels est plutôt fonction de la date anniversaire ; ces caractéristiques ne sont pas neutres en termes de gestion du basculement à la Sécurité sociale des assurés correspondants (cf. § 4.2.1 du rapport).

3.4.4. Population couverte

Alors que certains contrats couvrent bien l'ensemble des « frontaliers » actifs (Adrea Mutuelle, Muta Santé, MMA), d'autres se limitent en pratique à la couverture des seuls « salariés » (La Frontalière), excluant de fait les frontaliers indépendants.

4. Enjeux transversaux aux trois systèmes d'assurance-maladie

4.1. La répartition de la population frontalière

4.1.1. Résultat

Le nombre de frontaliers s'établirait actuellement, après croisement des données des instituts statistiques suisses et français (resp. OFS et INSEE) aux alentours de 167 000.

Il convient toutefois de déduire de ce total 6 000 fonctionnaires internationaux (surtout en zone genevoise, dans l'Ain¹²) disposant souvent de leurs propres dispositifs d'assurance-maladie, et sans doute aussi quelques doubles actifs de part et d'autre de la frontière (relevant pleinement de la Sécurité sociale sauf s'ils sont indépendants en France et salariés en Suisse¹³).

En revanche il convient d'ajouter les titulaires de seules rentes suisses, disposant eux aussi du droit d'option. Or l'INSEE signale 43 174 résidents suisses (hors doubles-nationaux) en 2009 en France, dont 10 738 de plus de 60 ans : la mission estime donc à environ 7 800 le nombre de plus de 65 ans, potentiellement titulaires d'une seule rente suisse (certains citoyens de nationalité suisse sont certes aussi titulaires de petites rentes françaises, mais inversement certains français ont pu avoir effectué toute leur carrière en Suisse : la mission juge en première approche que ces cas assez rares peuvent se compenser). Il convient en outre d'ajouter quelques autres centaines de retraités binationaux, eux aussi titulaires uniquement d'une rente suisse.

¹² Du fait de la localisation de la plupart des institutions genevoises concernées sur la rive droite du Rhône.

¹³ Ceci en vertu de l'article 13 3. du règlement communautaire 883/2004, selon lequel c'est le pays du salariat qui l'emporte concernant le droit social applicable.

Annexe 3

Au final, le nombre de titulaires du droit d'option se situerait donc aux alentours de 169 000.

Ce nombre se ventile alors de la façon suivante : 153 000 affiliations auprès du secteur privé en France (cf. *supra*), 9 000 affiliations à la CMU (cf. *infra*, § 4.1.2), et 7 000 affiliations à la LAMal (cf. *infra*, § 4.1.3). Ce sont donc plus de 90 % des bénéficiaires du droit d'option qui auraient vocation à rejoindre la Sécurité sociale suite à la fin de l'assurance privée.

4.1.2. Mode d'estimation des affiliés à la CMU

Le nombre de frontaliers affiliés à la CMU n'est pas directement connu, faute de mode d'affiliation spécifique. Il a toutefois pu être estimé en comparant le taux d'affiliés au « petit régime » 801 (cf. *supra* partie 2 relative à la CMU) rapporté à la population, respectivement dans les départements français non-frontaliers, et dans les différents départements frontaliers, où il est nettement plus élevé. Le « petit régime » 801, qui inclut les frontaliers, accueille aussi en effet notamment les rentiers (dont les seuls revenus sont des revenus du patrimoine), ce qui explique sa présence - certes résiduelle - sur l'ensemble du territoire français.

Dans les départements non-frontaliers, on constate en moyenne 0,0342 affiliés au petit régime 801 par habitant (données CNAMTS au 31 décembre 2012, données INSEE 2010). Pour chaque département frontalier, la mission a alors calculé combien d'affiliés on obtiendrait sur la base de ce taux moyen. Le surcroît d'affiliés constatés en pratique (cf. dernière colonne du tableau *infra*, calculée par différence) a ensuite été décompté comme l'effectif de frontaliers présents au sein du « petit régime » 801 des CPAM frontalières. Il a enfin été tenu compte du fait qu'au moins 2 %¹⁴ des frontaliers résident dans d'autres départements que les départements frontaliers, d'où, ci-dessous, le passage de 8 359 à 8 530 dans l'estimation du nombre de frontaliers affiliés à la CMU (dernière ligne, dernière colonne).

Tableau 2 : Estimation du nombre de frontaliers affiliés à la CMU au 31/12/2012

CPAM	Nombre d'assurés régime 801	population 2010 (INSEE)	Nombre d'assurés qui résulteraient du tx de 0,0342 %	Nombre de frontaliers évalués
CPAM de l'Ain	1 094	597 341	204	890
CPAM du Doubs	1 295	527 770	180	1 115
CPAM du Jura	381	261 534	89	292
CPAM du Haut-Rhin	2 375	749 782	256	2 119
CPAM de Haute-Savoie	3 872	738 088	252	3 620
CPAM du Territoire de Belfort	374	142 911	49	325
TOTAL	9 391	3 017 426	1 032	8 359
y compris autres départements				8 530

Source : CNAMTS, INSEE, calculs mission.

La mission retient *in fine* le chiffre de 9 000 dans la mesure où certains frontaliers démarrant leur activité peuvent dans un premier temps relever d'un petit régime « sans cotisation » (différent du petit régime 801 pris en compte), ce qui légitime un léger recalage à la hausse de l'effectif global d'affiliés à la Sécurité sociale.

¹⁴ Ce chiffre serait plutôt de 4 % en se basant sur les données de l'office statistique suisse, mais celui-ci exclut les frontaliers suisses qui sont bien plus concentrés géographiquement le long de la frontière que les frontaliers de nationalité française (ou non suisse).

4.1.3. Mode d'estimation des affiliés à la LAMal

Un problème méthodologique se posait également pour évaluer le nombre d'affiliés à l'assurance LAMal, dans la mesure où l'office fédéral des assurances sociales a indiqué à la mission ne pas connaître le nombre de frontaliers assurés en Suisse, ce qui aurait supposé une enquête *ad hoc* auprès des nombreux assureurs autorisés.

Toutefois les CPAM visitées par la mission ont pu lui communiquer des statistiques basées sur les anciens formulaires E 106 et E 121 (dorénavant tous deux formulaire S1 commun aux actifs et aux retraités), qui sont les documents que les personnes assurées en Suisse doivent communiquer à leur CPAM pour bénéficier en France des prestations médicales et pharmaceutiques prévues par la législation (prestations alors prises en charge par la CPAM pour le compte de l'assureur suisse, cf. *supra* § 1.2.1).

Selon ces indications, on compterait a minima 515 assurés (hors ayants droit) dans le Haut-Rhin, 2 098 en Haute-Savoie. Compte tenu de la part de ces deux départements dans le total de la population frontalière (environ 64 %), ceci conduit à une évaluation nationale de l'ordre d'un peu plus de 4 000 personnes, qui est toutefois un minorant car certains affiliés relativement récents ont pu n'avoir encore jamais recouru aux soins en France, soit par choix (l'une des motivations des affiliés LAMal étant d'avoir l'accès le meilleur possible aux soins en Suisse), soit tout simplement parce qu'ils n'ont pas encore été malades.

Une évaluation autour de 7 000 personnes rendrait compte de cette sous-estimation et serait cohérente avec des données, certes en flux, fournies par la CPAM de Haute-Savoie. Celle-ci a en effet indiqué à la mission que sur les 11 952 frontaliers travaillant dans le canton de Genève ayant exercé leur droit d'option en 2012, 454 ont choisi la LAMal, soit une proportion de 3,8 %, alors que 7 000 personnes sur 170 000 représenteraient une proportion de 4,1 %, qui n'est que légèrement supérieure (on peut du reste penser que les assurés auprès de la LAMal sont un peu plus nombreux dans le stock que sur le seul flux récent, du fait du récent renchérissement comparatif de la LAMal avec l'envolée du franc suisse). Le chiffre de 7 000 est par ailleurs cohérent avec un total de 169 000 frontaliers, dont 9 000 affiliés à la CMU, puisqu'il aboutit à un total de 153 000 affiliés à l'assurance privée, chiffre très proche des 154 000 indiqués à la mission par la FFSA.

4.2. Le caractère relatif de l'irrévocabilité du droit d'option

Le principe de base, en droit communautaire, étant l'assurance dans le pays d'emploi, le « droit d'option » doit en fait être compris comme la « *possibilité de ne pas s'affilier à un assureur suisse, lorsque tous les réquisits légaux sont remplis* », selon les termes de la note conjointe franco-suisse (OFAS-DACI) du 1^{er} février 2013.

L'exemption de l'assurance suisse d'un titulaire du droit d'option est dorénavant¹⁵ conditionnée à la production, dans un délai de 3 mois à compter du fait générateur du droit d'option, d'un formulaire attestant que l'intéressé est effectivement assuré en France, soit par le biais d'une assurance privée (qui vise alors le formulaire), soit au titre de la CMU. Ce formulaire doit être obligatoirement visé par la CPAM du lieu de résidence, puis déposé auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance maladie (en ce qui concerne les travailleurs frontaliers), au auprès de l'Institution commune LAMal (en ce qui concerne les pensionnés du régime suisse). Si le frontalier ne se manifeste pas dans les délais qui lui sont impartis, il sera ainsi affilié d'office en Suisse. Le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois, à moins qu'un nouveau fait générateur de son exercice ne survienne.

¹⁵ Le dispositif n'est pas encore totalement en vigueur selon le canton suisse dont relève le titulaire du droit d'option.

Annexe 3

La note conjointe précitée, relative à l'exercice du droit d'option, a apporté un certain nombre de précisions quant aux faits générateurs de son ouverture (ou réouverture), en excluant explicitement les changements de situation de famille, qui avaient pu par le passé être pris en compte par les autorités compétentes suisses : « *les modifications d'état-civil (mariage, divorce) ou les changements de composition de la cellule familiale (naissance ou décès d'un membre de la famille) ne sont pas considérés comme de nouveaux faits générateurs* ». Restent donc les faits générateurs « prise d'activité en Suisse », « reprise d'activité en Suisse après une période de chômage », « prise de domicile en France » (notamment pour des actifs ou retraités suisses), ou « passage du statut de travailleur à celui de pensionné ».

Aussi, bien que le choix entre assurance maladie en France ou en Suisse soit parfois qualifié d'« irrévocable¹⁶ », il convient de remarquer qu'à moyen terme :

- ◆ le flux de nouveaux frontaliers arbitrera selon les nouvelles conditions de l'assurance en France (monopole de la Sécurité sociale) ;
- ◆ le stock de frontaliers actuel se verra lui-même assez souvent, au fil de l'eau, rouvrir le droit d'option en cas de changement d'emploi, qui, par le biais de la fréquente période interstitielle de chômage associée, repositionne les assurés comme nouveaux frontaliers.

4.3. Comportements d'optimisation et antisélection

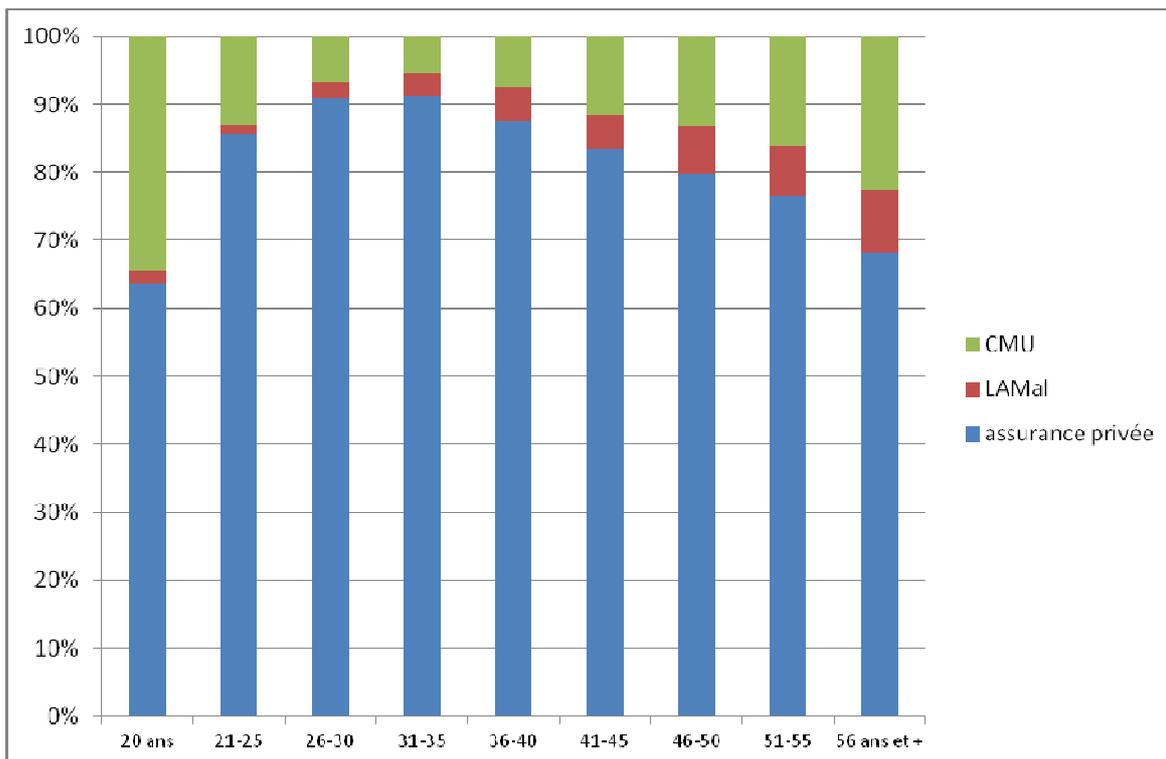
Les différences de philosophie des systèmes en présence ont conduit à l'apparition de différences marquées dans le profil des populations assurées, notamment compte tenu des pratiques de sélection des risques de la part de la majeure partie des acteurs du marché de l'assurance privée française.

On retrouve dans le graphique suivant à la fois :

- ◆ les conséquences de cette sélection des risques, qui explique que les frontaliers âgés soient plus nombreux à se tourner vers la CMU, mais aussi vers la LAMal ;
- ◆ un effet richesse dans le cas de la LAMal, avec un recours plus important à partir de 35 ans, âge auquel on peut penser que les revenus commencent à atteindre leur niveau de croisière, avec par conséquent un coût des primes devenant un peu plus compétitif face à une cotisation CMU accrue (2,6 choix CMU pour un choix LAMal entre 26 et 30 ans, 1,5 choix CMU pour un choix LAMal entre 36 et 40 ans) ;
- ◆ l'impact des « effets d'aubaine » liés au retard dans la prise en compte des revenus pour le calcul de la cotisation CMU (cf. § 2.2), qui explique que les très jeunes frontaliers nouveaux entrants sur le marché se tournent eux aussi davantage vers la CMU : celle-ci les assurera, dans un premier temps, à titre gratuit, sans que ce choix ne les enferme nécessairement, à terme, dans la formule d'assurance en France. En effet il s'agit souvent de premiers emplois assez instables, ces frontaliers pouvant alors compter sur une réouverture de droit d'option à la faveur d'un changement d'emploi.

¹⁶ Ce terme figure par exemple en bonne place dans l'en-tête du formulaire de déclaration annexé à la note conjointe.

Graphique 1 : Le lien entre âge et choix du système



Source : CPAM de Haute-Savoie (champ : frontaliers travaillant dans le canton de Genève, ayant exercé leur droit d'option en 2012).

4.3.1. Des affiliés à la CMU en mauvaise santé

L'étude de la prévalence des affections de longue durée (ALD) s'avère éclairante : les statistiques transmises à la mission par la CNAMTS indiquent que, pour une population du régime général de même pyramide des âges et de même profil par sexe que les frontaliers travaillant en Suisse, le taux moyen d'ALD s'établirait à 1,78 %. Encore s'agit-il d'un majorant dans la mesure où la population frontalière est structurellement une population active, plus active même qu'au sens français du terme (durée hebdomadaire du travail plus forte, droits à congés plus réduits, temps de trajet), alors que la population du régime général peut comprendre des invalides ou des personnes en longue maladie.

Or, les statistiques transmises à la mission par les CPAM du Doubs, du Haut-Rhin et de Haute-Savoie montrent que ces 3 caisses comptent en moyenne 23,2 % d'affiliés en ALD au sein du petit régime CMU « 801 » (les caisses ont procédé par regroupement des motifs d'exonération du ticket modérateur correspondant aux ALD). Dans ces départements, la méthode d'estimation du nombre d'affiliés titulaires du droit d'option (cf. § 4.1.2) montre par ailleurs que l'on compte 91 % de frontaliers au sein de ce petit régime.

Comme le taux national moyen d'ALD au sein du petit régime 801 pour les plus de 20 ans s'établit à 3,82 % (exploitation des données CNAMTS), la prise en compte de 9 % d'affiliés non-frontaliers à taux moyen de 3,82 % conduit à estimer à 25,2 % le taux d'ALD des seuls affiliés frontaliers.

Le taux d'ALD des frontaliers affiliés à la CMU est donc près de 15 fois supérieur à celui de la population générale de mêmes caractéristiques de sexe et d'âge.

Annexe 3

Autre illustration de cette différence de profil sanitaire, les dépenses moyennes annuelles par bénéficiaire. En effet, en raisonnant sur le total des dépenses d'honoraires privés (actes de médecins libéraux) et de pharmacie, la dépense moyenne par bénéficiaire consommant s'élève, dans les CPAM frontalières (échantillon : Doubs, Haut-Rhin, Haute-Savoie) à 488 € sur l'ensemble de la population couverte de 20 à 60 ans, mais à 685 € pour les seuls bénéficiaires de même âge du régime 801, soit 40 % de plus (encore compare-t-on à une moyenne générale elle-même tirée vers le haut par les frontaliers).

4.3.2. Des affiliés à la CMU comptant plus d'ayants droit

Autre différence entre affiliés à la CMU et à l'assurance privée, celle du nombre d'ayant-droits.

Tableau 3 : La surreprésentation, au sein de la CMU, des frontaliers ayant beaucoup d'ayants droit

Population	Petit régime 801 des CPAM du Doubs, du Haut-Rhin et de Haute-Savoie	Chiffres FFSA	Chiffres des mutuelles
Nombre d'ayants droit pour 100 assurés	90,5	36	Entre 17 et 25

Source : CPAM, FFSA, Mutuelles ; rappelons que les 3 CPAM du Doubs, du Haut-Rhin et de la Haute-Savoie comptent 91 % de frontaliers au sein du petit régime 801. Le chiffre FFSA est issu d'une note transmise à la mission, les chiffres « des mutuelles » étant issus de statistiques de portefeuilles de 3 acteurs du marché.

On constate assez logiquement que face à deux systèmes où l'assurance des ayants droit est payante, le recours à la Sécurité sociale est plus fréquent dans le cas de familles nombreuses et/ou comptant un conjoint à charge.

4.3.3. Des distorsions liées au cadre législatif et réglementaire

Tout résident en France touchant une pension (française) de retraite mensuelle est éligible à la Sécurité sociale et n'a donc pas vocation à être couvert par l'assurance privée. Or, l'immense majorité des actuels frontaliers retraités ont cotisé durant au moins quelques années en France (compte tenu du caractère assez récent de la montée en puissance du phénomène) et se retrouvent donc pleinement affiliés à la Sécurité sociale lors de la liquidation de leur retraite. Même les interlocuteurs de l'administration genevoise ont indiqué à la mission le cas de citoyens suisses ayant déménagé en France et se voyant dans l'impossibilité de rester affiliés à la LAMal lors de la retraite car ils disposent d'une petite retraite française¹⁷ (à laquelle ils préféreraient dans ce contexte renoncer, a-t-il été précisé oralement). Ainsi le frontalier n'ayant cotisé que quelques années en France et ayant bénéficié de tarifs adaptés à son âge durant la quasi-totalité de sa vie active, sera ensuite pris en charge par la Sécurité sociale au moment de sa retraite, c'est-à-dire au moment où son risque est le plus coûteux (cf. quantification du gain lié à cet arbitrage, sur un cycle de vie, en partie 5.1).

¹⁷ « Il apparaît qu'une personne retraitée de nationalité suisse ou française, vivant en France, ne peut être affiliée dans le système LAMal si elle perçoit une rente française, aussi modique soit-elle. Ainsi, nos services ont reçu la visite d'un couple de retraités qui avaient dans leur jeunesse travaillé une courte période en France (ce dont ils ne se souvenaient d'ailleurs plus). Affiliés au système LAMal, ils se sont vus de facto obligés de passer à la CMU lors de leur prise de retraite ».

Annexe 3

Par ailleurs, tout actif en France peut faire bénéficier ses ayants droit, et donc notamment ses enfants, de sa couverture par la Sécurité sociale. Ainsi, dans le cas de couples comptant un actif frontalier et un actif non-frontalier, l'intérêt du ménage est de placer ses enfants sur la Sécurité sociale du conjoint du frontalier (ce que certains assureurs privés rendent d'ailleurs explicitement obligatoire, comme mentionné *supra* §3.2). Le frontalier pourra alors se voir tarifier comme un célibataire, grâce à la prise en charge de ses enfants à titre gratuit par la Sécurité sociale. Il faut avoir en tête ce schéma d'optimisation, car il pourra continuer à s'appliquer dans le cas des frontaliers tentés de rejoindre l'assurance maladie LAMal à la faveur d'un fait générateur de nouveau droit d'option : la LAMal étant plus chère que les actuelles assurances privées, la tentation sera grande de limiter la facture en organisant le cas échéant une reprise d'activité, même très partielle, du conjoint, qui peut économiser au ménage 400 € par mois en cas d'enfant bénéficiaire de plus de 18 ans (cf. tarifs moyens au § 5.1).

4.4. Autres problèmes d'articulation

4.4.1. Des défauts de couverture interstitiels

En matière de prévention tout d'abord, les frontaliers souscripteurs de contrats d'assurance-maladie privée sont inconnus de l'assurance maladie et ne sont ainsi pas couverts par les divers programmes de prévention publics : l'exemple des programmes de dépistage de cancers a été cité par la directrice de l'ARS de Franche-Comté, la CPAM de Haute-Savoie mentionnant de son côté l'absence d'accès à des programmes CNAMTS tels que PRADO ou SOPHIA, ou aux campagnes de vaccination, actions en matière bucco-dentaire...

A ce qui pourrait être considéré comme une forme de rupture de la partie amont de la chaîne du soin, s'ajoutent des défauts de couverture en matière de soins proprement dits : si un sinistre survient pendant l'éventuel délai de carence que stipule le contrat privé (cf. § 3.4.2), la facture renvoyée par l'établissement hospitalier à l'assureur.... est renvoyée par ce dernier à l'assuré, qui s'en acquitte directement sur ses deniers personnels. Des frontaliers pourtant assurés, mais depuis un temps insuffisamment long (par exemple quelques semaines) peuvent donc avoir *in fine* à payer de leur poche une éventuelle hospitalisation d'urgence à Genève.

4.4.2. Des risques de fraude ou d'incompréhension amoindris mais non éliminés

Les CPAM des zones frontalières avaient, ces dernières années, détecté de nombreux schémas de fraude, notamment :

- ♦ des cas de frontaliers communiquant aux autorités suisses compétentes des preuves d'assurance en France (attestations de droits) en fait périmées, d'où l'absence d'une quelconque cotisation maladie pour ces actifs qui bien souvent ne se faisaient connaître que comme ayants droit de leurs conjoints (avec à clé un travail dissimulé et une fraude sociale dépassant le seul champ de l'assurance-maladie) ; les caisses procédaient alors à une affiliation d'office, rétroactive, à la CMU, génératrice de rappels de cotisations et non d'indus ;
- ♦ des cas de frontaliers continuant à utiliser leur carte vitale pour certaines dépenses de santé, alors même qu'ils avaient souscrit une garantie privée, appelant à une récupération d'indus parfois (pas toujours) frauduleux, et de la carte vitale.

La récente note conjointe franco-suisse du 1^{er} février 2013, largement inspirée des suggestions des CPAM frontalières, semble toutefois concourir à limiter sensiblement ces

Annexe 3

différents cas de figure, grâce notamment à l'instauration d'une restitution systématique des cartes vitales lors de l'exercice du droit d'option¹⁸ (hors choix de la CMU, bien entendu).

Toutefois, encore conviendra-t-il de veiller à éviter des indus au titre de maintiens de droit infondés en faveur d'assurés agricoles ou indépendants ayant débuté un travail frontalier sans le signaler à leurs régimes français. Les procédures CPAM/LAMal décrites par la note conjointe franco-suisse du 1er février 2013 devront donc être assorties d'un bouclage de cette information avec les caisses locales du RSI et de la MSA, ce qui suppose un minimum d'informatisation de l'information recueillie à la faveur du visa des formulaires.

La question des maintiens de droit s'est d'ailleurs déjà posée pour des conjoints de frontaliers recourant à l'assurance privée.

4.4.3. Le cas particulier des frontaliers en rupture de cotisation à la LAMal

La CPAM de Haute-Savoie a indiqué à la mission, qui l'interrogeait à ce sujet, l'existence de dizaines de cas de frontaliers assurés en Suisse, mais suspendus par la LAMal, compte tenu d'arriérés de cotisations (l'assureur suisse notifie cette suspension à la caisse française de rattachement). La caisse a signalé que le CLEISS avait saisi du sujet les autorités ministérielles depuis plusieurs années, ce que celui-ci a confirmé lors des contacts intervenus avec la mission.

Certaines caisses locales finissent en effet par prendre en charge des prestations au titre de ces frontaliers (ou de leurs ayants droit), partant du principe de l'existence d'un « droit aux soins » sur le territoire français. Mais, si d'aventure ces résidents se remettent à cotiser, leurs cotisations viennent de nouveau alimenter l'assurance suisse LAMal (l'assuré n'était que suspendu), qui entre temps n'a rien payé (créances CLEISS refusées). Et si ces résidents ne se remettent pas à payer leurs primes LAMal, ils se retrouvent en quelque sorte affiliés à titre gratuit.

Or il convient de rappeler qu'en cas de non-paiement des primes, la loi fédérale suisse sur l'assurance maladie prévoit tout de même d'octroyer les soins relevant de la médecine d'urgence (cf. § 1.2.3).

Concernant les autres prestations :

- ◆ si le comportement de l'assuré relève de la négligence (hypothèse par défaut), il convient que les caisses refusent toute prise en charge qui serait un appel d'air pour une forme d'entorse au droit d'option (les affiliés LAMal étant incités à cesser de cotiser sans raison en espérant une prise en charge en France à titre « humanitaire », ce qui contrevient aux principes de responsabilisation que la Suisse applique à ses propres citoyens) ;
- ◆ si en revanche des éléments probants semblent de nature à démontrer que le frontalier fait face à de réelles difficultés financières (le surendettement étant possible même en cas de revenus confortables si un gros imprévu survient¹⁹), il conviendrait alors d'orienter le frontalier soit vers les institutions françaises aptes à traiter sa situation (Banque de France, services sociaux...), soit le cas échéant vers les autorités cantonales de son lieu de travail, qui disposent de la faculté de consentir des remises de cotisation maladie aux personnes de condition économique modeste (cf. § 1.2.4). Les cantons sont censés informer régulièrement les assurés de ce droit, mais la mission n'a pu vérifier si

¹⁸ « Lorsque l'intéressé choisit une assurance privée et a été préalablement affilié au régime français d'assurance maladie, la CPAM visera le formulaire seulement si la carte vitale de la personne, ainsi que celles de ses ayants-droit, sont restituées au moment de la présentation du formulaire pour validation ».

¹⁹ De tels cas pourraient se multiplier en cas de forte baisse du France suisse face à l'euro (revenus en francs suisses, engagements en euros).

Annexe 3

ceci est réellement le cas s'agissant des frontaliers (ce qui n'est pas garanti dans le contexte actuel de poussée du sentiment anti-frontalier, notamment à Genève).

4.4.4. Le cas particulier des double-actifs

Les double-actifs relèvent généralement du droit social français, en vertu du principe de résidence (points 1 et 2 de l'art. 13 du règlement communautaire 883/2004), sauf salariat en Suisse et activité non salariée en France (point 3 du même article), ou fonctionnaire suisse (point 4). La mission n'avait donc pas vocation à étudier ce point. Elle signale néanmoins que de nombreux interlocuteurs tant locaux que nationaux ont mentionné l'existence de problèmes de recouvrement de cotisations auprès des employeurs suisses, via le Centre national des firmes étrangères (CNFE) de l'URSSAF de Strasbourg (ainsi, la CPAM de Haute-Savoie indique « *de nombreux cas de non-paiement par les suisses* »).

4.5. La situation en Allemagne et en Italie

En Italie, la conseillère sociale a indiqué à la mission que les frontaliers travaillant en Suisse ne disposent pas de la possibilité de recourir à l'assurance privée : ils doivent choisir entre l'assurance obligatoire suisse LAMal et le système national public italien. L'assurance privée en Suisse étant comparativement très chère, la plupart des travailleurs choisissent de s'assurer auprès du système national italien.

En Allemagne, la situation est plus compliquée dans la mesure où les assurés non frontaliers ont eux-mêmes, dans certains cas, la possibilité de recourir à une assurance privée : le conseiller social a indiqué à la mission que seuls les salariés du secteur privé dont les salaires sont inférieurs à un certain seuil défini au niveau national (49 500 € par an en 2011) sont obligés de contracter une assurance-maladie auprès d'une caisse publique. Les salariés du privé disposant d'un revenu supérieur, mais aussi les fonctionnaires et les indépendants, peuvent choisir, soit d'adhérer à une caisse maladie publique, soit de contracter auprès d'une compagnie d'assurance privée. Ainsi, l'assurance privée assure près de 10 % de la population allemande au premier euro, avec une cotisation indépendante du revenu et fonction du risque individuel. Les frontaliers peuvent donc eux aussi, le cas échéant, avoir le choix entre couverture privée ou publique en Allemagne (taux de cotisation de 8,2 % pour les assurés et de 7,3 % pour les employeurs dans ce dernier cas, dans la limite d'un plafond de 44 550 €), mais l'assurance privée doit au moins couvrir le périmètre des coûts pris en charge par l'assurance LAMal, ainsi que fournir les prestations de base en Suisse et pour une durée indéterminée. Comme cela est le cas en Italie, les frontaliers perçoivent généralement l'assurance maladie suisse comme plus onéreuse.

Malgré des situations très différentes, l'Allemagne et l'Italie ont au final comme point commun de n'avoir prévu aucun dispositif dérogatoire au droit commun qui soit spécifique à leurs frontaliers travaillant en Suisse.

5. Éléments de comparaison

5.1. Les coûts

L'OFAS a indiqué (oralement) à la mission, lors de l'entrevue organisée à Berne, que les coûts moyens de l'assurance-maladie suisse LAMal pour les frontaliers sont de 553 CHF pour les 26 ans et plus, 504 CHF pour les 18 à 25 ans, 122 CHF pour les moins de 18 ans. Un calcul de la moyenne des tarifs proposés par les différents assureurs présents sur le marché de l'assurance maladie des frontaliers, sur la base des données figurant sur le site internet fédéral, donne les chiffres suivants :

Tableau 4 : Coûts de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse (pour les frontaliers)

Tranche d'âge	26 ans et plus (adultes)	De 18 à 25 ans (jeunes adultes)	Moins de 18 ans (enfants)
Coût mensuel moyen	458 €	408 €	118 €

Source : données fédérales suisses, calculs mission

Concernant les assureurs privés en France (assureurs adhérents à la FFSA, ou mutuelles adhérentes ou non à la FNMF), 6 des organismes rencontrés ont bien voulu transmettre à la mission le détail de leurs grilles tarifaires, tout en soulignant (au moins dans 5 cas) leur volonté que ces données restent confidentielles. Le tableau ci-dessous donne donc une moyenne des 6 grilles tarifaires²⁰ des différentes formules d'entrée de gamme des contrats « au premier euro », ces formules aux prestations les moins étendues étant les plus comparables à une assurance de base, qu'elle soit française ou suisse. On notera que ce coût ci-dessous est minoré dans le cas d'un assuré dont le conjoint et/ou les enfants ne sont pas éligibles à la Sécurité sociale, ce qui le conduira à payer un complément au titre des bénéficiaires de son contrat.

Tableau 5 : Coûts de l'assurance privée en France, en euros (entrée de gamme)

Tranches d'âge	0-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	> 70 ans
Cotisation mensuelle moyenne	62,0	81,9	86,4	95,1	105,5	117,1	129,7	143,2	158,5	177,8	197,0	199,8	226,1

Source : assureurs et mutuelles concernés, calculs mission

S'agissant des ayant-droits, il convient de signaler que de nombreux assureurs assurent la gratuité de la prise en charge à partir du 3^e enfant (voire des réductions de cotisation de 20 % dès le deuxième enfant). Certains proposent aussi des tarifs spécifiques pour les couples. Ainsi les documents remis par SwissLife indiquent « *possibilité de tarif réduit pour les familles y compris familles monoparentales* », ceux remis par MMA signalent des « *réductions familles* » (d'un montant qui reste modeste face à la cotisation).

²⁰ Seules 5 grilles ont été prises en compte dans le cadre de l'annexe 5, du fait d'une transmission très tardive de l'un des 6 tarifs. Les résultats obtenus sont toutefois du même ordre de grandeur, ce qui témoigne d'une certaine robustesse de l'évaluation.

Annexe 3

Certaines formules d'assurance santé s'avèrent beaucoup plus onéreuses car elles incluent des garanties complémentaires très étendues. La moyenne des tarifs des formules les plus « haut de gamme » de 5 des 6 institutions précédentes (l'une n'ayant communiqué que la grille de sa formule standard) est la suivante :

Tableau 5 : Coûts de l'assurance privée en France, en euros (haut de gamme)

Tranches d'âge	0-17 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	> 70 ans
Cotisation mensuelle moyenne	NS	NS	193,8	214,2	237,5	256,2	275,7	300,4	325,6	366,4	408,6	NS	NS

Source : assureurs et mutuelles concernés, calculs mission ; les tranches d'âge extrêmes n'ont ici pas été renseignées car tous les intervenants du marché ne proposent pas des couvertures et par conséquent les données n'auraient pas été suffisamment robustes, avec en outre une moindre protection de la confidentialité des tarifs.

On constate que les primes ou cotisations d'assurance sont alors plus que doublées.

Enfin, s'agissant de la CMU, les coûts sont actuellement de 8 % du revenu fiscal de référence, après un abattement d'assiette de 9356 € et une déduction de 10 % au titre des frais professionnels. Il s'agit du seul système où les coûts sont indépendants de la situation de famille (pas de cotisation spécifique au titre des éventuels ayants droit) et, au contraire, liés au revenu.

Le principe de cotisations liées au revenu (et non forfaitaires) présente au demeurant un avantage : celui d'ajuster automatiquement le niveau des prélèvements à la capacité contributive, notamment en cas de variation importante du taux de change EUR/CHF. Il s'agit à cet égard d'un mode de calcul plus adapté à la spécificité du frontalier, qui assume un risque de change dans le cadre de ses finances personnelles. « Frontalier magazine » n°113 indiquait ainsi en février 2013 : « Depuis environ 3 ans, le taux de change est clairement en faveur des frontaliers et leurs salaires ont ainsi augmenté de 25 %. Mais n'oubliez pas que si ce taux peut monter, il peut aussi descendre. Il y a quelques années, les frontaliers ont ainsi vu leur salaire fondre de 15 % en une année. Vous devez donc prendre en compte ce risque et être capable d'adapter votre niveau de vie à ces évolutions ».

Dans le cas d'un frontalier n'ayant travaillé que 5 ans en France entre 22 et 27 ans, et ayant en moyenne perçu un revenu fiscal de référence de 60 000 euros annuels au cours de sa vie active en Suisse, de 28 à 65 ans, durant laquelle il a recouru à une garantie d'assurance privée, la mission a chiffré le gain retiré des passages d'un système d'assurance maladie à l'autre. Les hypothèses sont que :

- ◆ l'évolution des revenus du frontalier a correspondu au profil des salaires par âge en Suisse tel que retracé par l'OFS²¹ (la moyenne intertemporelle étant calée à 60 000 euros annuels) ;
- ◆ ses cotisations auprès de l'assurance privée ont suivi les montants moyens indiqués *supra* (dans le cas des formules d'entrée de gamme) ;
- ◆ le taux moyen d'actualisation/capitalisation à appliquer sur la période s'élève à 2 %.

Par comparaison avec les cotisations qui auraient dû être acquittées selon les modalités actuellement applicables au titre de la CMU, le gain retiré par ce frontalier de la dérogation au monopole de la sécurité sociale s'élève alors à 136 000 €.

²¹ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/data/01/06_01.html

5.2. Les prestations

Compte tenu des caractéristiques des différents systèmes telles que mentionnées dans les parties précédentes, la comparaison des prestations offertes peut se résumer ainsi (les dispositions s'agissant des soins en Suisse sont détaillées, s'agissant de la CMU et de l'assurance privée, dans l'annexe 5, § 1.1 et 1.3 essentiellement) :

Tableau 6 : Comparaison des prestations selon le système d'assurance santé

Système	LAMal	CMU	Assurance privée en France
Couverture en France	Toutes les prestations correspondant au régime de base de la Sécurité sociale, remboursées selon les règles de ce régime	Toutes les prestations correspondant au régime de base de la Sécurité sociale, remboursées selon les règles de ce régime	Prestations correspondant au régime de base de la Sécurité sociale + part complémentaire très variable mais au moins égale à 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, avec aussi des prestations en sus
Couverture en Suisse	90 % des dépenses exposées, après franchise de 300 CHF/an, la quote-part de 10 % étant limitée à 700 CHF/an ²²	Soins remboursés sur base suisse ou française selon le choix de l'assuré, sauf soins programmés non autorisés	Selon garanties souscrites : seuls soins urgents, soins nécessaires et programmés sur autorisation, ou encore tous soins, remboursés selon les cas sur base des nomenclatures suisses ou françaises
Tiers payant	Systematique pour les soins hospitaliers	Systematique pour les soins hospitaliers et certains actes coûteux (>120 €).	Variable selon les assureurs
Secret médical	garanti	garanti	Modalités variables selon les assureurs (cf. annexe 4, § 2.2.3)

Source : Mission, à partir de diverses sources dont notamment note FFSA.

²² Les spécificités en termes de quote-part et de franchises pour les moins de 18 ans sont rappelées au § 1.2.4

ANNEXE 4

L'offre de soins pour les frontaliers

SOMMAIRE

1. L'ACCÈS AUX SOINS EN SUISSE.....	1
1.1. L'état du droit selon les règlements communautaires et le code de la Sécurité sociale	1
1.1.1. <i>Les cas d'urgence</i>	1
1.1.2. <i>Les autres soins nécessaires</i>	2
1.1.3. <i>Les soins programmés</i>	3
1.2. Une pratique locale dont la conformité aux textes doit être assurée : les cas du médecin traitant et du médecin spécialiste.....	4
1.3. L'hétérogénéité des actuelles garanties privées	5
1.3.1. <i>En termes de périmètre</i>	5
1.3.2. <i>En termes de niveau de remboursement</i>	6
1.4. Un enjeu globalement significatif	7
2. L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE.....	8
2.1. Une offre de médecine de ville inégale selon les territoires.....	8
2.2. Une situation du secteur hospitalier qui sera à surveiller	10
2.2.1. <i>Une situation difficile à appréhender</i>	10
2.2.2. <i>Un risque de perte de recettes</i>	11
2.2.3. <i>Quelques simplifications en gestion</i>	11
2.2.4. <i>Une possible hausse de fréquentation, atout ou risque ?</i>	12
2.2.5. <i>Les difficultés de recrutement liées à l'attractivité de la Suisse</i>	12
2.2.6. <i>Les leviers de régulation : processus d'autorisation et conventions</i>	13

1. L'accès aux soins en Suisse

1.1. L'état du droit selon les règlements communautaires et le code de la Sécurité sociale

1.1.1. Les cas d'urgence

L'assurance maladie (française) a passé des accords avec quelques établissements suisses, notamment avec les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) dès le 26 juin 1985 « *devant les nombreux assurés, provenant de l'aire géographique délimitée par l'arrondissement de Gex dans l'Ain et les cantons haut-savoyards de Thonon-les-Bains, Évian, Saint-Julien-en-Genevois, Annemasse et Douvaine, admis dans les HUG, notamment en urgence* ».

La convention avec les HUG, signée par des représentants de l'URCAM Rhône Alpes et de la CPAM de Haute-Savoie, est présentée (selon son titre) comme « *relative à la prise en charge, en tiers payant, des assurés hospitalisés en urgence dans les HUG à partir du territoire français* ». Son article 2 limite le champ des bénéficiaires au cas des « *personnes dont l'état de santé nécessite une hospitalisation d'urgence, dans les services de soins aigus somatiques des HUG et/ou motivée par une situation qui ne pourrait trouver de réponse dans les établissements français sans mettre en jeu le pronostic vital* ». L'article 3 rappelle que sont à l'inverse exclus « *les patients se présentant aux HUG de leur propre initiative, sans être adressés par le système de régulation* » [celui-ci faisant appel à des médecins coordonnateurs ou responsables].

La prise en charge des patients hospitalisés aux HUG s'opère dans le cadre d'un circuit administratif et financier, s'appuyant sur la désignation d'une caisse de liaison pour chacun des 3 principaux régimes d'assurance maladie (Caisse de MSA des Alpes du Nord, RSI des Alpes, CPAM de Haute-Savoie). Les tarifs applicables sont ceux facturés aux assurés suisses (et non étrangers) mais non ressortissants du canton, la facturation s'établissant selon les règles suisses dites APDRG¹.

Encadré 1 : Une convention de type différent, non liée aux soins d'urgence :

Une convention a par ailleurs été signée le 18 mai 2011 entre la CPAM du Doubs et un établissement suisse, le Foyer Handicap des Montagnes Neuchâtelaises. Son contexte, rappelé dans son préambule, est celui d'une absence de structure sur le département pour le type de handicap incriminé et pour des enfants de moins de 20 ans (qui avait auparavant abouti à la signature, en 2001, d'une convention avec un établissement suisse basé à La Chaux-de-Fonds). La convention consiste ainsi en une « *prise en charge exceptionnelle et dérogatoire* », « *conclue au maximum jusqu'en 2014, date à laquelle un projet de foyer d'accueil médicalisé sur le département du Doubs pourrait intervenir² et sous réserve des décisions CDAPH³* ».

Source : Mission

¹ *All patient diagnosis related groups*, développés pour définir et financer l'activité des hôpitaux de soins aigus somatiques (par opposition aux hôpitaux spécialisés en psychiatrie, soins palliatifs, réadaptation...).

² Ceci dans le cadre du programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC).

³ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Annexe 4

Au-delà de la convention avec les HUG, l'article 19 du règlement communautaire 883/2004 qui s'applique aux frontaliers et à leur famille indique que ces personnes peuvent bénéficier, en Suisse, des prestations en nature qui s'avèrent « *nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour* ». Ceci recouvre notamment les situations d'urgence.

1.1.2. Les autres soins nécessaires

L'article 19 du règlement communautaire 883/2004, qui s'applique aux frontaliers et à leur famille pendant leur séjour en Suisse en vertu du point 5 de l'annexe XI du règlement, vise les soins « nécessaires » ; or ceux-ci incluent les soins relevant de l'urgence, mais pas seulement : le frontalier peut, par exemple, consulter un médecin en Suisse en marge de son travail, ceci sans accord préalable et avec un droit au remboursement sur la base du tarif suisse ou français selon son choix.

Encadré 2 : Le circuit de remboursement :

Concernant le circuit administratif de remboursement, le frontalier peut ramener les factures en France pour se les faire rembourser sur la base du tarif suisse ou français selon son choix (circuit du centre national des soins à l'étranger) ou effectuer la prise en charge financière en Suisse en utilisant la carte européenne d'assurance maladie (circuit CLEISS⁴).

Source : CNAMTS

En effet, dès lors que le frontalier se rend au travail toute la semaine, il sera difficile pour lui de consulter en France (non seulement le temps de travail en Suisse est plus important, mais il faut souvent y ajouter des temps de trajet domicile-travail non négligeables compte tenu soit de l'éloignement géographique, soit des embarras liés au faible développement des infrastructures de transport suburbaines transfrontalières). Dès lors, le soin reçu n'était donc pas le seul motif de son déplacement à l'étranger. Aussi la consultation ne s'inscrit-elle pas dans le cadre des soins supposant une autorisation préalable (cf. paragraphe *infra* relatif aux soins programmés).

Compte tenu de la fréquence de telles situations, et de la contrainte d'unicité du médecin traitant, la logique veut alors qu'il soit possible pour le frontalier de choisir son médecin traitant en Suisse, ce que les circulaires DSS/DACI autorisent d'ailleurs (cf. § 1.2 *infra*). Ceci implique toutefois que le médecin traitant va être amené à l'orienter vers des spécialistes suisses, ce qui peut poser problème en termes de parcours de soins, par exemple pour l'interface spécialiste/hôpital, l'hospitalisation en Suisse n'étant, elle, prise en charge que sur autorisation. Or, la CNAMTS n'a pas actualisé les instructions à son réseau sur la question du médecin traitant dans le cas de la Suisse, les informations sur ce point étant actuellement dispersées dans des documents assez disparates et parfois périmés sur d'autres aspects (la mission tente de faire le point à cet égard dans le paragraphe 1.2 *infra*).

⁴ Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.

1.1.3. Les soins programmés

Les prestations en nature supposant une autorisation préalable, régies par l'article 20 du règlement 883/2004, correspondent au seul cas où une personne assurée se rend dans un autre État membre « *aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour* ». Il est alors nécessaire qu'elle « *demande une autorisation à l'institution compétente* », « *accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie* ».

Il s'agit ici des soins dits programmés, les mêmes principes d'autorisation étant repris dans l'article R. 332-4 du code de la Sécurité sociale, qui indique que la réponse doit être notifiée au plus tard deux semaines après réception de la demande sous peine d'être réputée positive. Les décisions de refus doivent être dûment motivées : traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pouvant être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection.

Encadré 3 : Les différentes sémantiques en matière de classification des soins

L'article R. 332-4 du code de la Sécurité sociale commence certes par les termes « *hors l'hypothèse de soins inopinés...* ». La CNAMTS a toutefois indiqué à la mission que la référence sémantique aux soins « inopinés » est tombée en désuétude et que la notion de soins « nécessaires » du règlement communautaire a bien vocation à s'y substituer (dans les deux cas, il s'agit de tous les soins non soumis à autorisation préalable de l'institution compétente).

Source : Mission.

La circulaire DSS/DACI n°2005-235 du 19 mai 2005⁵ précise le périmètre des soins programmés : il s'agit des hospitalisations (hors conventions avec établissements étrangers régies par l'article R. 332-5 du code de la Sécurité sociale) ou des soins nécessitant le recours à des équipements lourds, ceux-ci étant définis limitativement dans l'article R. 6122-26 du code de la santé publique⁶. Le périmètre comprend ainsi les hospitalisations à temps complet mais aussi à temps partiel ainsi que notamment les séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse. Les soins externes effectués dans les établissements de santé sont en revanche exclus.

La CNAMTS a indiqué à la mission qu'il convient bien de distinguer cette définition administrative des soins programmés d'éventuelles définitions médicales (une consultation de ville pouvant alors effectivement être considérée comme « programmée » dans cette seconde acception).

La circulaire DSS/DACI n° 2012-207 du 24 mai 2012 précise quant à elle qu'« *il est possible pour un assuré de recevoir des soins ou bien d'être accueilli dans un établissement spécialisé en Suisse, à condition toutefois qu'un conventionnement entre la caisse primaire et l'établissement concerné ait été établi* ».

⁵ Cette circulaire est caduque sur certains aspects, mais est selon la CNAMTS toujours le texte de référence s'agissant de la définition des soins programmés.

⁶ Caméra à scintillation, tomographe à émissions, caméra à positons, appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique, scanographe à utilisation médicale, caisson hyperbare, cyclotron à utilisation médicale.

1.2. Une pratique locale dont la conformité aux textes doit être assurée : les cas du médecin traitant et du médecin spécialiste

La même circulaire DSS/DACI n°2012-207 rappelle que « la possibilité de choisir un médecin traitant établi notamment en Suisse existe (...) selon les conditions prévues par le point III de la circulaire DSS/DACI n°2005-275 du 27 mai 2005 ».

Cette circulaire antérieure, notamment relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger, indique :

- ◆ concernant le médecin traitant, que « du fait de la libre prestation de services en UE-EEE⁷, le choix de désigner un médecin traitant établi hors de France doit impérativement être laissé aux assurés d'un régime français (...) tenus de respecter le nouveau parcours de soins, notamment aux assurés (...) situés près d'une frontière, qui risquent d'être les plus nombreux à vouloir choisir leur médecin traitant à l'étranger. Toutefois, cette possibilité doit rester encadrée. Ainsi, pour être reconnu comme médecin traitant par la caisse de l'assuré l'ayant désigné comme tel, le professionnel de santé établi dans un autre État membre, non conventionné de fait avec l'assurance maladie française, devra légalement exercer son activité dans son État d'installation, d'une part, et accepter de jouer pleinement le rôle de médecin traitant pour le compte d'un assuré d'un régime français, d'autre part. Un conventionnement spécifique avec les professionnels de santé intéressés, comprenant les engagements minimaux que les médecins traitants étrangers doivent respecter, est en cours d'élaboration par la CNAMTS [cf. infra sur ce point]. Compte tenu des caractéristiques des accords qui nous lient à ces États, ces dispositions sont élargies aux assurés qui souhaitent choisir leur médecin traitant en Suisse ou à Monaco » (extrait du point III de la circulaire).
- ◆ concernant cette fois le médecin spécialiste, « lorsqu'un assuré habite et travaille en France, à proximité d'une frontière, il peut devenir plus intéressant pour lui de consulter, comme l'y autorise la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes relative à la libre prestation de services (...) un spécialiste installé de l'autre côté de la frontière, sans passer par son médecin traitant. Dès lors, hors l'hypothèse de l'urgence, dans le cas où il peut être considéré que le lieu des soins en UE-EEE-Suisse se situe dans le périmètre du lieu de résidence stable et durable de l'assuré et que ce dernier n'a pas fait usage d'un document communautaire lui permettant d'être traité comme un assuré du régime du lieu des soins et donc de ne pas être tenu de respecter le nouveau parcours de soins français, mais que l'intéressé a choisi de faire l'avance intégrale des frais, afin de se faire rembourser par sa caisse française, sur la base des tarifs français, les dispositions prévues en cas de non respect du parcours de soins (moindre remboursement et dépassement d'honoraires) doivent être appliquées » (extrait du point II de la circulaire).

Toutefois, s'agissant des développements de 2005 relatifs au médecin traitant, les lettres réseaux diffusées par la CNAMTS depuis lors ne portent que sur l'organisation des rapports « entre les médecins établis dans un autre État membre de l'UE-EEE et l'assurance maladie française » (lettre réseau LR/DDGOS/129/2006 du 9 novembre 2006). Le cas des frontaliers travaillant en Suisse a donc été omis, le modèle d'accord avec les médecins diffusé au réseau des CPAM n'étant réputé applicable qu'aux praticiens « exerçant dans un autre État membre de l'UE/EEE ». Les caisses locales sont donc actuellement, en pratique, dans l'incapacité d'ouvrir aux assurés proches de la frontière suisse (et notamment aux frontaliers travaillant en Suisse) le droit à un médecin traitant de l'autre côté de la frontière, tel qu'il découle pourtant de la circulaire DSS/DACI n°2005-275.

⁷ Espace économique européen.

Encadré 4 : La crainte d'une dérive des coûts

Les risques de perte de maîtrise des coûts sont à relativiser, dans la mesure où les assurés se faisant soigner en Suisse sont redevables d'une franchise de 92 francs suisses par mois (au titre des règles de remboursement en vigueur dans le pays des soins), sauf à ce qu'ils choisissent un remboursement sur la base du tarif français, certes alors sans franchise mais avec un prix de consultation de référence bien inférieur aux frais réels en Suisse. En effet, divers interlocuteurs de la mission, en Suisse ou en France frontalière, ont indiqué qu'une consultation ordinaire d'un médecin de ville – dont le tarif n'est pas forfaitaire⁸ - coûtait environ 100 euros en Suisse. Il subsistera donc une importante incitation financière à consulter en France ; en cas de souscription d'une complémentaire par le frontalier, le régime de base ne serait en tout état de cause pas davantage impacté.

Source : Mission.

1.3. L'hétérogénéité des actuelles garanties privées

Les assurances privées ne sont pas soumises aux dispositions de coordination en matière de sécurité sociale conclues entre la Suisse et les états de l'UE, ce qui peut avoir d'importantes conséquences lors de la réalisation d'un risque. Le site de l'amicale des frontaliers indique ainsi « *Le frontalier qui opte pour une assurance privée française doit faire très attention à la souscription. Croire qu'elles sont "toutes pareilles" et garantissent comme la Sécurité sociale est une grave erreur* ».

1.3.1. En termes de périmètre

En ce qui concerne les possibilités de soins en Suisse, certains contrats d'assurance privée sont, contrairement à un discours semble-t-il largement répandu, moins favorables que la Sécurité sociale et limités à la seule urgence, d'autres sont plus ou moins comparables aux dispositions résultant des règlements communautaires tels qu'applicables dans le cadre franco-suisse, d'autres enfin sont plus favorables, en permettant de recevoir tous types de soins en Suisse. Ces derniers contrats sont alors bien plus chers.

Ainsi, dans le cas de l'assureur SwissLife, la différence de prix entre les deux formules « soins en France » et « soins en France et en Suisse », qui ne diffèrent que par le périmètre de soins assurés en Suisse, s'établit à 65 %.

Encadré 5 : la diversité des contrats concernant les possibilités de soins en Suisse

Le contrat de la mutuelle « La Frontalière » indique à son article 2 (étendue territoriale) que les garanties s'exercent « *en France métropolitaine* » ou « *dans le pays d'emploi en cas d'urgence médicale* ». L'article 15 (exclusions) précise à nouveau que « *ne peuvent donner lieu à versement de prestations les soins reçus hors application de l'article 2 du présent règlement et exception faite des périodes de vacances* ». De même, la garantie « STF » des MMA, la plus basique des contrats au 1^{er} euro (formules plénières base+complémentaire), indique que « *les soins prodigués en Suisse sont exclus des garanties* », « *cependant, l'assureur prend en charge les soins prodigués en Suisse motivés par un caractère d'urgence, de nécessité ou inopinés qui n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge par l'assistance Santé Services Plus* ».

⁸ Selon la mutuelle Adrea : « *Le système est différent de celui de la France, les 5 premières minutes sont facturées forfaitairement 17,05 FRS Suisses, puis ensuite par tranche de minutes supplémentaires, de plus, ces consultations nécessitent le plus souvent des actes complémentaires (analyses, radios, médicaments, ...) qui peuvent être pratiqués par le cabinet du médecin, et qui font monter le prix moyen. En 2012 chez ADREA, ce prix moyen (191 € sur 2012, source base de données ADREA), avec un écart type assez important est très supérieur au prix moyen de la consultation payée par les Suisses (74 €, source INTERNET), il faudrait creuser les raisons d'un tel écart (pratiques tarifaires des médecins adaptées au contexte et ... aux garanties des frontaliers), ou plus probablement différences dans le recours à cette prestation entre le suisse et le travailleur frontalier (qui ne l'utiliserait qu'en cas de forte nécessité)* ».

Annexe 4

A l'inverse, le contrat « soins en France, hospitalisation en France et en Suisse » commercialisé par l'assureur SwissLife ouvre, comme son nom l'indique, droit aux « soins en France et hospitalisation en France et en Suisse y compris hors urgences ». Le contrat « soins et hospitalisation en France et en Suisse » du même assureur ouvre même droit à l'ensemble du panier de prestations de part et d'autre de la frontière.

Cas intermédiaire, les Assurances du Crédit Mutuel (ACM) prévoient (article 13.4) qu'« *excepté les cas d'urgences médicales, toutes les hospitalisations en hôpitaux en Suisse sont soumises à accord préalable de l'assureur pour être admises au remboursement* », dispositions contractuelles qui semblent répliquer le cadre en vigueur pour les frontaliers affiliés à la Sécurité sociale. De même, le point 15 du règlement des garanties d'Adrea Mutuelle indique, à la rubrique « hospitalisation en Suisse », que « *l'admission ou la prolongation du séjour est soumise à l'approbation du médecin conseil qui peut proposer l'admission ou le transfert dans l'établissement français le plus proche du domicile, susceptible de dispenser les soins appropriés à l'état du malade* ».

Source : Mission.

1.3.2. En termes de niveau de remboursement

Outre l'hétérogénéité des garanties privées en termes de soins remboursables en Suisse, la mission a constaté l'existence de différentes pratiques en matière de modalités de remboursement de ces soins, selon les assureurs.

En effet, celles-ci sont parfois moins favorables que dans le cadre de la Sécurité sociale, avec un remboursement sur la base du tarif français, ce qui implique, pour les assureurs concernés, une lourde gestion de la conversion des actes depuis les référentiels de classification suisses et notamment l'APDRG (cf. 1.1.1), vers le codage des actes français – la note remise par la FFSA indique à cet égard que « *la gestion des prestations est souvent traitée au sein d'unités spécifiques de gestion, avec du personnel formé particulièrement tant sur les nomenclatures françaises que suisses en matière de prestations* ». Cet enjeu de gestion pourrait contribuer à expliquer les dispositions des contrats des MMA (point 2.3.1) selon lesquelles « *l'assuré s'engage à fournir à l'assureur les pièces justificatives originales, et le cas échéant traduites en langue française, nécessaires pour obtenir la prestation au titre de la garantie invoquée* ». « *Le coût (...) de traduction éventuelle, ainsi que les frais correspondants sont à la charge de l'assuré* ».

Encadré 6 : Des contrats remboursant selon les tarifs français

Les contrats de la mutuelle Muta Santé stipulent à leur article 25 (prestations) que :

- « *les soins médicaux éventuellement engagés à l'étranger doivent faire l'objet d'une facture détaillée et acquittée pour pouvoir être remboursés selon les mêmes critères que ceux dispensés en France et par assimilation à la nomenclature générale des actes professionnels dans la limite des taux de l'option choisie. Les frais de pharmacie sont pris en charge dans la limite de 100 % du remboursement de la Sécurité sociale. Les autres frais médicaux (...) sont pris en charge comme s'ils avaient été exposés en France et remboursés selon la nomenclature générale des actes professionnels* ».

- « *dans la mesure où un assuré engagerait des frais hospitaliers à l'étranger, ces derniers seraient remboursés, dans la limite des taux de l'option choisie (...) à concurrence du tarif de convention déterminé par la Sécurité sociale dans l'établissement hospitalier le plus proche de son domicile* ».

Le contrat d'assurance maladie de la Frontalière indique même à son article 18 (remboursement des soins à l'étranger) que « *dans le cas où la mutuelle se trouve dans l'impossibilité de trouver concordance avec les actes pratiqués et la codification Sécurité sociale, il sera pratiqué un abattement de 50 % sur le total de la facture* ».

Source : Mission.

Annexe 4

Compte tenu des différences de prix des soins entre France et Suisse, un remboursement sur la base française incite en fait considérablement les assurés à recourir aux soins en France, ce qui relativise alors quelque peu les garanties en termes de périmètre de soins remboursables en Suisse.

Inversement, tous les contrats prévoyant un remboursement sur la base du tarif de l'assurance obligatoire suisse (LAMal) sont plus favorables que les dispositions résultant des règlements communautaires, dans la mesure où les assurances privées ne sont pas tenues de prendre en compte les modalités de remboursement en vigueur dans le pays des soins (comme indiqué précédemment, les règlements ne s'imposent pas aux assureurs privés), elles n'appliquent donc pas les importantes franchises prévues par la LAMal.

Dans le cas des formules les plus « haut de gamme », les remboursements de soins en Suisse s'effectuent sur des bases dépassant même les 100 % du tarif LAMal, ce qui permet par exemple aux frontaliers d'être remboursés en cas de recours à une clinique privée suisse. Concernant les médecins de ville, s'ils ne pratiquent pas les tarifs de convention, ils ne sont pas éligibles au remboursement par l'assurance maladie suisse obligatoire ; ces professionnels « récusés » sont fort peu nombreux selon l'OFAS, avec par conséquent l'absence d'une problématique de « dépassements d'honoraires » à la française (les tarifs de convention étant déjà élevés).

Encadré 7 : Des contrats remboursant au-delà des tarifs LAMal

Dans le cas des formules « haut de gamme » des MMA, les remboursements vont jusqu'à 130 % du prix de la division commune de l'hôpital cantonal de référence (la « division commune » étant en Suisse la catégorie d'hospitalisation qui sert de base au remboursement de l'assurance obligatoire des soins), ce qui permet une prise en charge au moins partielle d'extra tels qu'une chambre individuelle. Dans le cas des contrats de niveau supérieur des ACM, est ouvert un remboursement des hospitalisations en clinique privée aux frais réels, néanmoins limités à 1500 € par jour (toutefois, l'assuré n'a un droit illimité à l'hospitalisation en Suisse qu'en cas d'urgence, souvent dévolue aux hôpitaux cantonaux). Cet écrêtement est de 1800 francs suisses par jour dans le cas d'Adrea Mutuelle, auxquels s'ajoutent toutefois 900 francs suisses de forfait d'entrée.

Source : Mission.

1.4. Un enjeu globalement significatif

La diversité des clauses contractuelles des assureurs privés en matière de prise en charge des soins en Suisse ne doit pas occulter l'ampleur globale du sujet.

Ainsi, un intervenant du marché a indiqué à la mission que, s'agissant de ses assurés ayant choisi des formules avec prestations renforcées en Suisse, « 66 % des prestations en valeur sont réalisées en Suisse, avec 26 % en honoraires de praticiens et radiologie et 33 % en hospitalisation. Les 7 % restant concernent essentiellement de la pharmacie ou des analyses. Ramenées à la population globale, les prestations en Suisse représentent 40 % des prestations totales des frontaliers assurés au 1^{er} Euro ». Un autre intervenant du marché a indiqué à la mission, lors d'une réunion, une masse de remboursements de soins en Suisse plus proche de 20 %, ce qui reste néanmoins significatif.

Un représentant de l'administration cantonale genevoise a par ailleurs indiqué à la mission, à la demande de M. Adrien Bron, Directeur général de la santé : « Nous estimons à environ 40 000 le nombre de personnes de nationalité suisse vivant en France et travaillant à Genève. La plupart de ces personnes se sont installées en France suite à l'entrée en vigueur des accords bilatéraux. La grande majorité d'entre elles a choisi de s'assurer auprès d'une assurance privée française. Mis à part la question des coûts, ce choix s'est basé sur le fait qu'une assurance privée française leur permet de continuer à consulter les médecins suisses qu'elles avaient l'habitude de voir avant leur installation en France (médecins de famille, spécialistes, pédiatres, mais aussi

Annexe 4

kinésithérapeutes, etc.). Le transfert de ces personnes à la CMU les priverait de cette possibilité à laquelle elles sont très attachées. Cette situation génère beaucoup d'insécurité et est constitutive de la plupart des doléances reçues par notre Service ».

2. L'offre de soins en France

2.1. Une offre de médecine de ville inégale selon les territoires

D'après les chiffres disponibles, les densités médicales en zone frontalière apparaissent hétérogènes, mais globalement plutôt basses, la moyenne du département du Doubs étant tirée vers le haut par la présence de Besançon, capitale régionale relativement éloignée de la frontière.

Tableau 1 : Densités médicales dans les départements frontaliers, par spécialité

spécialité	densité médicale (nb praticiens/100 000 hab.)					
	Haut-Rhin	Doubs	Jura	Ain	Haute-Savoie	France métro.
anesthésie-réanimation	11,7	20,0	8,7	4,1	12,9	15,2
biologie médicale	1,7	3,2	1,5	1,3	2,7	4,2
cardiologie et maladies vasculaires	10,1	8,7	6,5	3,1	8,0	9,3
dermatologie et vénéréologie	5,6	8,1	2,3	2,5	4,5	5,7
gastro-entérologie et hépatologie	4,4	6,8	2,7	2,5	4,5	5,2
gynécologie/obstétrique	4,7	6,3	6,8	6,2	10,4	12,1
médecine générale	131,6	161,1	134,1	103,0	134,3	139,2
pédiatrie	29,7	45,6	20,5	18,6	31,6	42,8
pneumologie	3,7	4,9	3,8	2,0	4,0	4,2
radiodiagnostic et imagerie médicale	11,0	12,6	7,2	6,1	10,1	11,3
chirurgie générale	3,4	7,9	4,2	1,3	3,5	5,0
chirurgie orthopédique et traumatologie	3,2	5,5	4,9	1,8	5,3	4,4
chirurgie gynécologique/obstétrique	20,3	15,6	10,6	6,1	15,9	15,0
ophtalmologie	7,6	6,4	5,3	4,9	5,2	8,1
ORL	4,0	5,5	2,3	2,6	3,5	4,3
TOTAL	252,7	318,2	221,4	166,1	256,4	286,0

Source : Atlas de la démographie médicale en France (Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Le diagnostic de territoire « la santé dans le Doubs » (décembre 2012), communiqué à la mission par l'ARS Franche-Comté, indique ainsi, à sa rubrique relative à la densité des professionnels de santé que « le zonage des professionnels de santé a mis en évidence des zones cumulant les critères de risque : éloignement des centres hospitaliers, densité de médecins généralistes, d'infirmiers et kinésithérapeutes, population de plus de 75 ans et de moins de 5 ans. Les zones prioritaires définies pour le Doubs concernent des secteurs des plateaux et du Haut-Doubs, où se concentrent les travailleurs frontaliers ».

Concernant les autres départements, on note des densités médicales nettement plus basses que la moyenne nationale dans le Jura et l'Ain. Si le bas niveau du Jura semble dans une certaine mesure correspondre à celui de nombreux départements ruraux, celui du département de l'Ain, dans la sous-densité est flagrante pour l'ensemble des spécialités, attire l'attention. Ce sont en effet parfois les plus bas niveaux de France métropolitaine qui sont atteints : tel est par exemple le cas en anesthésie-réanimation ou en cardiologie ; en médecine

Annexe 4

générale la densité est la deuxième plus faible après celle de l'Eure ; en chirurgie générale la quatrième plus faible juste devant la Vendée et les Alpes-de-Haute-Provence, puis la Charente, de même qu'en chirurgie orthopédique (devant l'Indre, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort). Pour toutes ces spécialités à l'exception de la cardiologie, l'Ain est d'ailleurs aussi moins doté que les 4 DOM « historiques » (hors Mayotte).

Le probable phénomène de recours aux praticiens de l'agglomération lyonnaise dans le secteur sud-ouest du département (« la Côtière » étant une excroissance de l'agglomération) ne peut à lui-seul expliquer un tel écart, qui étaye si besoin était le fort recours à la médecine suisse dans la partie nord-est du département.

Au sein du sous-dense département de l'Ain, les données communiquées à la mission par l'ARS Rhône Alpes confirment le pronostic de « désert médical » dans le cas du pays de Gex⁹ (communauté de communes constituée des 3 cantons de Gex, Collonges et Ferney-Voltaire). Voici en effet les densités médicales pour ce petit secteur de plaine de 74 000 habitants devenu en majeure partie une banlieue de Genève, enclavée entre le massif du Jura (col de la Faucille à 1323 m.) et la frontière Suisse :

Tableau 2 : Le cas extrême du pays de Gex

spécialité	densité médicale (nb praticiens/100 000 hab.)		
	Ain	Pays de Gex	France métropolitaine
anesthésie-réanimation	4,1	1,4	15,2
biologie médicale	1,3	0,0	4,2
cardiologie et maladies vasculaires	3,1	2,7	9,3
dermatologie et vénéréologie	2,5	2,7	5,7
gastro-entérologie et hépatologie	2,5	2,7	5,2
gynécologie/obstétrique	6,2	2,7	12,1
médecine générale	103,0	71,6	139,2
pédiatrie	18,6	2,7	42,8
pneumologie	2,0	0,0	4,2
radiodiagnostic et imagerie médicale	6,1	6,8	11,3
chirurgie générale	1,3	0,0	5,0
chirurgie orthopédique et traumatologie	1,8	0,0	4,4
chirurgie gynécologique/obstétrique	6,1	0,0	15,0
ophtalmologie	4,9	5,4	8,1
ORL	2,6	2,7	4,3
TOTAL	166,1	101,4	286,0

Source : ARS Rhône Alpes (données actualisées au 1er février 2013), calculs mission

⁹ Diagnostic évoqué par le député du secteur (3^e circonscription de l'Ain), M. Etienne Blanc, lors du rendez-vous entre la mission et les parlementaires UMP, mais également partagé par bien d'autres interlocuteurs de la mission.

2.2. Une situation du secteur hospitalier qui sera à surveiller

2.2.1. Une situation difficile à appréhender

La mission a rencontré diverses difficultés dans sa tentative de diagnostic.

Tout d'abord, l'hétérogénéité des situations locales :

- ◆ d'une part des déserts médicaux français à proximité d'une grande ville suisse comme dans le cas du pays de Gex (avec comme seul hôpital un centre d'endoscopie digestive et, comme on l'a vu *supra*, une médecine de ville très peu pourvue) ;
- ◆ d'autre part des frontières en pleine zone montagnarde, mais pourvues d'un important établissement côté français comme dans le Haut-Doubs avec l'hôpital de Pontarlier (la mutuelle comtoise « La Frontalière » peut ainsi proposer des garanties assez restrictives concernant les soins en Suisse).

Cette hétérogénéité implique de trouver un équilibre entre rentabilisation des investissements français et maîtrise du coût des soins d'un côté, facilité d'accès aux soins pour les frontaliers de l'autre (sur la base d'une équité de traitement avec les autres assurés français).

Une seconde difficulté, plus méthodologique, est liée aux récentes reconfigurations de l'offre hospitalière française en région genevoise, qui se trouve être la zone à plus fort enjeu. Les diverses fusions intervenues se traduisent en effet par des données a priori insuffisamment stabilisées voire indisponibles : ainsi, les statistiques *HospDiag*, dont les plus récentes sont relatives à 2011, ne sont utilisables ni pour le Centre Hospitalier Alpes Léman (CHAL, prenant la suite du CHIAB¹⁰, avec en 2012¹¹ un emménagement dans de nouveaux locaux, sur un nouveau site comportant une centaine de lits supplémentaires), ni pour le nouvel hôpital privé des Pays de Savoie (résultant de la fusion de la Polyclinique de Savoie et de la Clinique Lamartine, avec là encore une centaine de lits supplémentaires). Les reconfigurations opérées ont de surcroît créé semble-t-il un « appel d'air » compensant en partie les hausses de capacité, le CHAL évoquant par exemple une augmentation de 35 % de la patientèle frontalière en 2013, avec un taux d'occupation plus important qu'anticipé et qualifié de « proche du maximum »¹².

La mission a par ailleurs constaté une faible identification de la problématique frontalière dans les documents officiels de l'ARS Rhône Alpes. L'ARS de Franche-Comté a pour sa part indiqué que « *dans le cadre du contrat local de santé du Pays du Haut-Doubs, du Pays Horloger, et de la communauté des communes du plateau de Nozeroy, un des axes retenus est de rechercher et développer le partenariat avec la Suisse (...). Afin de fonder les bases d'une collaboration transfrontalière et de répondre au mieux aux besoins de santé de la population concernée, la première action était d'identifier l'offre dans le domaine du soin et de la prévention de part et d'autre de la frontière* »... mais « *cette action n'a pas débuté à ce jour* ». L'ARS d'Alsace n'a, pour sa part, donné aucune suite au contact pris par la mission.

¹⁰ Centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville.

¹¹ Ouverture au public le 1^{er} février 2012.

¹² La conception architecturale de l'hôpital a toutefois été conçue pour faciliter les extensions, par exemple par transformation de l'actuelle zone administrative en trois services de soins.

2.2.2. Un risque de perte de recettes

Quelques éléments de diagnostic ont toutefois pu être dégagés quant aux effets potentiels de la fin de l'assurance privée sur les hôpitaux français des zones frontalières, avec en premier lieu de probables baisses de recettes par patient.

En effet, rien n'empêche aujourd'hui l'individualisation, par les hôpitaux, du tarif applicable aux frontaliers ayant choisi l'assurance privée. En pratique, ceux-ci se voient facturer un tarif journalier de prestation (prix de journée « tout compris » dont relèvent également les étrangers), très sensiblement supérieur au tarif qui découlerait des groupes homogènes de séjours (GHS) associés à la tarification à l'activité (TAA). Le CHAL indique par exemple qu'en moyenne, sur l'activité de médecine, ce sont 1000 euros qui sont facturables au frontalier (assuré auprès du secteur privé), pour un GHS moyen de seulement 420 euros. Ce millier d'euros serait de surcroît, selon l'hôpital, plutôt une « tranche basse » au regard de la pratique hospitalière moyenne. Or les frontaliers bénéficiant de garanties privées représentent 13 % des séjours du CHAL en 2013. La CPAM de Haute-Savoie a par ailleurs indiqué à la mission que 40 % des accouchements seraient concernés à l'Hôpital de Saint-Julien-en-Genevois (Hôpital intercommunal Sud Léman Valserine ou HISLV), et même 50 % à l'hôpital privé des Pays de Savoie à Annemasse. Des collaborateurs de la CPAM du Doubs se sont de leur côté inquiétés, lors de leur entrevue avec la mission, des effets potentiels de la réforme envisagée sur les équilibres financiers de l'hôpital de Pontarlier.

Dans le cas du CHAL, l'établissement chiffre ainsi à 2 M€¹³ annuels le manque à gagner associé à la réforme, pour un total de recettes annuelles TAA de 65 M€.

Encadré 8 : Quelques détails quant au chiffrage des pertes de recettes hospitalières

Les 2 M€ estimés par le CHAL résultent en fait d'un recalage d'une estimation de 1,2 M€ à fin septembre 2012, compte tenu de la hausse de patientèle frontalière intervenue depuis. L'estimation de 2012 montre que les recettes liées aux frontaliers sont en moyenne plus élevées d'un tiers par rapport à une facturation normale (4,7 M€ vs 3,5 M€), écart qui peut paraître faible au regard des différences entre tarif de prestation et GHS évoquées *supra* (respectivement 1000 € et 420 €). Le CHAL a précisé à la mission que dans certains cas (chirurgie, dispositifs médicaux précis) les hôpitaux perdent en revanche de l'argent en soignant des frontaliers. Ainsi, en cas de cure de chimiothérapie, l'hôpital est remboursé par l'assurance-maladie non seulement sur la base du GHS mais aussi de la molécule onéreuse, alors que le prix de journée est, lui, réputé « tout compris ».

Source : CHAL (centre hospitalier Alpes-Léman)

2.2.3. Quelques simplifications en gestion

Certaines lourdeurs de gestion spécifiques à la patientèle frontalière disparaîtraient toutefois avec l'affiliation généralisée à la Sécurité sociale des non-assurés en Suisse :

- ♦ d'une part, les problèmes de recouvrement auprès des frontaliers lorsque leur assureur n'a pas prévu d'accord de tiers-payant : le CHAL a indiqué à la mission qu'assez souvent aucune opposition à tiers détenteur ne s'avère possible, si par exemple le frontalier est locataire, a une voiture en *leasing* (pratique très répandue en Suisse, au-delà des seules voitures) et détient l'essentiel de ses liquidités - hors fonctionnement courant - sur des comptes en Suisse ;

¹³ 1,2 M€ à fin septembre 2012, recalé à 2 M€ compte tenu de la hausse de patientèle frontalière intervenue depuis.

Annexe 4

- ◆ d'autre part, les précautions nécessaires en termes de secret médical : selon le CHAL, le caractère assez inégal du respect du secret médical par les assureurs privés contraint parfois l'hôpital à transmettre au patient le dossier réclamé par l'assureur, le patient faisant alors son affaire de la transmission à l'assureur. Ainsi, le contrat des MMA (fortement implantés dans le secteur du CHAL) stipule à son point 2.4.2 qu'« *en cas d'expertise médicale, l'assuré autorise le médecin et l'expert mandaté à communiquer son rapport et ses conclusions : au médecin conseil de l'assureur* » mais aussi « *au service de gestion des sinistres de l'assureur* » et « *en cas de litige, à toute personne chargée de son règlement amiable ou contentieux. Dans ces hypothèses, l'assuré s'interdit de se prévaloir d'une quelconque interdiction de communiquer liée au secret médical* ».

2.2.4. Une possible hausse de fréquentation, atout ou risque ?

Les évolutions défavorables en matière de recettes par patient pourraient toutefois être contrebalancées par un surcroît de patients, si la doctrine Sécurité sociale relative aux autorisations de soins programmés conduisait à une augmentation de la part de marché des hôpitaux français de la zone frontalière sur certains types d'opérations.

Un tel scénario serait cohérent avec les craintes des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) quant à une aggravation de leurs surcapacités suite à la réforme (cf. exposé des motifs du projet de loi PL 11143 déposé le 13 mars 2013 par des députés devant le Grand Conseil de Genève : « *d'après le Conseil d'État, l'abrogation du droit d'option pourrait (...) engendrer des conséquences importantes en termes de fréquentation et de recettes pour les prestataires de soins genevois, notamment les HUG* »).

2.2.5. Les difficultés de recrutement liées à l'attractivité de la Suisse

Ces difficultés sont documentées dans le cas, notamment, de la zone frontalière rhônalpine : la note de synthèse régionale pour la revue annuelle du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé 2011 indique notamment qu'à Saint-Julien-en-Genevois, l'HISLV « *est l'exception avec une baisse d'activité de 3,3 % en raison d'une pénurie en personnel qui a contraint à la fermeture de lits* », tandis que le CHIAB (actuel CHAL) « *connaît une mise en œuvre perturbée de son hospitalisation à domicile (pénurie du personnel soignant et démission du médecin coordonnateur)* ».

En cas de hausse de la fréquentation des établissements frontaliers français, au détriment des établissements genevois notamment, leurs difficultés de recrutement pourraient paradoxalement légèrement diminuer, dans la mesure où les HUG exercent un fort effet d'éviction au détriment des établissements français (avec 47 % de frontaliers français dans leur personnel). Le conseiller santé du canton de Genève, M. Adrien Bron, est d'ailleurs entré en contact avec la mission. Le projet de loi genevois évoqué précédemment indique par ailleurs que « *le centre hospitalier de la région d'Annecy, inauguré en 2008, propose des spécialités de haut niveau et constitue l'hôpital de référence de la zone sud de Haute-Savoie (...). Pour la zone nord de la Haute-Savoie, le nouveau centre hospitalier Alpes-Léman (...) compte également sur une offre complète de soins. Ces nouveaux hôpitaux ont été construits pour répondre non seulement aux besoins actuels de la population, mais aussi à ses besoins futurs* ».

Néanmoins, la mission estime que le risque d'engorgement ne peut être écarté. Si le CHAL indique un léger mieux sur les RH depuis deux ans, les interlocuteurs du centre reconnaissent d'ailleurs dans le même temps que, d'une part, l'établissement s'est un peu éloigné de la frontière par rapport à l'ancien site du CHIAB, et que d'autre part l'attractivité du nouveau plateau technique a pu jouer. L'amélioration constatée pourrait donc s'avérer locale et/ou conjoncturelle.

2.2.6. Les leviers de régulation : processus d'autorisation et conventions

Le risque de goulots d'étranglement côté français devrait le cas échéant pouvoir être jugulé par une application raisonnée des règles d'autorisation en matière de soins programmés. De plus, des conventions existent déjà dans le cas des urgences, notamment avec les HUG ; elles resteront en vigueur.

Toutefois, sitôt la réforme adoptée, les hôpitaux concernés, en lien avec les ARS, devraient lancer une réflexion sur l'éventuelle opportunité de nouvelles conventions, ou d'amodiations des conventions existantes, de manière à pouvoir le cas échéant communiquer en temps utile leurs propositions à l'assurance maladie. Ceci impliquerait notamment une veille sur les taux d'occupation et autres données de fréquentation.

La mission note d'ailleurs que le préambule de la convention liant l'assurance maladie et les HUG évoque « *l'annexe [du schéma régional d'organisation des soins III 2006-2010] relative au bassin de Haute-Savoie nord [qui] prévoit la possibilité de redéfinir précisément le rôle de recours que peuvent jouer les HUG au-delà du rôle déjà assuré dans la prise en charge des urgences ou en cas d'absence de réponse appropriée des établissements de la région* ».

Par ailleurs, alors qu'aucune convention n'existe actuellement entre la Sécurité sociale et des hôpitaux de suisse alémanique, les contrats MMA indiquent comme « hôpital cantonal de référence » non seulement l'hôpital cantonal de Genève, mais aussi « *pour les assurés résidant dans les départements du Haut-Rhin et du Territoire de Belfort* », l'hôpital cantonal de Bâle. Les ACM, pour leur part, signalent notamment une prise en charge des « *hospitalisations en Suisse en service de médecine, chirurgie ou maternité sur la base des tarifs établissements suisses conventionnés de l'hôpital de Genève, de Porrentruy ou de la vallée de la Joux* » (Porrentruy étant l'une des principales agglomérations du canton suisse du Jura, en pratique voisin du Territoire de Belfort, et non du département français du Jura).

Annexe 5

Étude chiffrée des impacts de la réforme selon différents scénarios

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LA DÉTERMINATION DE QUELQUES DONNÉES ESSENTIELLES AUX ESTIMATIONS DES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS	3
1.1. L'évaluation du nombre de personnes concernées par la réforme.....	3
1.2. La détermination du montant moyen de la cotisation versée par un frontalier dans le cadre de son contrat d'assurance santé privée	4
1.2.1. <i>Rappel des quelques principes de fonctionnement repris pour les besoins des scénarios.....</i>	<i>4</i>
1.2.2. <i>L'estimation par la mission du montant moyen des cotisations sur la base de la moyenne des tarifs pratiqués par les assureurs et mutuelles.....</i>	<i>5</i>
1.2.3. <i>La déclinaison du montant moyen des cotisations selon la situation familiale</i>	<i>7</i>
1.3. La détermination du montant moyen de la cotisation versée par un frontalier dans le cadre d'une affiliation au système de santé suisse LAMal.....	9
1.3.1. <i>Rappel des quelques principes de fonctionnement repris pour les besoins des scénarios.....</i>	<i>9</i>
1.3.2. <i>L'estimation du montant moyen des cotisations LAMal.....</i>	<i>9</i>
1.3.3. <i>La déclinaison du montant moyen des cotisations selon la situation familiale</i>	<i>10</i>
1.4. La détermination des revenus de la population frontalière à prendre en compte pour les besoins de chiffrage des différents scénarios.....	10
1.5. La détermination du montant moyen des dépenses de santé par frontalier	13
1.5.1. <i>Sur l'évaluation du nombre de bénéficiaires (frontaliers et leurs ayants droits).....</i>	<i>13</i>
1.5.2. <i>Sur l'évaluation du montant annuel moyen de dépenses de santé d'un frontalier et de ses ayants droits.....</i>	<i>14</i>
2. LES MÉTHODES RETENUES DE CHIFFRAGE DES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS	14
2.1. La méthode retenue pour mesurer l'évolution du niveau des prélèvements que chaque frontalier concerné par la réforme aura à supporter.....	14
2.2. La méthode d'évaluation du taux de fuite des frontaliers vers le système suisse LAMal en fonction du futur niveau des prélèvements.....	18
2.3. La méthode retenue pour estimer le gain net de la sécurité sociale.....	19
3. PREMIERS GRANDS TYPES DE SCÉNARIOS : LE MAINTIEN DE L’AFFILIATION AU SYSTÈME CMU ACTUEL SELON DES MODALITÉS VARIABLES.....	20
3.1. Scénario 1-A : système actuel intégral	20
3.2. scénario 1-B : système actuel sans abattement de 9356 euros ;	25
3.3. Scénario 1-C : système actuel avec taux minoré	29
3.4. Scénario 1-D : système actuel avec taux majoré	34

4. SECONDS GRANDS TYPES DE SCÉNARIOS : UN DISPOSITIF REMODELÉ SUR LA BASE D'UNE NOUVELLE ASSIETTE	39
4.1. scénario 2 -A : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 8 %.....	39
4.2. scénario 2 -B : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 11 %.....	44
4.3. scénario 2 -C : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 8 % avec plafond.....	48
4.4. scénario 2 -D : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 14,25 %	53
5. COMPARAISON ENTRE TOUS LES SCÉNARIOS.....	58

Introduction

Conformément aux demandes formulées par la lettre de mission, la réforme programmée, déjà inscrite dans la loi¹, et prévoyant l'affiliation, au 1^{er} juin 2014, de l'ensemble des personnes frontalières assurées jusqu'à présent auprès d'un opérateur privé d'assurance santé, soulève plusieurs enjeux en termes de connaissance de chiffres et données, notamment :

- ◆ quel est le nombre de personnes frontalières qui sont concernées par la réforme, c'est-à-dire le nombre de personnes éligibles au droit d'option, qui seront assurées auprès d'un assureur privé à la date du 31 mai 2014 et qui seront tenues de s'affilier obligatoirement au régime général de la sécurité sociale française le 1^{er} juin 2014 ?
- ◆ quel sera le montant moyen (annuel et mensuel) des nouvelles cotisations et contributions sociales auxquelles seront soumises les personnes concernées par la réforme selon leur niveau de revenu, leur catégorie socioprofessionnelle (indépendant ou salarié), leur situation familiale, etc. ? D'autres questions sous-jacentes non moins essentielles sont également à traiter :
 - la différence entre les montants futurs des nouvelles cotisations et contributions sociales et le niveau de prélèvement moyen actuel auquel sont soumises ces personnes dans le cadre de leur contrat d'assurance santé privée ;
 - le pourcentage d'évolution du montant des nouvelles cotisations et contributions sociales au regard du montant actuellement prélevé par leurs assureurs privés ;
 - le pourcentage d'évolution du montant des nouvelles cotisations et contributions sociales au regard de leurs revenus moyens annuels ;
- ◆ quel sera le nombre de personnes frontalières qui auront intérêt, lorsque les conditions juridiques seront réunies, à rejoindre le système national suisse de la LAMal sur le plan du niveau des prélèvements au regard du montant de leurs futures cotisations et contributions sociales ?
- ◆ quel sera le montant total annuel des dépenses de santé de l'ensemble des personnes frontalières qui seront tenues de s'affilier à la sécurité sociale française, montant dont la charge incombera à la Sécurité sociale française ?
- ◆ quel sera le gain brut annuel de l'ensemble des recettes correspondant au montant total des cotisations et contributions sociales prélevées auprès des personnes frontalières concernées par la réforme ainsi que le solde net, positif ou négatif, au vu du montant total des dépenses de santé, en résultant pour les finances de la Sécurité sociale ?

La présente annexe vise à répondre à ces différentes questions.

Une estimation précise, fiable et complète de ces enjeux chiffrés n'a pas été sans difficultés pour la mission. Quelques raisons d'ordre général peuvent expliquer cette situation :

- ◆ d'abord, la population frontalière travaillant en Suisse (ou percevant une unique pension suisse) et résidant en France fait très rarement l'objet d'une identification en tant que telle auprès des divers administrations et organismes publics français susceptibles de détenir des informations pertinentes ; c'est ainsi que la Direction générale des finances publiques de Bercy, les diverses directions du ministère de la santé, les organismes de sécurité sociale (CNAMTS, RSI, MSA) ou la Banque de France ne détiennent pas de bases statistiques exhaustives recensant intégralement cette population frontalière ; les données sont souvent parcellaires portant seulement sur

¹ Article L 380-3-1 du code de sécurité sociale.

Annexe 5

une partie de celle-ci, rendant ainsi particulièrement complexe le croisement des données entre sources différentes ² ;

- ◆ ensuite, si la mission a pu rencontrer, notamment par l'intermédiaire de leurs fédérations professionnelles, les principaux acteurs du marché privé de l'assurance santé proposant des contrats à la population frontalière, les données communiquées par ceux-ci sont demeurées relativement limitées et n'ont pu pallier le caractère incomplet de celles détenues par les autorités publiques ; par exemple, pour les quelques mutuelles ou compagnies d'assurance qui ont accepté de donner des chiffres sur leur nombre d'affiliés, leur chiffre d'affaires, le montant de leurs dépenses de santé, celle-ci se sont très souvent cantonnées à quelques chiffres généraux, communiqués oralement à l'occasion d'entretiens ; la communication de tableaux par type de population, selon leur sexe, leur âge, leur statut familial, leurs dépenses moyennes a été rare, même si quelques unes ont été plus coopérantes ;
- ◆ de même, les autorités suisses, en particulier l'Office fédéral des assurances sociales, n'ont pas été mesure de communiquer des données pourtant particulièrement utiles pour les présents travaux, telles que le nombre de titulaires de pensions suisses vivant en France ou le nombre de frontaliers ayant choisi de s'assurer auprès de leur système national de santé ;
- ◆ en outre, l'évolution rapide du nombre de personnes frontalières³ et de certaines caractéristiques, telles que le taux de change entre euro et franc suisse qui impacte de façon significative leur niveau de revenus, complique le traitement des données, en particulier lorsque celles-ci sont rares et datant de quelques années, comme c'est le cas des données Insee qui remontent à l'année 2009.

Toutefois, la mission est en mesure de présenter un certain nombre de données exploitées dans les développements ci-après.

Les données présentées dans la présente annexe ont été établies principalement à partir des informations suivantes :

- ◆ les données recensées dans l'annexe 2 du présent rapport relative au dénombrement, aux caractéristiques et aux revenus de la population frontalière ;
- ◆ les données de la DGFIP provenant de l'exploitation du fichier exhaustif d'impôt sur les revenus de l'année 2011 concernant les seuls salariés frontaliers ; comme précisé dans la partie 1.4 de l'annexe 2, trois catégories de personnes ne sont pas comptabilisées dans ces données : les indépendants, les titulaires de pensions ou rentes d'origine suisse et les fonctionnaires internationaux, cette dernière catégorie étant toutefois le plus souvent hors champ de la mission (lorsque ces actifs disposent de leur propre système d'assurance-maladie) ;
- ◆ les données communiquées par la CNAMTS concernant le niveau moyen des dépenses de santé ;
- ◆ quelques données communiquées par les acteurs privés de l'assurance santé des frontaliers.

Après une présentation de la méthodologie retenue et des modes de chiffrage de différentes données utiles, il sera présenté plusieurs scénarios. Si certains correspondent aux scénarios retenus par la mission dans son rapport de synthèse, d'autres n'ont ici qu'un intérêt à titre comparatif.

² Voir la partie 1 de l'annexe 2 démontrant la diversité d'approche de la population frontalière entre l'Insee, l'Office fédéral de la statistique suisse et la Direction générale des finances publiques de Bercy.

³ Voir notamment la partie 2.1 de l'annexe 2 qui détaille l'évolution de la population frontalière.

1. La détermination de quelques données essentielles aux estimations des différents scénarios

1.1. L'évaluation du nombre de personnes concernées par la réforme

Comme il a été développé dans l'annexe 2 (partie 2.1), la population frontalière, regroupant l'ensemble des travailleurs en Suisse et résidant en France ainsi que les titulaires d'unique pensions suisses, est estimée, à début 2013, autour de 175 000 personnes.

Conformément aux dispositions applicables à leur statut, les fonctionnaires internationaux, en particulier ceux en poste dans le canton de Genève auprès d'un organisme des Nations Unies, disposent d'un système spécifique de couverture d'assurance maladie pour l'ensemble des soins et prestations. Ils ne relèvent ainsi ni du droit d'option conventionnel prévu dans l'accord UE-Suisse du 21 juin 1999 ni du droit à sous-option national prévu par la loi française. Il convient dès lors de les exclure de la population frontalière concernée par la réforme.

Selon les données contenues dans le rapport de l'Inspection générale des finances relatif à une mission d'expertise sur la compensation financière genevoise⁴, le nombre de fonctionnaires des organisations internationales travaillant en Suisse et résidant en France s'élèverait, en 2009, à 5 997 fonctionnaires.

La population frontalière concernée par le double droit d'option s'élève donc, au début 2013, à environ 169 000 personnes.

Sur le plan de l'assurance maladie, cette population se ventile entre les trois systèmes d'assurance santé suivants :

- ◆ les personnes ayant choisi le système national de santé suisse (LAMal) ;
- ◆ les personnes ayant choisi l'affiliation au régime général de la Sécurité sociale française ;
- ◆ les personnes ayant opté pour un contrat d'assurance santé privée auprès d'une compagnie d'assurance ou d'une mutuelle.

Compte tenu des chiffres détaillés dans l'annexe 3, environ 4,1 % des frontaliers ont choisi une affiliation auprès de la LAMal, 5,4 % auprès du régime général de la Sécurité sociale française et 90,5 % auprès d'un acteur privé en France.

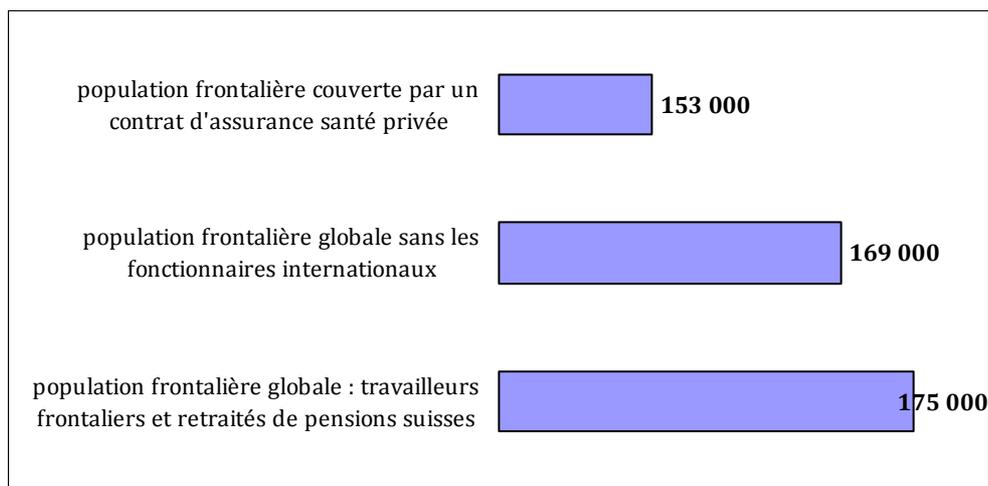
Tableau 1 : Répartition de la population frontalière concernée par le double droit d'option selon le choix de couverture d'assurance maladie

Système d'assurance maladie en Suisse - LAMal		Système d'assurance maladie de la Sécurité sociale en France		Assurance santé auprès d'un acteur privé en France		Total	
Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
7 000	4,1	9 000	5,4	153 000	90,5	169 000	100

Dans ces conditions, en ce qui concerne la suppression, au 1^{er} juin 2014, de la possibilité de s'affilier auprès d'un opérateur privé d'assurance maladie, le nombre de personnes frontalières concernées par la disparition de leur contrat privé de couverture santé est de 153 000 personnes au début de l'année 2013.

⁴ Rapport conjoint de l'IGF, l'IGA et l'Inspection générale de l'Insee, n°2012-M-52-01, septembre 2012, sur la compensation financière genevoise,

Tableau 2 : Effectifs de la population frontalière



Source : Calculs mission.

1.2. La détermination du montant moyen de la cotisation versée par un frontalier dans le cadre de son contrat d'assurance santé privée

1.2.1. Rappel des quelques principes de fonctionnement repris pour les besoins des scénarios

Conformément aux développements de l'annexe 3 traitant plus longuement des spécificités des contrats d'assurance santé privée, les quelques principes de fonctionnement suivants propres à la quasi-totalité ou à la majorité de ceux-ci ont été retenus pour les besoins de chiffrage des scénarios :

- ◆ une tarification par tête/bénéficiaire et non pas par contrat ; ainsi, dans le cadre de la situation d'un actif assuré avec un ayant droit, la cotisation sera double ;
- ◆ à partir du troisième enfant, il n'y a plus d'augmentation du montant de la cotisation ; une famille de 3 enfants paiera ainsi le même montant de cotisations qu'une famille de 2 enfants⁵ ;
- ◆ un montant de cotisation selon l'âge :
 - un montant spécifique aux enfants mineurs ;
 - un montant ensuite progressif à l'âge adulte, en fonction de tranches d'âge plus ou moins étroites ;
- ◆ un nombre d'ayants droits limité ; quand un enfant est à la charge d'un couple actif mixte dont seul un des deux dispose d'une activité frontalière, l'enfant est quasi-systématiquement pris en charge par l'assurance maladie du membre non frontalier du couple, ce qui est d'ailleurs parfois rendu obligatoire par l'assureur (voir annexe 3).

⁵ Même si cette règle est moins systématiquement reprise dans chaque contrat, elle a toutefois été reprise ici afin de chiffrer les scénarios selon l'hypothèse la plus défavorable aux frontaliers

1.2.2. L'estimation par la mission du montant moyen des cotisations sur la base de la moyenne des tarifs pratiqués par les assureurs et mutuelles

Dans le cadre des entretiens, certaines mutuelles et compagnies d'assurance ont communiqué leurs grilles tarifaires et les formules des contrats proposés.

Comme il a été précisé dans les développements de l'annexe 3, les formules de couverture pour l'assurance santé divergent de manière importante d'un opérateur privé à un autre, selon que les contrats remboursent plus ou moins bien, selon les barèmes de remboursement retenus (référence ou non à la réglementation et tarification de la sécurité sociale française ou du système suisse), selon la plus ou moins grande prise en charge des soins effectués en Suisse, selon la couverture de risques habituellement non pris en charge par le régime général de la sécurité sociale française, etc.

Dans ces conditions, la mission a défini le montant moyen de cotisation selon le raisonnement suivant :

- ◆ tout d'abord, l'objectif recherché à travers le chiffrage de différents scénarios dans la présente annexe est de déterminer quel peut être le niveau acceptable de prélèvement des futures cotisations et contributions sociales ; il s'agit ainsi de prendre en compte l'ensemble des coûts supportés aujourd'hui individuellement par les frontaliers et le coût global à supporter après la réforme ;
- ◆ à ce titre, alors que les frontaliers ne disposent aujourd'hui, bien souvent, que d'un unique contrat d'assurance santé, ils devront, après la réforme, supporter non seulement le coût de la cotisation au régime général de la sécurité sociale mais également celui d'une éventuelle assurance maladie complémentaire, comme toute autre personne affiliée au régime général en France ;
- ◆ or, il est difficile, à ce stade, d'évaluer le budget d'assurance complémentaire qui sera à la charge des frontaliers après la réforme dans la mesure où
 - le prix d'un contrat d'assurance complémentaire est lui-même très hétérogène selon les choix individuels en termes de risques couverts et de prestations assurées ;
 - il est probable que, dans le cadre de la disparition des contrats au 1^{er} euro au 1^{er} juin 2014, les assureurs, actifs sur le marché des frontaliers, proposent à l'avenir des contrats d'assurance complémentaire spécifiques à cette population, avec par exemple une prise en charge plus étendue des soins en Suisse.

Il est alors apparu préférable à la mission de faire abstraction de cette partie « assurance complémentaire ».

Précisément, le coût moyen actuel de la couverture d'assurance santé d'un frontalier a été estimé en se basant sur les grilles tarifaires des opérateurs correspondant à des formules de couverture de base, grosso modo équivalentes au niveau de remboursement de la sécurité sociale. Ces grilles correspondent aux formules les moins chères proposées par les opérateurs. Un tel choix permet de neutraliser assez largement la dimension « assurance complémentaire » comme l'illustrent les deux exemples ci-dessous.

Encadré 1 : illustration de la neutralisation de l'effet « assurance complémentaire »

Premier exemple : un frontalier disposant d'une assurance privée avec une formule de base :

- situation aujourd'hui : souscription de la formule la moins chère proposée par son assureur privé correspondant à une couverture peu supérieure au remboursement de base de la Sécurité sociale française ;
- résultat après la réforme : peu de changement en termes de couverture de risques ; l'assuré n'aura pas forcément besoin de prendre une assurance complémentaire ;
- la comparaison du coût entre le tarif de base d'une assurance privée (correspondant globalement à son propre tarif) et le futur niveau de prélèvement après la réforme reflétera ainsi fidèlement la variation réelle de son niveau de prélèvement dans le cadre de la réforme.

Second exemple : un frontalier disposant d'une assurance privée avec une formule haut de gamme :

- choix aujourd'hui de la formule la plus chère proposée par son assureur correspondant à une couverture haut de gamme, avec un très bon niveau de prestations bien supérieur au niveau et au périmètre de remboursement de la Sécurité sociale française ;
- résultat après la réforme : l'assuré, s'il veut maintenir un même niveau de prestations, aura besoin de souscrire une assurance complémentaire haut de gamme ;
- la comparaison du coût entre le tarif de base d'une assurance privée (donc largement inférieur à son propre tarif actuel) et le futur niveau de prélèvement après la réforme, hors prise en compte du coût de l'assurance complémentaire, reflétera toutefois fidèlement la variation réelle de son niveau de prélèvement dans la mesure où elle neutralise l'effet « assurance complémentaire ».

Source : Données IGF.

Pour ce faire, la mission a retenu cinq formules de base proposées par 5 opérateurs différents, représentatifs de la diversité des acteurs et des zones géographiques concernées : groupe MMA, Réunica, La Frontalière, SwissLife, Adréa Mutuelle.

A partir des grilles tarifaires proposées par chaque acteur, la mission a établi une moyenne des tarifs pondérée selon l'importance de chaque tranche d'âge dans la population frontalière⁶.

Tableau 3 : Montant mensuel moyen de la cotisation versée par un frontalier selon son âge

Tranches d'âge	0-17 ans	15-24 ans	25-39 ans	40-54 ans	55/64 ans	>65 ans	Montant moyen pondéré selon l'âge de la pop. frontalière
Montant mensuel moyen (en €)	61,98	90,05	112,45	153,13	200,95	222,01	141,5

Source : Données issues de la FFSA, de la FNMF et des assureurs privés avec retraitement par la mission.

Le montant mensuel moyen pondéré, selon l'importance de chaque tranche d'âge, des cotisations versées par les frontaliers a été ainsi estimé à 141,5 € par frontalier adulte et 61,98 € par enfant à charge, soit respectivement 1 698 € par an pour un adulte et 743,76 € par an pour un enfant.

⁶ La pondération selon l'importance de chaque tranche d'âge dans la population a été établie sur la base des données du graphique n° 4 de l'annexe 2 et d'une estimation de 5 % de la catégorie des frontaliers retraités.

Annexe 5

La fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a par ailleurs estimé, selon les données détenues par ses soins, le montant moyen annuel des cotisations des frontaliers assurés auprès d'une compagnie d'assurance entre 1 700 et 2 400 €.

La mission ayant retenu les formules de base des opérateurs, la moyenne estimée ci-dessus se situe ainsi de façon logique au niveau du bas de la fourchette de la moyenne de la FFSA⁷.

1.2.3. La déclinaison du montant moyen des cotisations selon la situation familiale

Alors que le montant des cotisations au régime général de la sécurité sociale est indépendant du nombre d'ayants droits, l'affiliation à un contrat privé d'assurance santé des frontaliers est individuelle et entraîne ainsi une cotisation par tête de bénéficiaire du contrat.

Plus précisément, dans le cas d'un couple marié, dont l'époux frontalier choisit une assurance privée et dont l'autre époux est sans activité, avec en outre un enfant à charge, le frontalier cotisera trois fois : une fois pour son compte, une deuxième fois pour le compte de son conjoint et une troisième fois pour le compte de son enfant à charge.

Dans le cas d'un couple marié, dont l'époux frontalier choisit une assurance privée et dont l'autre époux dispose d'une activité non frontalière en France, avec en outre un enfant à charge, le frontalier ne cotisera qu'une seule fois, pour son propre compte seulement. En effet, l'autre époux ayant sa propre activité cotise pour son compte (cas par exemple d'un salarié dont l'employeur prélève à la source ses cotisations d'assurance maladie). Quant à l'enfant, le couple marié fera quasi-systématiquement le choix de l'affilier à l'assurance maladie du travailleur non frontalier en France dans la mesure où il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une cotisation par tête. Le couple n'aura pas ainsi à payer une cotisation spécifique pour l'enfant.

Dans le cas d'un couple marié dont les deux époux sont frontaliers et qui choisissent l'assurance santé privée, avec en outre un enfant à charge, ils devront cotiser trois fois : une fois pour le compte du premier époux, une seconde fois pour le compte du second époux et une fois pour l'enfant.

Dans le cas d'un célibataire, deux cas de figure se présentent :

- ◆ premier cas de figure : il s'agit d'un véritable célibataire, c'est-à-dire vivant réellement seul ; dans ce cas, le célibataire frontalier choisissant une assurance privée ne paiera évidemment qu'une cotisation et, s'il a un enfant à charge, une seconde cotisation pour celui-ci ;
- ◆ second cas de figure : il s'agit d'un célibataire au sens de l'état civil (ou du droit fiscal), c'est-à-dire ni marié, ni pacsé, mais vivant en revanche en concubinage ; dans cette hypothèse, le concubin du célibataire frontalier peut se voir reconnaître, sous certaines conditions, la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale⁸ ; plus précisément, dans ce cas, le célibataire frontalier, vivant en concubinage avec une personne sans activité, et choisissant par ailleurs une assurance privée, paiera une cotisation pour son compte, mais également une deuxième pour son concubin, voire une troisième si le couple a un enfant à sa charge.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des situations rencontrées, en indiquant, pour chacune d'entre elles, le nombre de bénéficiaires pour lesquels l'assuré principal devra verser une cotisation.

⁷ La fédération nationale de la mutualité française n'a pas en revanche communiqué de chiffres sur la moyenne du montant des cotisations des mutuelles adhérentes .

⁸ En effet, au sens de la sécurité sociale française, la qualité d'ayant droit peut être reconnue à la personne vivant maritalement avec l'assuré social, et qui est à sa charge totale, effective et permanente.

Annexe 5

Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires à couvrir par contrat d'assurance santé privée selon la situation matrimoniale et le nombre d'enfants⁹

		Sans enfants	Avec un enfant	Avec 2 enfants	Avec 3 enfants ou plus
Frontaliers célibataires		1	2	3	4
Frontaliers célibataires en concubinage	dont le concubin dispose de revenus propres	1	1	1	1
	dont le concubin est sans revenus	2	3	4	5
Un couple marié avec un seul époux frontalier	dont l'autre époux dispose de revenus propres	1	1	1	1
	dont l'autre époux est sans revenus	2	3	4	5
Foyers fiscaux composés de 2 frontaliers		2	3	4	5

Source : Données traitées par la mission.

En tenant compte ensuite du montant mensuel moyen de cotisation tel qu'estimé ci-dessus, il est possible de préciser, pour chaque situation, le montant total moyen de la cotisation à supporter par chaque foyer de frontalier.

Tableau 5 : Montant mensuel de la cotisation moyenne d'assurance santé auprès d'une assurance privée selon la situation familiale (en €)

		Sans enfants	Avec un enfant	Avec 2 enfants	Avec 3 enfants ou plus
Frontaliers célibataires		141,5	203,48	265,46	265,46
Frontaliers célibataires en concubinage	dont le concubin dispose de revenus propres	141,5	141,5	141,5	141,5
	dont le concubin est sans revenus	283	344,98	406,96	406,96
Un couple marié avec un seul époux frontalier	dont l'autre époux dispose de revenus propres	141,5	141,5	141,5	141,5
	dont l'autre époux est sans revenus	283	344,98	406,96	406,96
Foyers fiscaux composés de 2 frontaliers		283	344,98	406,96	406,96

Source : Données établies par la mission sur la base des informations transmises par les assureurs, la FFSA et la FNMF (données en €).

⁹ Lecture du tableau : un frontalier célibataire n'ayant pas d'enfant à charge cotise une seule fois (sur la base d'un tarif adulte) ; le frontalier célibataire ayant un enfant à charge cotise deux fois (une fois sur la base d'un tarif adulte et une fois sur la base d'un tarif enfant).

1.3. La détermination du montant moyen de la cotisation versée par un frontalier dans le cadre d'une affiliation au système de santé suisse LAMal

1.3.1. Rappel des quelques principes de fonctionnement repris pour les besoins des scénarios

Conformément aux développements de l'annexe 3 traitant plus longuement des spécificités du système national suisse de santé, les quelques principes de fonctionnement suivants propres à la quasi-totalité des frontaliers ont été retenus pour les besoins de chiffrage des scénarios :

- ◆ une tarification par tête/bénéficiaire et non pas par contrat ; ainsi, dans le cadre de la situation d'un actif assuré avec un ayant droit, la cotisation sera double¹⁰ ;
- ◆ un montant de cotisation selon trois âges seulement :
 - un tarif spécifique aux enfants mineurs
 - un tarif spécifique aux jeunes adultes (18/25 ans) ;
 - un tarif adulte (+ de 25 ans).

1.3.2. L'estimation du montant moyen des cotisations LAMal

Contrairement aux tarifs pratiqués par les assurances privées en France, les tarifs des assurances suisses assurant la prise en charge des soins dans le cadre de la LAMal sont beaucoup plus transparents. Précisément l'Office fédéral de la santé publique à Berne publie chaque année la liste des assurances prenant à charge des soins de la population frontalière avec l'indication de leurs tarifs¹¹.

La mission s'est ainsi limitée à opérer une moyenne simple¹² des tarifs proposés par chacune de ces assurances.¹³

Tableau 6 : Montants mensuels et annuels moyens de la cotisation à la LAMal

	Adulte > 26 ans	Jeunes adultes (19-25 ans)	Enfants
Montant mensuel (en €)	458,48	407,73	118,33
Montant annuel (en €)	5 501,76	4 892,76	1 419,96

Source : Office fédéral de la santé publique- Berne.

Le montant mensuel moyen d'une cotisation pour un adulte est dès lors de 458,48 €, soit 5501,76 € par an.

¹⁰ La principe de la gratuité à compter du 3^{ème} enfant ne s'applique pas dans le cadre de la LAMal.

¹¹ Liens du site de publication :

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/14128/index.html?lang=fr>

¹² C'est-à-dire non pondérée par les parts de marché qui n'ont pu être communiquées par les autorités suisses.

¹³ Contrairement aux assurances privées en France, les assurances suisses dans le cadre de la LAMal ne pratiquent pas la tarification par tranche d'âge, seuls trois tarifs (enfants, jeunes adultes et adultes) étant proposés. Il n'a donc pas été utile ici de pondérer la moyenne selon l'importance de chaque classe d'âge.

1.3.3. La déclinaison du montant moyen des cotisations selon la situation familiale

Les principes de fonctionnement étant similaires à ceux des assurances privées en termes de tarification par bénéficiaire, il est possible de décliner également, pour chaque situation, le montant total moyen de la cotisation à supporter par chaque frontalier. En revanche, la gratuité du 3^{ème} enfant n'a pas été retenue ici.

Tableau 7 : Montant mensuel de la cotisation moyenne d'assurance santé auprès du système national suisse selon la situation familiale

		Sans enfants	Avec un enfant	Avec 2 enfants	Avec 3 enfants
Frontaliers célibataires		458,48	576,81	695,14	813,47
Frontaliers célibataires en concubinage	dont le concubin dispose de revenus propres	458,48	458,48	458,48	458,48
	dont le concubin est sans revenus	916,96	1035,29	1153,62	1271,95
Un couple marié avec un seul époux frontalier	dont l'autre époux dispose de revenus propres	458,48	458,48	458,48	458,48
	dont l'autre époux est sans revenus	916,96	1035,29	1153,62	1271,95
Foyers fiscaux composés de 2 frontaliers		916,96	1035,29	1153,62	1271,95

Source : Office fédéral de la santé publique- Berne, calculs mission.

1.4. La détermination des revenus de la population frontalière à prendre en compte pour les besoins de chiffrage des différents scénarios

Malgré la demande faite par la mission en ce sens, la DGFIP n'a été en mesure de communiquer des données sur les revenus des frontaliers qu'en ce qui concerne les foyers fiscaux composés d'un ou de deux salariés frontaliers. La mission n'a pu ainsi recueillir de données sur les revenus des travailleurs frontaliers non salariés et sur les titulaires d'unique pensions suisses.

Dans ces conditions, les travaux de la mission ne portant que sur les revenus des salariés frontaliers, se pose la question de savoir si ces derniers sont représentatifs des revenus de l'ensemble de la population frontalière. A ce titre il convient de relever les éléments suivants :

- ♦ sur une population globale de frontaliers, hors fonctionnaires internationaux de 169 000 personnes, le nombre d'indépendants (artisans, commerçants, professions libérales) et d'exploitants agricoles peut être estimé à hauteur d'environ 6 000 personnes¹⁴ et le nombre de titulaires de pensions suisses à environ 8 000 personnes¹⁵ ; avec ainsi environ 155 000 personnes, la population frontalière salariée représente 91,7 % de la population frontalière totale ;

¹⁴ Conformément aux données exploitées par la mission en annexe 2, le nombre total d'indépendants et d'exploitants agricoles sur les 6 principaux départements frontaliers (Haute-Savoie, Ain, Doubs, Jura, Haut-Rhin, Territoire de Belfort) a été estimé, selon les données Insee de 2009, à 4 706 personnes ; à ce chiffre il convient de rajouter le nombre d'indépendants des autres départements dans la mesure où les 6 principaux départements frontaliers concernés ne concentrent pas la totalité de la population frontalière (98 %) ; de même il convient d'ajuster ce chiffre afin de tenir compte de l'accroissement de la population frontalière globale depuis l'année 2009.

¹⁵ Ce chiffre a été estimé dans la partie 2.1 de l'annexe 2.

Annexe 5

- ◆ selon des données du département fédéral de l'intérieur suisse, les revenus d'une personne active en Suisse sont en moyenne 35 % plus élevés que les revenus moyens des retraités suisses ¹⁶ ; dans la mesure où les frontaliers exerçant une activité en Suisse et résidant en France perçoivent généralement un salaire un peu moindre que le salarié de nationalité suisse, l'écart entre les revenus des frontaliers salariés et les frontaliers retraités, percevant par principe une unique pension suisse, doit être légèrement inférieur à 35 % ;
- ◆ au vu de données de l'Insee portant sur l'étude des revenus de l'ensemble de la population active en France, les actifs indépendants, intégrant les commerçants, artisans, professions libérales et exploitants agricoles, présentent un revenu net moyen imposable supérieur de 44,6 % par rapport à celui des salariés du privé en France ; à défaut d'autres données disponibles en l'état, cet écart de rémunération entre salariés et indépendants peut être appliqué à la situation entre frontaliers indépendants et frontaliers salariés.

Dans ces conditions, les rémunérations plus élevées des frontaliers indépendants compensant globalement les rémunérations moindres des frontaliers titulaires de pensions suisses, les frontaliers salariés représentant par ailleurs plus de 90 % de la population frontalière globale, il peut en être déduit, pour les besoins des travaux de la mission, que les revenus des salariés des frontaliers, tels que communiqués par la DGFIP, sont globalement bien représentatifs du niveau des revenus perçus par l'ensemble de la population frontalière.

Les données de la DGFIP recensent 130 982 foyers fiscaux pour 144 636 salariés frontaliers sur les 6 principaux départements concernés (Ain, Haute-Savoie, Haut-Rhin, Doubs, Jura, Territoire de Belfort), 13 654 foyers fiscaux comptant deux salariés frontaliers.

Ce chiffre de 144 636 salariés frontaliers nécessite ensuite d'être corrigé afin de tenir compte :

- ◆ du fait que les données ci-dessus ne portent que sur 6 départements frontaliers qui concentrent 98 % de la population frontalière ; le nombre de salariés frontaliers sur l'ensemble du territoire français est alors estimé à environ 147 588 personnes ;
- ◆ de l'accroissement annuel de la population frontalière, les données de la DGFIP reposant sur l'année 2011 ; compte tenu d'une évolution positive de 6,1 % sur l'année 2012¹⁷, le nombre de salariés frontaliers peut être estimé, au début de l'année 2013, à 156 591 personnes, soit 3 591 personnes en plus par rapport au chiffre tel qu'estimé à partir de l'évaluation de la population frontalière globale (voir paragraphe ci-dessus).

¹⁶ Voir le rapport technique sur la situation économique des actifs et des retraités en Suisse, département fédéral de l'intérieur, 28 février 2008

¹⁷ Voir les données de l'annexe 2

Annexe 5

Graphique 1 : Comparaison des deux méthodes d'évaluation de la population frontalière salariée

Évaluation du nombre de salariés à partir de la population frontalière globale	Population frontalière globale	175 000	Évaluation du nombre de salariés à partir des données de la DGFIP	Nombre de salariés selon les données DGFIP sur l'année 2011 et sur 6 départements	144 636	
	Fonctionnaires internationaux	6 000		Nombre de salariés frontaliers pour l'ensemble de la France	147 588	
	Ensemble de la population frontalière bénéficiant du droit d'option	Indépendants et exploitants agricoles		6 000	Nombre de salariés ajustés à fin 2012	156 591
		Retraités de pensions suisses		8 000		
		Salariés frontaliers		155 000		

Source : Données traitées par la mission à partir des données DGFIP et Insee.

Toutefois, concernant la comparaison entre ces deux chiffres (nombre de salariés frontaliers selon les données corrigées de la DGFIP versus le chiffre estimé à partir de l'évaluation de la population frontalière globale), il convient de prendre en compte les deux éléments suivants :

- ◆ alors que le premier correspond à l'ensemble des flux de salariés au cours de l'année, c'est-à-dire y compris les emplois salariés correspondant à des contrats d'une durée de quelques mois ou les emplois saisonniers, le second correspond à une évaluation de la population à une date donnée, en l'occurrence au 31 décembre 2012 ; dans ces conditions, le premier chiffre doit nécessairement être supérieur au second ; l'écart constaté n'est donc pas de nature à invalider les chiffres communiqués par la DGFIP ;
- ◆ les chiffres de la DGFIP reposent sur les seules déclarations de revenus établies par les frontaliers, les omissions de déclarations intentionnelles ou accidentelles n'étant pas, par principe, comptabilisées ; eu égard à la complexité du dispositif de l'impôt sur le revenu applicable aux frontaliers travaillant en Suisse et résidant en France, le nombre de défaillances déclaratives « de bonne foi » n'est d'ailleurs sans doute pas à négliger, en particulier pour les frontaliers imposés à la source auprès des autorités fiscales suisses ; toutefois ceci permet de chiffrer la réforme selon une hypothèse prudente, celle d'un comportement fiscal constant (même si l'on peut souhaiter par ailleurs une amélioration de la connaissance des revenus).

En conséquence, il peut être estimé que les données communiquées par la DGFIP sur les salariés frontaliers des 6 principaux départements concernés, tant en termes de nombre de personnes que de niveau de revenus, sont suffisamment fiables pour être représentatives des revenus de l'ensemble de la population relevant du droit d'option. Il conviendra seulement, dans le cadre du chiffrage des scénarios, de transposer les calculs à l'ensemble de la population frontalière concernée par le basculement au 1^{er} juin 2014 dans le régime général de la sécurité sociale, soit 153 000 personnes.

1.5. La détermination du montant moyen des dépenses de santé par frontalier

Dans la perspective d'estimer le solde net de la réforme pour les finances de la Sécurité sociale, il sera nécessaire de retrancher du montant total des nouvelles recettes provenant des cotisations des nouveaux frontaliers, le montant total des dépenses de santé que la Sécurité sociale devra supporter du fait de l'ensemble de ces nouvelles affiliations.

L'estimation du montant total des dépenses de santé de ces nouveaux frontaliers nécessite plus précisément de connaître :

- ◆ le nombre total des personnes bénéficiaires de la prise en charge des soins, c'est-à-dire non seulement le nombre de personnes frontalières en tant que tel mais également le nombre de leurs ayants droits ;
- ◆ le montant annuel moyen de dépenses de santé d'un frontalier et de ses ayants droits.

1.5.1. Sur l'évaluation du nombre de bénéficiaires (frontaliers et leurs ayants droits)

Selon les données communiquées par la FFSA, le nombre d'assurés par contrat frontalier est de 1,36 pour l'ensemble des compagnies d'assurance, ce qui signifie que chaque frontalier compte en moyenne 0,36 personne à sa charge, personne qui bénéficiera, après la réforme, des remboursements de soins en qualité d'ayant droit.

La FNMF n'ayant pas fourni un chiffre similaire pour l'ensemble des mutuelles actives sur le marché des frontaliers, la mission a estimé celui-ci à partir des chiffres communiqués par trois importantes mutuelles du secteur (Réunica, Adréa et La Frontalière). Le nombre d'assurés par contrat frontalier mutualiste est ainsi d'environ 1,2.

Ensuite, afin d'obtenir une estimation pour l'ensemble de la population frontalière, les deux chiffres ont été pondérés selon le poids représenté respectivement par les compagnies d'assurance et les mutuelles sur le marché global de l'assurance maladie privée frontalière. La mission a ainsi obtenu le chiffre de 1,31 assuré par contrat.

Ce chiffre est largement plus bas que celui constaté sur l'ensemble de la population affiliée dans le cadre du petit régime 801 de la CMU de 3 CPAM frontalières¹⁸ (régime hébergeant la quasi-totalité des frontaliers). Selon les données communiquées par ces dernières dans le cadre de la présente mission, chaque assuré de ce petit régime y compte en moyenne 0,9048 ayant droit, dont 0,2167 ayant-droit conjoint et 0,6649 ayant droit enfant.

Par ailleurs, il est nécessaire de déterminer, parmi ces « 0,31 personne » à la charge des frontaliers, la part représentée respectivement par des adultes et des enfants, dans la mesure où les dépenses annuelles moyennes de ces deux catégories de personnes ne sont pas identiques. En l'absence de données propres aux frontaliers assurés dans le privé, la mission a appliqué à ce taux de 0,31 la répartition ayant-droit conjoints/ayant-droit enfants valable pour la population du petit régime 801 de la CMU des 3 CPAM frontalières interrogées.

Dans ces conditions, eu égard par ailleurs au nombre de personnes frontalières assurées aujourd'hui dans le cadre d'un contrat d'assurance privée (153 000), le nombre de bénéficiaires à la charge de la sécurité sociale après la réforme sera de 200 430 personnes dont :

- ◆ 153 000 assurés ;
- ◆ 12 580 conjoints ayant-droits ;
- ◆ 34 850 enfants ayant-droits.

¹⁸ Doubs, Haut-Rhin, Haute-Savoie.

1.5.2. Sur l'évaluation du montant annuel moyen de dépenses de santé d'un frontalier et de ses ayants droits

La CNAMTS a communiqué, dans le cadre des présents travaux, des données sur le coût moyen d'un affilié à la sécurité sociale française selon sa tranche d'âge et son sexe, ces données étant applicables à l'ensemble de la population française.

Afin de pouvoir ajuster ces chiffres aux caractéristiques spécifiques de la population frontalière, la mission a pondéré les données de la CNAMTS selon la répartition de la population frontalière par tranche d'âge.

La mission a ensuite confronté ces données à celles recueillies auprès d'une mutuelle représentative (La Frontalière), l'ensemble des autres acteurs n'ayant pas communiqué de données suffisamment précises et détaillées afin de mener la comparaison. En particulier la mission a corrigé partiellement les données de la CNAMTS dans la mesure où celles-ci s'appliquent à l'ensemble d'une classe d'âge et non pas seulement à la part de cette classe d'âge en activité, généralement moins dépendante en budget de santé.

Il en résulte ainsi un montant annuel moyen de dépenses de santé de 1300 € pour un frontalier adulte et de 620 € pour un enfant à charge.

Il importe de préciser que ce montant moyen de dépenses, estimé à partir du coût moyen d'une personne auprès de la sécurité sociale française, correspond au montant total de dépenses d'une personne au regard des barèmes de remboursement de la sécurité sociale. Ce coût est donc nécessairement plus faible que le montant moyen annuel de dépenses des assureurs privés dans le cadre des contrats d'assurance santé frontaliers. En effet, les remboursements effectués par ces derniers comportent en plus une partie correspondant :

- ◆ à la part « complémentaire », les frontaliers n'ayant généralement pas de contrat d'assurance complémentaire distinct ;
- ◆ au remboursement de soins non pris en charge généralement par la sécurité sociale mais remboursés aux frontaliers eu égard à leur formule de couverture choisie de plus ou moins haut de gamme ;
- ◆ aux frais de gestion.

2. les méthodes retenues de chiffrage des différents scénarios

2.1. La méthode retenue pour mesurer l'évolution du niveau des prélèvements que chaque frontalier concerné par la réforme aura à supporter

Pour l'ensemble des différents scénarios présentés dans la partie suivante de cette annexe, la mission a procédé au calcul des montants des nouvelles cotisations qui seront à percevoir sur les personnes frontalières basculant au 1^{er} juin 2014 dans le régime général de la sécurité sociale, selon la méthode suivante :

- ◆ la mission a réparti l'ensemble de la population frontalière selon la situation matrimoniale (célibataire, marié avec ou non un autre frontalier), la situation familiale (avec ou sans enfants à charge) et selon la répartition par déciles de revenus moyens ; la mission a en fait croisé les deux derniers tableaux de l'annexe 2 et a ainsi identifié 130 catégories différentes de frontaliers selon les critères retenus (voir le tableau 7 ci-dessous en exemple concernant le 5^{ème} décile de revenus moyens) ;
- ◆ pour chacune de ces catégories, la mission a calculé le montant de la nouvelle cotisation selon les critères du scénario retenu en termes d'assiette, de taux, d'existence ou non d'un plafond ou d'un abattement sur l'assiette ;

Annexe 5

- ◆ la mission a ensuite comparé le montant de la nouvelle cotisation au montant moyen estimé de l'ancienne cotisation dans le cadre d'un contrat d'assurance privée, conformément aux précisions développées dans les paragraphes ci-dessus.

Annexe 5

Tableau 8 : Comparaison entre le montant moyen des cotisations d'assurance privée et le montant de la cotisation actuelle à la CMU pour le 5^{ème} décile de revenus de la population frontalière¹⁹

Situation matrimoniale	Situation familiale	Montant annuel de cotisation d'assurance privée	Montant mensuel de cotisation d'assurance privée	Nbe de foyers concernés pour ce décile	% par rapport au nbe total de frontaliers	Montant du RFR moyen ²⁰	Montant du RFR pris en compte	Montant annuel de la nouvelle cotisation	Différence brute entre le montant de la cotisation annuelle de l'assurance privée et la future cotisation	% d'évolution du montant de la nouvelle cotisation par rapport à la cotisation d'assurance privée	% d'augmentation par rapport au RFR moyen
Salarié célibataire avec enfants à charge	Avec un enfant	2 441,76	203,48	154	0,1 %	36 888	36 888	2 202,56	-239,20	-9,8 %	-0,6 %
	Avec 2 enfants	3 185,52	265,46	76	0,1 %	36 888	36 888	2 202,56	-982,96	-30,9 %	-2,7 %
	Avec 3 enfants ou plus	3 185,52	265,46	15	0,0 %	36 888	36 888	2 202,56	-982,96	-30,9 %	-2,7 %
Salarié célibataire sans enfants à charge		1 698,00	141,5	6536	5,0 %	36 888	36 888	2 202,56	504,56	29,7 %	1,4 %
Marié un frontalier dont époux a une activité		1 698,00	141,5	3852	2,9 %	58 871	38 855	2 359,91	661,91	39,0 %	1,1 %
Marié un frontalier dont époux est sans activité rémunérée	Sans enfants	3 396,00	283	330	0,3 %	53 047	53 047	3 495,28	99,28	2,9 %	0,2 %
	Avec un enfant	4 139,76	344,98	235	0,2 %	53 047	53 047	3 495,28	-644,48	-15,6 %	-1,2 %
	Avec 2 enfants	4 883,52	406,96	349	0,3 %	53 047	53 047	3 495,28	-1 388,24	-28,4 %	-2,6 %
	Avec 3 enfants ou plus	4 883,52	406,96	185	0,1 %	53 047	53 047	3 495,28	-1 388,24	-28,4 %	-2,6 %
Foyer avec deux frontaliers	Sans enfants	3 396,00	283	405	0,3 %	85 789	85 789	6 114,64	2 718,64	80,1 %	3,2 %
	Un enfant	4 139,76	344,98	366	0,3 %	85 789	85 789	6 114,64	1 974,88	47,7 %	2,3 %
	Deux enfants	4 883,52	406,96	483	0,4 %	85 789	85 789	6 114,64	1 231,12	25,2 %	1,4 %
	Avec 3 enfants ou plus	4 883,52	406,96	112	0,1 %	85 789	85 789	6 114,64	1 231,12	25,2 %	1,4 %

Source : Calculs mission sur la base de données de la DGFIP.

¹⁹ Calculs effectués sur la base d'une nouvelle cotisation dont le montant est déterminé conformément à la réglementation actuelle applicable aux frontaliers ayant choisi l'affiliation à la CMU : cotisation fixée à 8 % du revenu fiscal de référence annuel qui dépasse un plafond de 9 356 €.

²⁰ Revenu fiscal de référence annuel moyen du foyer fiscal.

Deux précisions méritent d'être apportées à ce stade sur les chiffrages.

◆ **La question du RFR retraité**

Dans l'hypothèse d'un scénario retenant comme assiette de la nouvelle cotisation le revenu fiscal de référence annuel moyen (RFR), et comme le pratiquent les caisses primaires d'assurance maladie, ce revenu est parfois retraité lorsqu'il s'agit d'un couple mixte qui réunit un époux salarié frontalier et un époux disposant d'une activité rémunérée non frontalière.

En effet, il serait inéquitable, dans cette hypothèse, de prendre pour assiette de calcul de la cotisation du frontalier l'ensemble du revenu fiscal de référence du couple, c'est-à-dire y compris la part du RFR correspondant au salaire de l'époux non frontalier dans la mesure où celui-ci a déjà cotisé, au titre de l'assurance maladie. C'est le cas, par exemple, d'un salarié en France dont les cotisations d'assurance maladie sont prélevées directement, à la source, par son employeur sur son salaire brut.

Dans ce cas, la cotisation du frontalier est assise seulement sur les revenus d'activité de l'époux frontalier et sur la moitié des revenus du patrimoine du couple, c'est-à-dire sur la part théorique correspondant à l'époux frontalier.

Au cas d'espèce, dans le cadre des travaux de la mission, s'agissant de moyennes, il a été estimé que le revenu de l'époux frontalier est le double de celui du revenu non frontalier (voir annexe 2 sur le détail des données sur les revenus), les deux tiers du RFR étant alors retenus comme base de calcul. Le tableau ci-avant illustre cette problématique.

◆ **La question des ayants droits**

En ce qui concerne la catégorie des célibataires, un retraitement a été également nécessaire afin de mieux estimer la part des célibataires frontaliers ayant réellement des ayants droits à charge. En effet, les données communiquées par la DGFIP se fondent uniquement, conformément au droit fiscal applicable en matière d'impôt sur le revenu, sur la notion de célibataire au sens de l'état civil, sans tenir compte de son éventuel état de concubinage.

Or, comme il a été démontré au paragraphe 1.2.3 ci-dessus, certaines personnes peuvent relever de la qualité d'ayant droit d'un célibataire.

Dès lors la mission a retraité la catégorie des célibataires :

- ◆ en partant du taux de bénéficiaires par contrat selon les données fournies par les opérateurs d'assurance santé privée (aboutissant à l'estimation de 1,31 bénéficiaires par contrat d'assurance) ;
- ◆ en calculant le nombre total d'ayants droit pour l'ensemble de la population frontalière et le nombre d'ayants droit pour les couples mariés, sur la base des données DGFIP ;
- ◆ en évaluant au final le nombre d'ayants droit pour les célibataires à partir de la différence entre le nombre d'ayants droit total pour l'ensemble de la population frontalière et le nombre d'ayants droit pour les couples mariés.

2.2. La méthode d'évaluation du taux de fuite des frontaliers vers le système suisse LAMal en fonction du futur niveau des prélèvements

Conformément aux dispositions de l'annexe II de l'accord du 21 juin 1999, le droit d'option entre le système d'assurance santé suisse et une couverture d'assurance maladie en France, une fois exercé dans le délai de trois mois suivant (généralement) une embauche en Suisse, est a priori irrévocable. Le frontalier ne peut effectivement arbitrer chaque année entre les deux options selon le coût ou le niveau de couverture.

Toutefois, l'irrévocabilité du droit d'option demeure relative dans la mesure où un certain nombre de changements de situation peuvent entraîner sa réouverture, notamment :

- ◆ la reprise d'un emploi après une période de chômage, même très courte ;
- ◆ le passage à la retraite ;
- ◆ le changement du pays de résidence ; dans l'hypothèse où un frontalier travaillant en Suisse, résidant en France et ayant fait le choix d'une couverture d'assurance maladie en France, souhaiterait rejoindre le système d'assurance maladie suisse, il lui suffirait de changer son lieu de résidence principale vers la Suisse.

Sur le plan du coût moyen des cotisations propres à chaque option, le système suisse LAMal est, à l'heure actuelle, le plus onéreux. Ainsi, selon les estimations faites par la FFSA, le budget annuel d'assurance santé de chaque frontalier est de l'ordre de :

- ◆ 6 000 € dans le cadre d'une affiliation auprès du système LAMal ;
- ◆ 2 000 à 4 000 € dans le cadre d'une affiliation auprès du régime général de la Sécurité sociale en France ;
- ◆ 1 700 à 2 400 € dans le cadre d'une assurance maladie privée en France.

Après la suppression, à compter du 1^{er} juin 2014, de la possibilité de s'assurer auprès d'un assureur privé, et en cas de changement du niveau de prélèvement des frontaliers affiliés à la sécurité sociale française, le système suisse LAMal pourrait devenir plus compétitif, en tous cas pour un certain nombre de frontaliers, en particulier ceux dotés des plus hauts revenus, dans la mesure où les cotisations en Suisse sont décorrélées du montant des ressources. Dans ces conditions, certains frontaliers pourraient être incités, au moins sur un plan financier, à chercher à quitter la sécurité sociale française pour rejoindre le système LAMal, notamment en déménageant ou à l'occasion de leur changement de situation professionnelle.

Dès lors la mission a cherché à mesurer, pour chaque scénario étudié, ce risque de fuite vers le système LAMal, en évaluant, à chaque fois, le nombre de frontaliers concernés et le montant de recettes susceptibles d'être perdues par la sécurité sociale française. Précisément, la mission a estimé ces chiffres sur la base du postulat suivant : dès que le système LAMal devient, au premier euro près, plus compétitif pour une catégorie de frontaliers donnée²¹, il est estimé que la totalité des frontaliers de ladite catégorie (sur 130 catégories au total) quittent la sécurité sociale dès qu'ils le peuvent.

Il s'agit là évidemment d'un modèle mathématique théorique qu'il conviendra de pondérer par la prise en compte de facteurs plus subjectifs et donc plus complexes à appréhender et quantifier. En particulier il conviendra de garder à l'esprit que :

- ◆ la très grande majorité des frontaliers assurés actuellement auprès de l'assurance maladie privée en France ne pourra pas, le 1^{er} juin 2014, rejoindre le système LAMal, à moins de chercher à frauder le dispositif ; en effet, à l'exception des actifs devenant retraités et des frontaliers perdant leur emploi à cette date, les frontaliers ne devraient pas pouvoir se voir rouvrir le droit d'option ; la réouverture du droit pour cause de

²¹ Les catégories étant définies selon la situation matrimoniale, le nombre d'enfants à charge et par l'appartenance à chacun des 10 déciles. Voir le tableau n°8 page 16 de la présente annexe.

Annexe 5

changement de pays de résidence apparaît en effet plus hypothétique dans la mesure où le coût de la vie suisse, notamment sur le plan de l'immobilier, devrait continuer à dissuader les frontaliers, dans leur grande majorité, à envisager leur déménagement²² ;

- ◆ l'arbitrage, sur un plan financier, entre les deux systèmes, sera surtout le fait des nouveaux frontaliers ; toutefois, même pour ces derniers, l'arbitrage sera plus complexe que le modèle théorique développé par la mission ; en effet, le droit d'option étant a priori irrévocable, le nouveau frontalier devrait arbitrer entre les deux systèmes non seulement au regard de sa situation actuelle, mais également au regard de l'évolution probable de celle-ci dans les années futures ; ainsi, si un jeune frontalier disposant d'un haut revenu aurait plutôt intérêt à rejoindre la LAMal, son futur mariage ou la naissance d'enfants les années suivantes pourraient donner plutôt un intérêt compétitif au système français ;
- ◆ en outre, l'arbitrage entre les deux systèmes ne reposera pas seulement sur des questions de comparaison de coûts moyens des cotisations mais portera sans doute également sur d'autres critères, tels que le niveau des prestations remboursées selon le système choisi ou la plus ou moins bonne prise en charge des soins des deux côtés de la frontière.

En définitive, la mission présentera, pour chaque scénario, deux chiffrages :

- ◆ un chiffrage sans prendre en compte le risque de fuite vers la LAMal, selon le postulat que tous les frontaliers assurés auprès d'une assurance maladie privée basculeront à la Sécurité sociale française ;
- ◆ un chiffrage tenant compte du risque de fuite vers la LAMal, dans le cadre d'un scénario de compétitivité au premier euro près.

Si la réalité se situera probablement entre les deux chiffrages, l'intérêt du second permettra surtout au final de mesurer le taux de fuite, d'une part, en cas de réouverture du droit d'option au moment de la réforme et, d'autre part, sur le long terme, lorsque la population frontalière sera essentiellement composée de frontaliers ayant exercé leur droit d'option après le 1^{er} juin 2014. A ce titre, selon les informations recueillies par la mission, 13 à 14 % des personnes frontalières exerceraient leur droit d'option conventionnel (entre système suisse et une couverture en France)²³ chaque année, ce qui signifie qu'il faut 7 à 8 ans pour que l'ensemble de la population frontalière puisse se voir rouvrir un droit d'option.

2.3. La méthode retenue pour estimer le gain net de la sécurité sociale

Sur la base des différentes données traitées relatives :

- ◆ au coût moyen futur des futures cotisations et contributions sociales du système frontalier français ;
- ◆ à la population « frontalière » (titulaire du droit d'option) précisément concernée par la suppression des assurances privées en France ;
- ◆ au montant moyen des dépenses de santé de chaque frontalier ;
- ◆ à l'évaluation du taux de fuite des frontaliers vers le système LAMal.

La mission sera en mesure de calculer le solde net, positif ou négatif, pour la Sécurité sociale française.

²² A plusieurs reprises, il a été entendu que certains frontaliers pourraient, au 1^{er} juin 2014, envisager de changer leur pays de résidence en prenant une simple domiciliation fictive en Suisse. Toutefois il s'agit là d'un cas de fraude que les autorités suisses et françaises devraient sanctionner, qui ne saurait être une hypothèse de départ.

²³ Calculs de la mission à partir de données communiquées par la CPAM de Haute-Savoie.

3. Premiers grands types de scénarios : le maintien de l'affiliation au système CMU actuel selon des modalités variables

La mission a chiffré un premier groupe de scénarios correspondant au maintien du système actuel applicable aux frontaliers ayant opté pour l'affiliation à la Sécurité sociale française, sous réserve de quelques modalités variables.

Les modalités du système actuel sont rappelées ici :

- ◆ assiette de cotisation :
 - montant du revenu fiscal de référence (RFR) annuel, tel qu'il figure sur l'avis d'impôt sur le revenu de chaque frontalier ; un abattement de 10 %, correspondant aux frais professionnels, est donc intégré automatiquement dans l'assiette ;
 - RFR retraité pour les couples mixtes, en ne prenant en compte que les revenus d'activité de l'époux frontalier et la moitié des revenus du patrimoine du couple (voir partie 2.1 de la présente annexe pour de plus amples détails) ;
 - Abattement forfaitaire de 9 356 € sur le RFR ; exemple : un frontalier ayant un RFR de 8 000 € ne cotisera pas ; un frontalier ayant un RFR de 12 000 €, cotisera seulement sur une assiette de 2 644 € (12 000 – 9 356) ;
- ◆ taux de 8 % ;
- ◆ exonération de la CSG-CRDS.

La mission a envisagé ici quatre scénarios :

- ◆ n°1 : système intégral actuel ;
- ◆ n°2 : système actuel mais sans abattement forfaitaire de 9 356 € ;
- ◆ n°3 : système actuel avec un taux minoré de 6 % ;
- ◆ n°4 : système actuel avec un taux majoré de 10 %

3.1. Scénario 1-A : système actuel intégral

Le scénario 1-A correspond à une simulation sur la base du fonctionnement actuel du dispositif applicable aux frontaliers affiliés à la sécurité sociale française, selon les modalités rappelées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Données clefs du scénario 1-A

Assiette	Revenu fiscal de référence annuel
Abattement forfaitaire sur l'assiette	9356 €
Plafond sur l'assiette	Non
Taux	8 %

Annexe 5

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	28,2 %
0-1000	29,8 %
1 000-2 000	18,5 %
2 000-5 000	12,4 %
5 000-10 000	9,3 %
5 000-10 000	9,3 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFiP.

Ainsi, selon ce scénario, 28,2 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

- ◆ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée²⁴ ;
- ◆ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française ; toutefois, comme ces derniers ne représentent que 5,4 %²⁵ de la population frontalière totale, il peut en être déduit qu'en tout état de cause, il y aurait au moins 23 % des frontaliers dont le montant de la cotisation serait susceptible de baisser dans le cadre du présent scénario.

Par ailleurs, un peu moins de 30 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 18,5 % de 1 000 à 2 000 €, 12,4 % de 2 000 à 5 000 € et 11,1 % de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau ci-dessous :

²⁴ La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

²⁵ Voir partie 1.1 de la présente annexe.

Annexe 5

Tableau 11 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée²⁶

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	28,2 %
<50 %	29,3 %
50-100 %	13,9 %
100-200 %	18,4 %
>200 %	10,2 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, si 28,2 % des frontaliers verraient leur cotisation baisser, 28,6 % d'entre eux verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau ci-après en résume les résultats :

Tableau 12 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)²⁷

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	28,2 %
0-2 %	28,9 %
2-5 %	35,7 %
5-10 %	7,2 %
10-20 %	0
>20 %	0
total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

²⁶ Lecture du tableau : 28,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 29,3 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

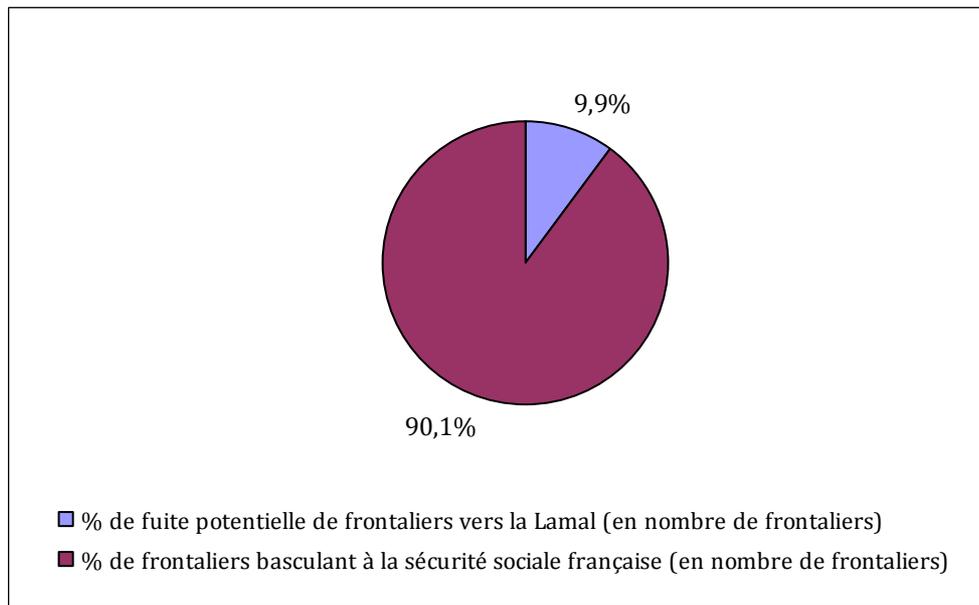
²⁷ Lecture du tableau : 28,9 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 35,7 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % de leur revenu fiscal de référence.

Annexe 5

28,9 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage, 35,7 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci et 7,2 % une augmentation supérieure à 5 %.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

Graphique 2 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)

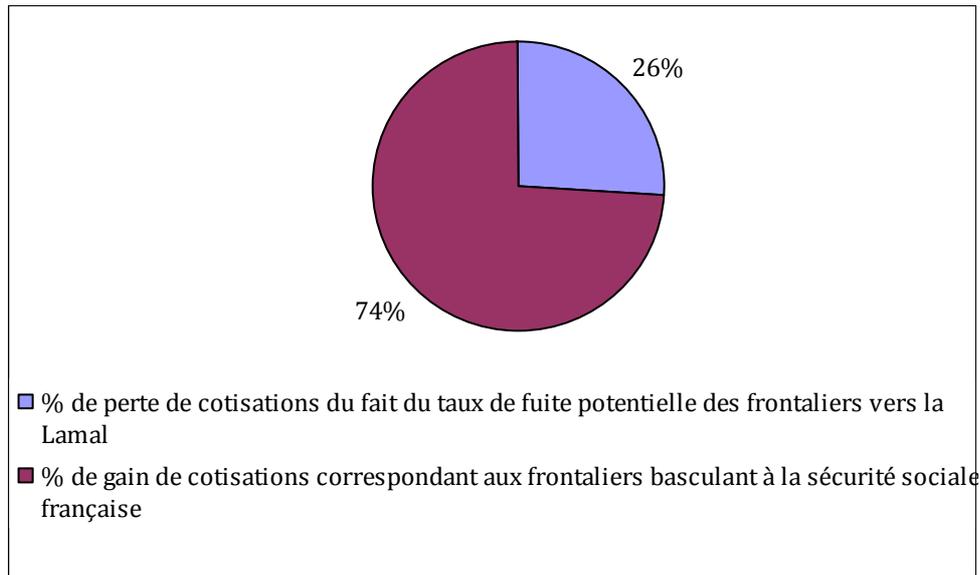


Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, 9,9 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Annexe 5

Graphique 3 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

Si les 9,9 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte d'environ 26 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau ci-dessous en résume les 4 principaux chiffres :

Tableau 13 : gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	489	Recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	362
Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	252	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	148

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 489 millions d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 362 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 252 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 148 millions d'euros.

3.2. scénario 1-B : système actuel sans abattement de 9356 euros ;

Le scénario 1-B correspond à une simulation sur la base du fonctionnement actuel du dispositif applicable aux frontaliers affiliés à la sécurité sociale française, sous réserve de l'absence de l'abattement forfaitaire de 9 356 € :

Tableau 14 : Données clefs du scénario 1-B

Assiette	Revenu fiscal de référence annuel
Abattement forfaitaire sur l'assiette	0
Plafond sur l'assiette	Non
Taux	8 %

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 15 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	12,9 %
0-1 000	24,6 %
1 000-2 000	26 %
2 000-5 000	24,4 %
5 000-10 000	10,2 %
>10 000	1,9 %
Total	100 %

Source : calculs de la mission à partir des données DGFIP

Ainsi, selon ce scénario, 12,9 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

- ◆ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée²⁸ ;

²⁸ La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

Annexe 5

- ♦ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française ; toutefois, comme ces derniers ne représentent que 5,4 %²⁹ de la population frontalière totale, il peut en être déduit qu'en tout état de cause, il y aurait au moins 7,5 % des frontaliers dont le montant de la cotisation serait susceptible de baisser dans le cadre du présent scénario.

Par ailleurs, environ 25 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 26 % de 1 000 à 2 000 €, 24,4 % de 2 000 à 5 000 € et 12,1 % de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau ci-après.

Tableau 16 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée³⁰

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	12,9 %
<50 %	19 %
50-100 %	27,8 %
100-200 %	30,1 %
>200 %	10,2 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, si 12,9 % des frontaliers verraient leur cotisation baisser, 40,3 % d'entre eux verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau ci-dessous en résume les résultats :

²⁹ Voir partie 1.1 de la présente annexe.

³⁰ Lecture du tableau : 12,9 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 19 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

Annexe 5

Tableau 17 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)³¹

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	12,9 %
0-2 %	14,9 %
2-5 %	59,3 %
5-10 %	12,9 %
10-20 %	0
>20 %	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

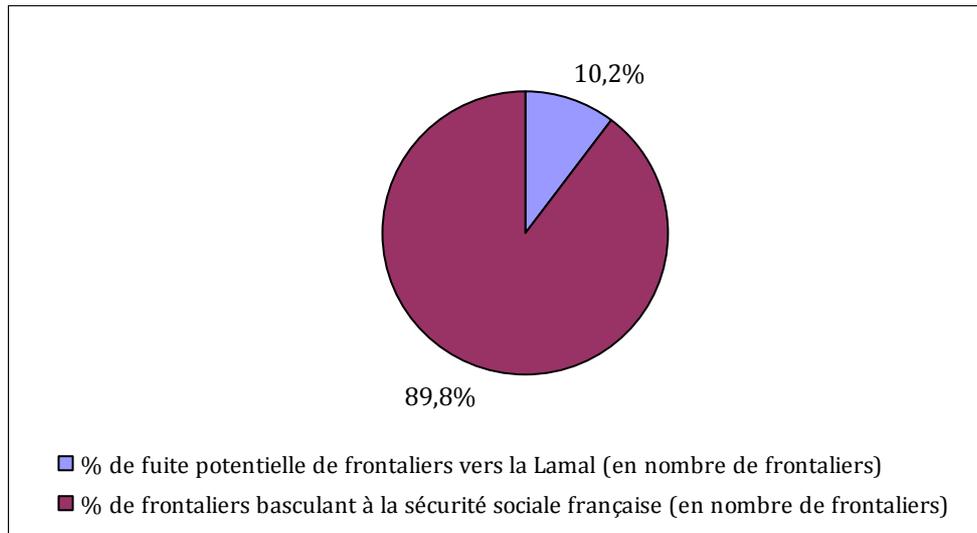
14,9 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage, un peu moins de 60 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci et un peu moins de 13 % une augmentation supérieure à 5 %.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

³¹ Lecture du tableau : 14,9 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 59,3 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % de leur revenu fiscal de référence.

Annexe 5

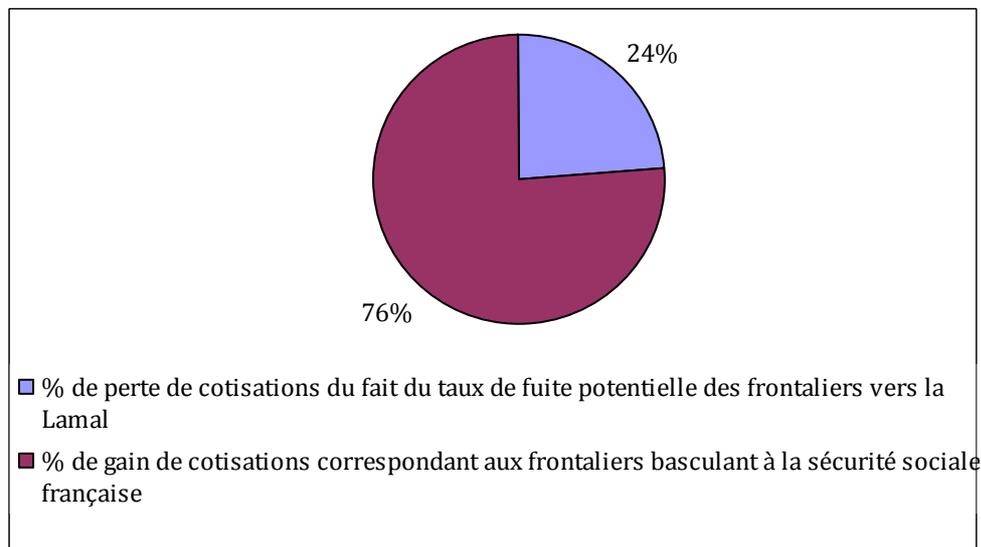
Graphique 4 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, 10,2 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Graphique 5 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si les 10,2 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte d'environ 24 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau ci-dessous en résume les 4 principaux chiffres :

Annexe 5

Tableau 18 : Gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	594	Recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	451
recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	357	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	238

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 594 millions d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 451 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 357 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 238 millions d'euros.

3.3. Scénario 1-C : système actuel avec taux minoré

Le scénario 1-C correspond à une simulation sur la base du fonctionnement actuel du dispositif applicable aux frontaliers affiliés à la sécurité sociale française, sous réserve d'un taux minoré à 6 % :

Tableau 19 : Données clefs du scénario 1-C

Assiette	Revenu fiscal de référence annuel
Abattement forfaitaire sur l'assiette	9356 €
Plafond sur l'assiette	Non
Taux	6 %

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau ci-dessous :

Annexe 5

Tableau 20 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	48,2 %
0-1000	29,5 %
1 000-2 000	9,9 %
2 000-5 000	10,5 %
5 000-10 000	1,6 %
>10 000	0,3 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, selon ce scénario, 48,2 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

- ◆ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée³² ;
- ◆ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française ; toutefois, comme ces derniers ne représentent que 5,4 %³³ de la population frontalière totale, il peut en être déduit qu'en tout état de cause, il y aurait au moins 43 % des frontaliers dont le montant de la cotisation serait susceptible de baisser dans le cadre du présent scénario.

Par ailleurs, un peu moins de 30 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 9,9 % de 1 000 à 2 000 €, 10,5 % de 2 000 à 5 000 € et 1,9 % de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau ci-dessous :

³² La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

³³ Voir partie 1.1 de la présente annexe.

Annexe 5

Tableau 21 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée³⁴

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	48,2 %
<50 %	23,2 %
50-100 %	18,3 %
100-200 %	1,3 %
>200 %	9 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, si 48,2 % des frontaliers verraient leur cotisation baisser, 10,3 % d'entre eux seulement verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau ci-dessous en résume les résultats :

Tableau 22 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)³⁵

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	48,2 %
0-2 %	34,6 %
2-5 %	17,2 %

³⁴ Lecture du tableau : 48,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 23,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

³⁵ Lecture du tableau : 34,6 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 17,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % du revenu fiscal de référence de leur foyer.

Annexe 5

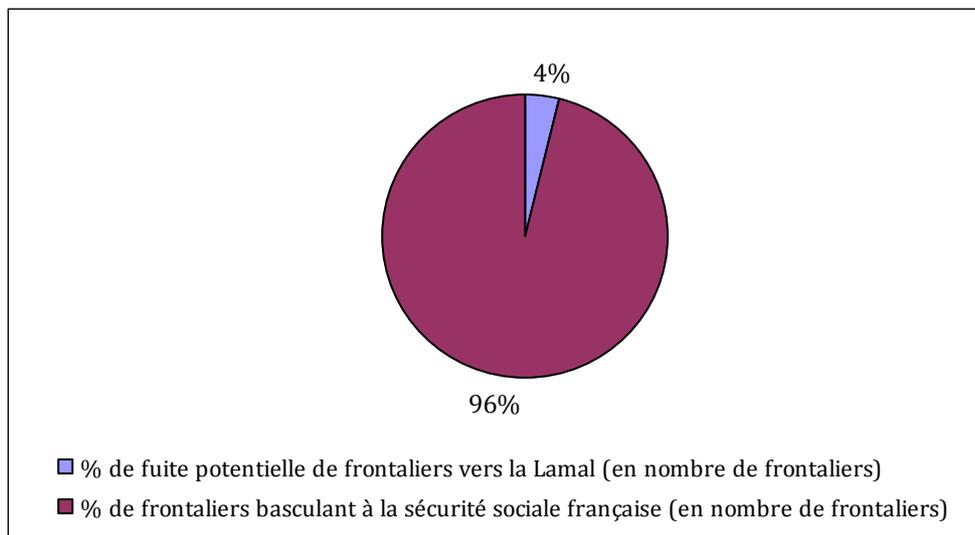
% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
5-10 %	0
10-20 %	0
>20 %	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

34,6 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage et 17,2 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

Graphique 6 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)

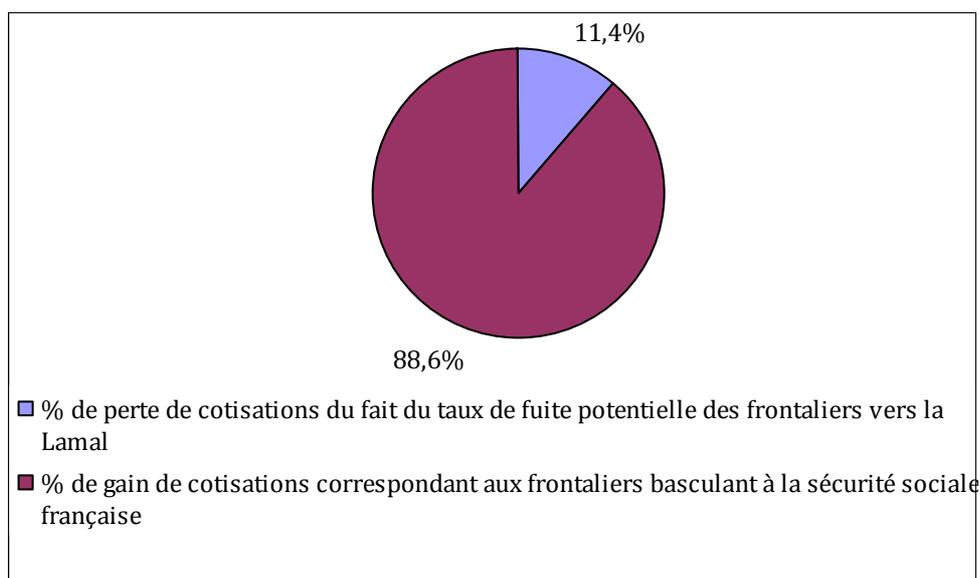


Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, seulement 4 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Annexe 5

Graphique 7 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

Si les 4 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte d'environ 11 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau ci-après en résume les 4 principaux chiffres.

Tableau 23 : Gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	367	Recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	325
Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	130	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	97

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 367 millions d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 325 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 130 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 97 millions d'euros.

3.4. Scénario 1-D : système actuel avec taux majoré

Le scénario 1-D correspond à une simulation sur la base du fonctionnement actuel du dispositif applicable aux frontaliers affiliés à la sécurité sociale française, sous réserve d'un taux majoré à 13,5 % :

Tableau 24 : Données clefs du scénario 1-D

Assiette	Revenu fiscal de référence annuel
Abattement forfaitaire sur l'assiette	9356 €
Plafond sur l'assiette	Non
Taux	13,5 %

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau suivant.

Tableau 25 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	11,1 %
0-1000	14,4 %
1 000-2 000	12,4 %
2 000-5 000	36,4 %
5 000-10 000	13,5 %
>10 000	12,2 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, selon ce scénario, 11,1 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

Annexe 5

- ◆ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée³⁶ ;
- ◆ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française ; toutefois, comme ces derniers ne représentent que 5,4 %³⁷ de la population frontalière totale, il peut en être déduit qu'en tout état de cause, il y aurait au moins 5,7 % des frontaliers dont le montant de la cotisation serait susceptible de baisser dans le cadre du présent scénario.

Par ailleurs, un peu moins de 15 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 12,4 % de 1 000 à 2 000 €, 36,4 % de 2 000 à 5 000 € et 25,7 % de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau ci-après.

Tableau 26 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée³⁸

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	11,1 %
<50 %	8,6 %
50-100 %	18,5 %
100-200 %	32,0 %
>200 %	29,8 %
Total	100,0 %

Source : calculs de la mission à partir des données DGFIP

Ainsi, si 11,1 % des frontaliers verraient leur cotisation baisser, environ 62 % d'entre eux verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

³⁶ La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

³⁷ Voir partie 1.1 de la présente annexe.

³⁸ Lecture du tableau : 11,1 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 8,6 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

Annexe 5

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau ci-dessous en résume les résultats :

Tableau 27 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)³⁹

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	11,1 %
0-2 %	6,8 %
2-5 %	31,4 %
5-10 %	43,6 %
10-20 %	7,1 %
>20 %	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

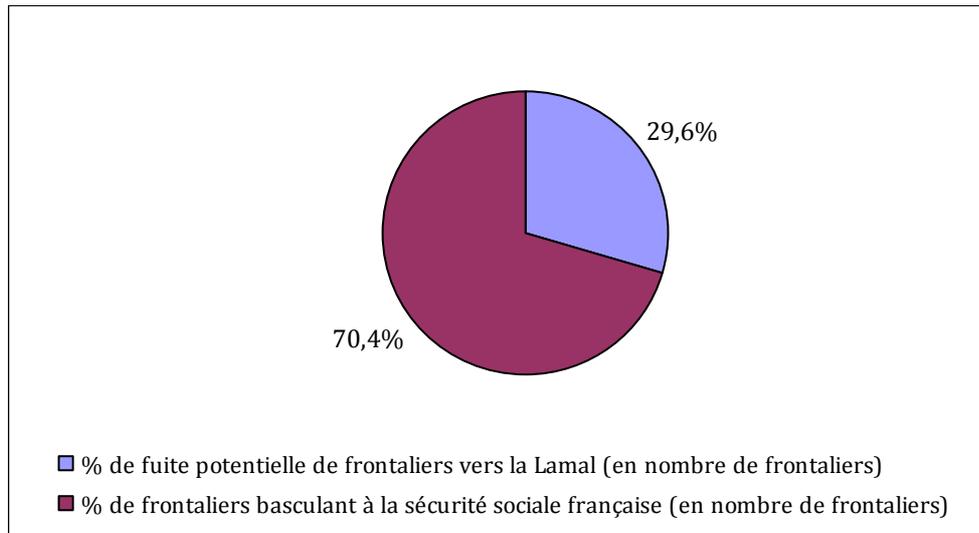
6,8 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage, 31,4 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci et plus de 50 % une augmentation supérieure à 5 %.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

³⁹ Lecture du tableau : 6,8 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 31,4 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % de leur revenu fiscal de référence.

Annexe 5

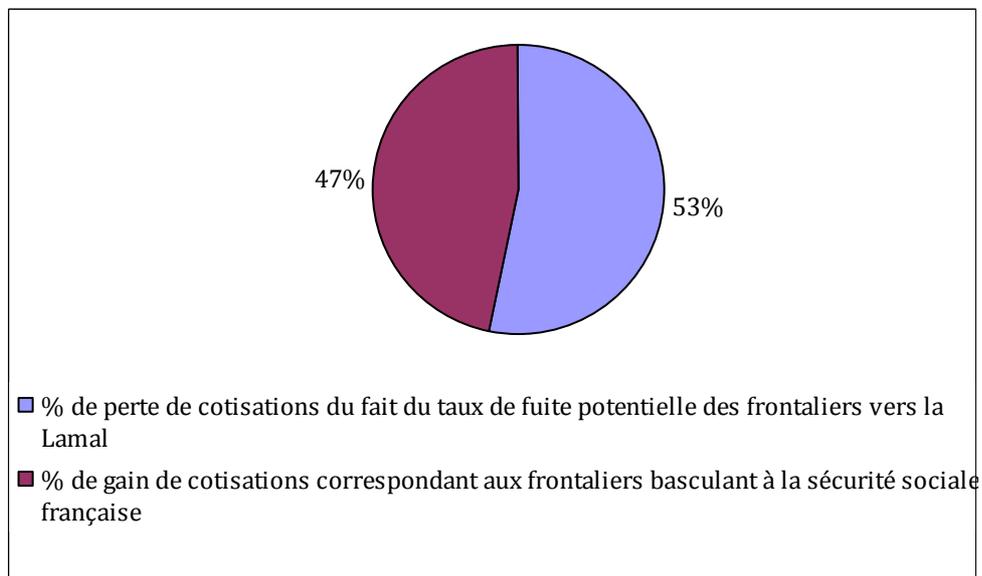
Graphique 8 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, près de 30 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Graphique 9 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

Si les 29,6 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte de plus de 50 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau ci-dessous en résume les 4 principaux chiffres :

Annexe 5

Tableau 28 : Gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	825	Recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	387
Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	588	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	221

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 825 millions d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 387 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 588 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 221 millions d'euros.

4. Seconds grands types de scénarios : un dispositif remodelé sur la base d'une nouvelle assiette

4.1. scénario 2 -A : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 8 %

Le scénario 2-A correspond à une simulation sur la base d'un dispositif remodelé selon les indications suivantes :

Tableau 29 : Données clefs du scénario 2-A

Assiette	Salaires, revenus professionnels ou montant des pensions
Abattement forfaitaire sur l'assiette	0
Plafond sur l'assiette	Non
Taux	8 %

En lieu et place du revenu fiscal de référence, l'assiette correspond dans ce scénario :

- ◆ au montant total annuel des salaires pour un salarié frontalier ;
- ◆ au montant total annuel des revenus professionnels pour un indépendant frontalier un ou exploitant agricole frontalier ;
- ◆ au montant total annuel des pensions ou rentes perçues par le retraité frontalier.

Il s'agit, pour chacune de ces trois situations, au montant des revenus d'activité tels que déclarés auprès de l'administration fiscale française lors de sa déclaration de revenus annuelle.

Dans la mesure où la mission ne dispose pas de données sur les salaires moyens par déciles et catégories de personnes (célibataires, mariés, avec ou sans enfants à charge), ceux-ci ont été déterminés à partir du revenu fiscal de référence (RFR) recalculé selon les deux règles suivantes :

- ◆ d'une part, il a été ajouté au RFR les frais professionnels systématiquement déduits des revenus perçus ; plus précisément, selon les données communiquées par la DGFIP ;
 - environ 35 % des salariés frontaliers déclarent des frais réels au titre des frais professionnels, frais qui représentent en moyenne 18 % de leurs revenus ;
 - 65 % des salariés frontaliers sont au forfait de 10 % au titre des frais professionnels ;
 - dès lors, la moyenne des frais professionnels est de 12,8 % pour l'ensemble de la population frontalière ;
- ◆ d'autre part, il est nécessaire de déduire du RFR les revenus autres que les revenus d'activité du foyer fiscal ; il a été estimé par la mission, au vu des données de la DGFIP à sa disposition, que les revenus autres que les revenus d'activité représentent en moyenne 5 % du total des revenus perçus sur une année.

Annexe 5

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 30 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	9,8 %
0-1 000	18 %
1 000-2 000	29,9 %
2 000-5 000	29,2 %
5 000-10 000	11,2 %
>10 000	1,9 %
total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

Ainsi, selon ce scénario, 9,8 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

- ◆ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée⁴⁰ ;
- ◆ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française ; toutefois, comme ces derniers ne représentent que 5,4 %⁴¹ de la population frontalière totale, il peut en être déduit qu'en tout état de cause, il y aurait au moins 4,4 % des frontaliers dont le montant de la cotisation serait susceptible de baisser dans le cadre du présent scénario.

Par ailleurs, 18 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 29,9 % de 1 000 à 2 000 €, 29,2 % de 2 000 à 5 000 € et 13,1 % de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau suivant.

⁴⁰ La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

⁴¹ Voir partie 1.1 de la présente annexe.

Annexe 5

Tableau 31 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée⁴²

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	9,8 %
<50 %	20,6 %
50-100 %	23,7 %
100-200 %	27,1 %
>200 %	18,8 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, si 9,8 % des frontaliers verraient leur cotisation baisser, environ 45 % d'entre eux verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau ci-dessous en résume les résultats :

Tableau 32 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)⁴³

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	9,8 %
0-2 %	14,2 %
2-5 %	56,5 %
5-10 %	19,5 %

⁴² Lecture du tableau : 9,8 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 20,6 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

⁴³ Lecture du tableau : 14,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 56,5 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % de leur revenu fiscal de référence .

Annexe 5

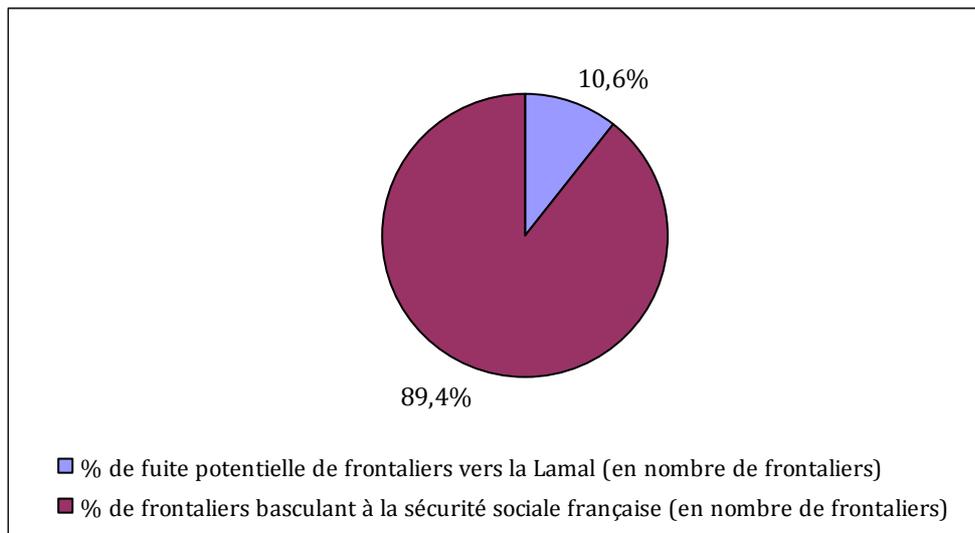
% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
10-20 %	0
>20 %	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

14,2 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage, 56,5 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci et 19,5 % une augmentation supérieure à 5 %.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

Graphique 10 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)

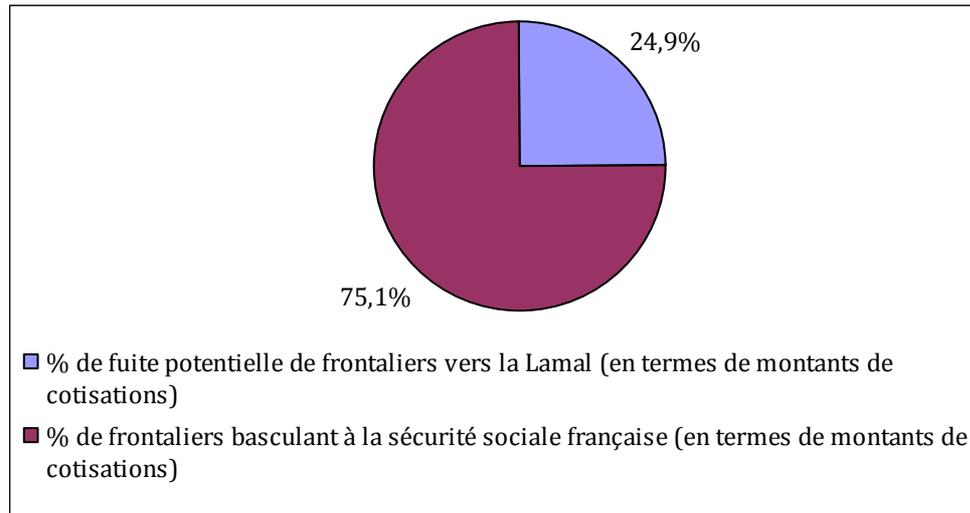


Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, 10,6 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Annexe 5

Graphique 11 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si les 10,6 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte d'environ 25 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau ci-dessous en résume les 4 principaux chiffres :

Tableau 33 : Gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	640	Recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	481
Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	403	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	269

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP

Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 640 millions d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 481 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 403 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 269 millions d'euros.

4.2. scénario 2 -B : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 11 %

Le scénario 2-B correspond à une simulation sur la base d'un dispositif remodelé selon les indications suivantes :

Tableau 34 : Données clefs du scénario 2-B

Assiette	Salaires, revenus professionnels ou montant des pensions ⁴⁴
Abattement forfaitaire sur l'assiette	0
Plafond sur l'assiette	Non
Taux	11 %

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 35 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	7,1 %
0-1000	4,6 %
1 000-2 000	14,7 %
2 000-5 000	47,9 %
5 000-10 000	19 %
>10 000	6,7 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, selon ce scénario, 7,1 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

- ♦ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée⁴⁵ ;

⁴⁴ Pour la détermination des salaires, revenus professionnels et montants des pensions, voir la partie 4.1 de la présente annexe.

Annexe 5

- ♦ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française.

Par ailleurs, un peu moins de 5 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 14,7 % de 1 000 à 2 000 €, 47,9 % de 2 000 à 5 000 €. Enfin, un quart environ de la population verrait sa cotisation croître de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 36 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée⁴⁶

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	7,1 %
<50 %	6,7 %
50-100 %	11,2 %
100-200 %	37,8 %
>200 %	37,2 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, si 7,1 % des frontaliers seulement verraient leur cotisation baisser, 75 % d'entre eux verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau ci-après en résume les résultats.

⁴⁵ La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

⁴⁶ Lecture du tableau : 7,1 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 6,7 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

Annexe 5

Tableau 37 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)⁴⁷

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	7,1 %
0-2 %	1,5 %
2-5 %	23,4 %
5-10 %	62 %
10-20 %	6 %
>20 %	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

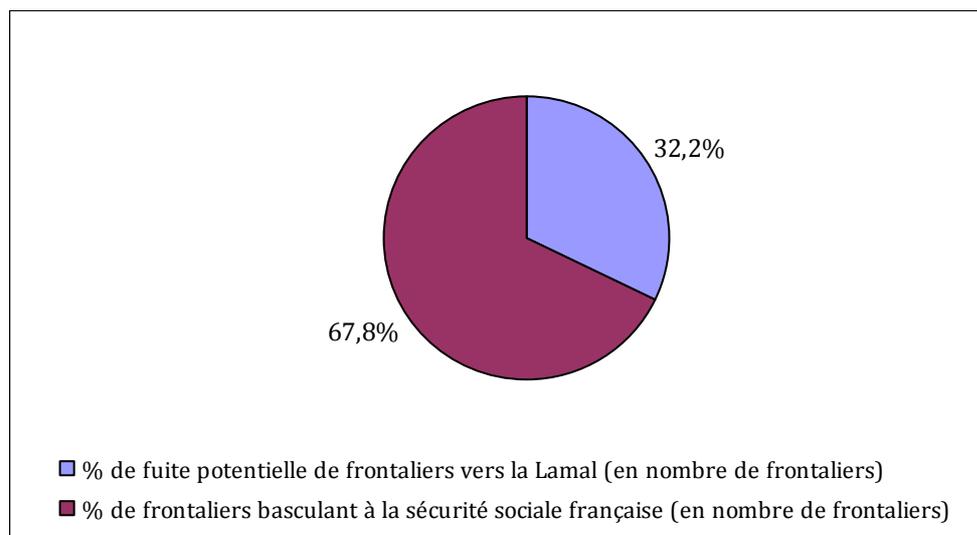
1,5 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage, 23,4 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci et 68 % une augmentation supérieure à 5 %.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

⁴⁷ Lecture du tableau : 1,5 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 23,4 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % de leur revenu fiscal de référence .

Annexe 5

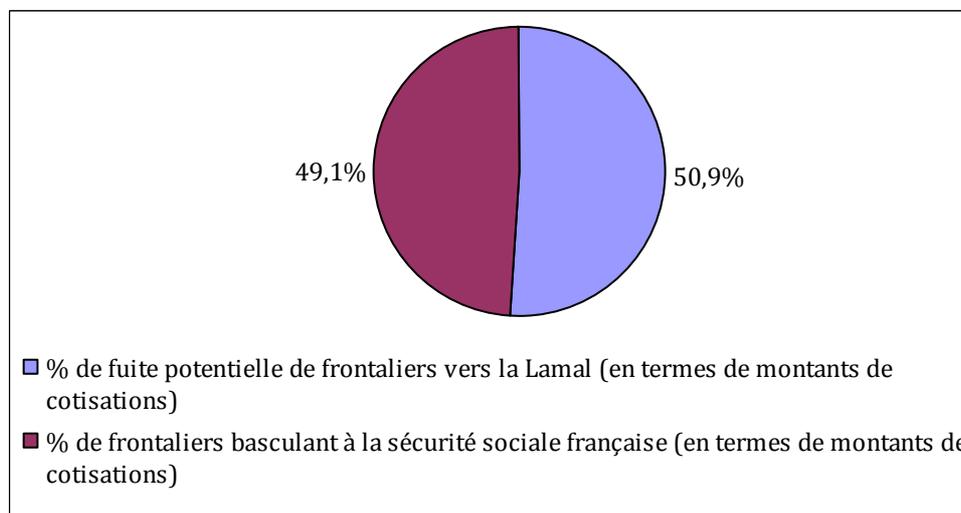
Graphique 12 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, plus de 30 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Graphique 13 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si les 32,2 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte d'environ 51 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau suivant en résume les 4 principaux chiffres.

Annexe 5

Tableau 38 : Gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	880	Recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	432
Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	643	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	271

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 880 millions d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 432 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 643 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 271 millions d'euros.

4.3. scénario 2 -C : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 8 % avec plafond

Le scénario 2-C correspond à une simulation sur la base d'un dispositif remodelé selon les indications suivantes :

Tableau 39 : Données clefs du scénario 2-C

Assiette	Salaires, revenus professionnels ou montant des pensions ⁴⁸
Abattement forfaitaire sur l'assiette	0
Plafond sur l'assiette	3 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (37 032 € x3) = 111 096
Taux	8 %

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau 40.

⁴⁸ Pour la détermination des salaires, revenus professionnels et montants des pensions, voir la partie 4.1 de la présente annexe.

Annexe 5

Tableau 40 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	9,8 %
0-1 000	18 %
1 000-2 000	29,9 %
2 000-5 000	32,5 %
5 000-10 000	9,8 %
>10 000	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, selon ce scénario, 9,8 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

- ◆ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée⁴⁹ ;
- ◆ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française.

Par ailleurs, 18 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 29,9 % de 1 000 à 2 000 €, 32,5 % de 2 000 à 5 000 € et un peu moins de 10 % de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau suivant.

⁴⁹ La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

Annexe 5

Tableau 41 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée⁵⁰

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	9,8 %
<50 %	20,6 %
50-100 %	25,5 %
100-200 %	28,1 %
>200 %	16 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, si 9,8 % seulement des frontaliers verraient leur cotisation baisser, un peu moins de 45 % d'entre eux verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau ci-dessous en résume les résultats :

Tableau 42 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)⁵¹

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	9,8 %
0-2 %	15 %
2-5 %	59,4 %
5-10 %	15,8 %

⁵⁰ Lecture du tableau : 9,8 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 20,6 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

⁵¹ Lecture du tableau : 15 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 59,4 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % de leur revenu fiscal de référence .

Annexe 5

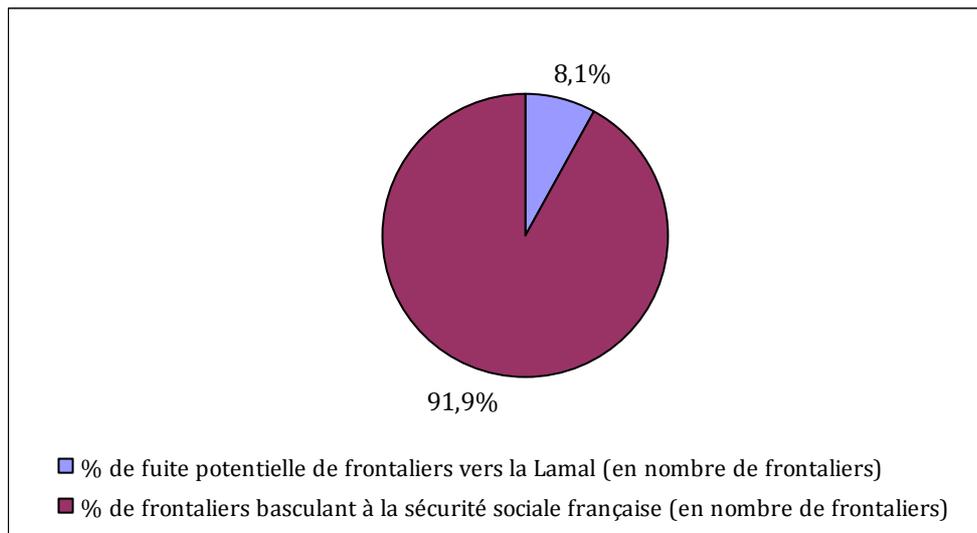
% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
10-20 %	0
>20 %	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

15 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage, 59,4 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci et 15,8 % une augmentation supérieure à 5 %.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

Graphique 14 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)

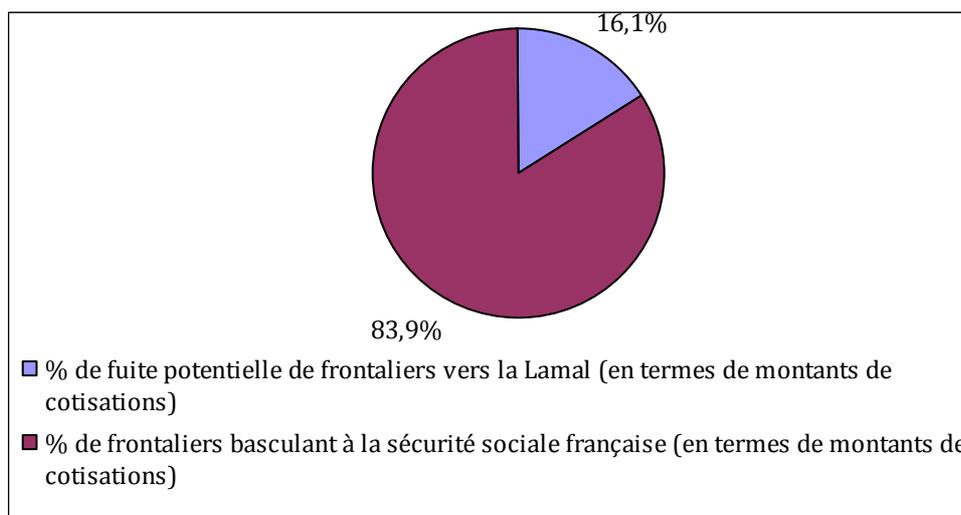


Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, 8,1 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Annexe 5

Graphique 15 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si les 8,1 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte d'environ 16 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau ci-dessous en résume les 4 principaux chiffres :

Tableau 43 : Gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	602	recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	506
Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	366	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	288

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 602 millions d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 506 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 366 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 288 millions d'euros.

4.4. scénario 2-D : dispositif remodelé avec taux de prélèvement global à 14,25 %

Le scénario 2-D correspond à une simulation sur la base d'un dispositif remodelé selon les indications suivantes :

Tableau 44 : Données clefs du scénario 2-D

Assiette	Salaires, revenus professionnels ou montant des pensions ⁵²
Abattement forfaitaire sur l'assiette	0
Plafond sur l'assiette	Non
Taux	14,25 %

Dans un premier temps, il a été établi un chiffrage du niveau de hausse ou de baisse de la cotisation, estimé sur la base des modalités du scénario précisées ci-dessus, par catégorie de frontaliers. Il en résulte les résultats agrégés suivants, présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 45 : Répartition des frontaliers selon le montant de la différence entre leur nouvelle cotisation et la cotisation moyenne actuellement payée auprès de leur assurance privée

Montant de la différence en €	% de la population frontalière concernée
<0	1,4 %
0-1 000	5,2 %
1 000-2 000	9,6 %
2 000-5 000	38,8 %
5 000-10 000	30,4 %
>10 000	14,6 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, selon ce scénario, seulement 1,4 % des frontaliers connaîtraient une baisse du montant de leur cotisation par rapport au montant moyen de celle qu'ils versent actuellement, dans le cadre de leur contrat d'assurance privée. A ce titre, il convient toutefois de préciser que :

- ♦ le calcul vaut pour l'ensemble de la population susceptible de relever du droit d'option et non pas seulement de la partie de celle qui est assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance privée⁵³ ;

⁵² Pour la détermination des salaires, revenus professionnels et montants des pensions, voir la partie 4.1 de la présente annexe.

Annexe 5

- ◆ dans ces conditions, il ne peut donc être exclu que les frontaliers qui relèvent de la catégorie des frontaliers susceptibles de connaître une baisse de cotisations, soient déjà, en grande partie, affiliés à la sécurité sociale française.

Par ailleurs, 5,2 % des frontaliers connaîtraient une hausse de moins de 1 000 € de leur cotisation dans le cadre de ce scénario, 9,6 % de 1 000 à 2 000 €, 38,8 % de 2 000 à 5 000 €. 45 % de la population verrait enfin sa cotisation croître de plus de 5 000 €.

Ensuite la mission a chiffré le pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation, selon les modalités du présent scénario, par rapport au montant moyen de la cotisation actuellement versé dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé. La répartition de la population frontalière selon le pourcentage de hausse donne les résultats suivants, tels que résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 46 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au montant moyen de la cotisation d'assurance privée⁵⁴

% de hausse du montant de la nouvelle cotisation	% de la population frontalière concernée
<0	1,4 %
<50 %	7,1 %
50-100 %	5,7 %
100-200 %	26,4 %
>200 %	59,4 %
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Ainsi, si seulement 1,4 % des frontaliers verraient leur cotisation baisser, plus de 85 % d'entre eux verraient celle-ci augmenter d'au moins 100 % par rapport au montant actuellement payé.

En ce qui concerne l'évaluation du niveau de hausse des cotisations selon les modalités du présent scénario, la mission a mesuré l'impact de celle-ci au regard du revenu fiscal de référence annuel du foyer. Le tableau suivant en résume les résultats.

⁵³ La mission ne disposait pas, en effet, de données de revenus propres aux personnes frontalières assurées dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé.

⁵⁴ Lecture du tableau : 1,4 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 7,1 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de moins de 50 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

Annexe 5

Tableau 47 : Répartition des frontaliers selon le niveau de hausse du montant de la nouvelle cotisation par rapport au revenu fiscal de référence (RFR)⁵⁵

% de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR	% de la population frontalière concernée
<0	1,4 %
0-2 %	5,2 %
2-5 %	4,8 %
5-10 %	43,9 %
10-20 %	44,7 %
>20 %	0
Total	100 %

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

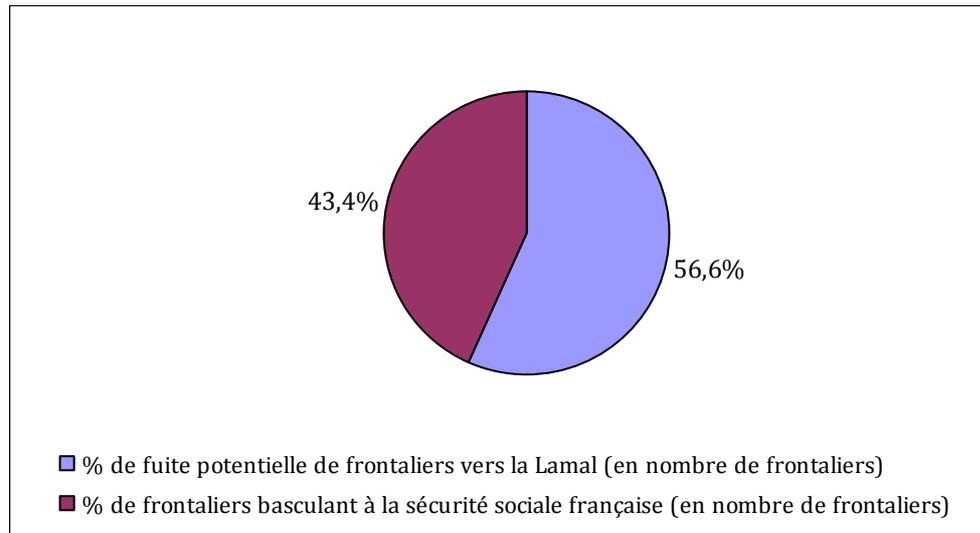
5,2 % des frontaliers verraient ainsi leur cotisation subir une hausse représentant moins de 2 % du revenu fiscal de référence annuel de leur ménage, 4,8 % une hausse comprise entre 2 et 5 % de celui-ci et 85 % une augmentation supérieure à 5 %.

Par ailleurs, la mission a mesuré, selon les paramètres mentionnés dans la partie 2.2 de la présente annexe, le niveau de fuite des frontaliers vers le système suisse d'assurance santé LAMal. Ce niveau a été mesuré en nombre de frontaliers et en pourcentage de montants de cotisations.

⁵⁵ Lecture du tableau : 5,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 0 à 2 % de leur revenu fiscal de référence ; 4,8 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % de leur revenu fiscal de référence .

Annexe 5

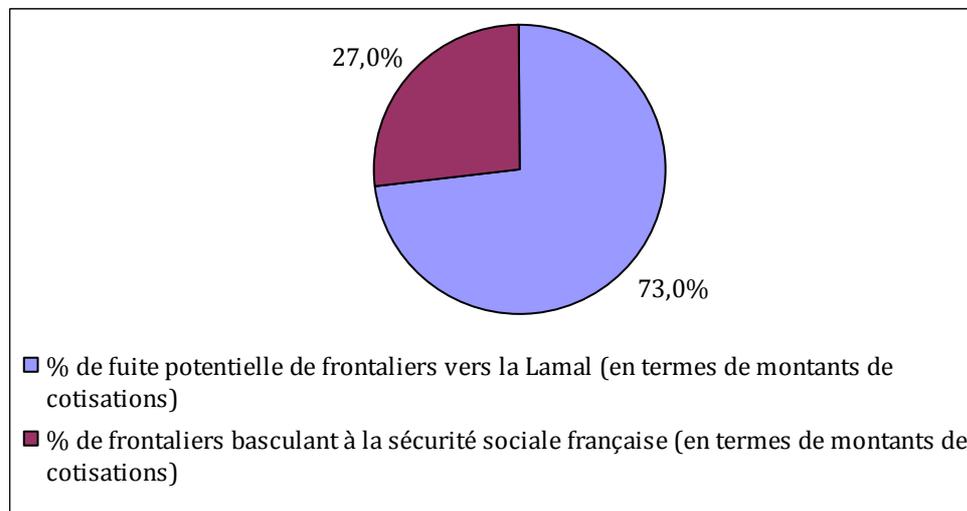
Graphique 16 : Pourcentage de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal (en nombre de frontaliers)



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Selon les modalités du présent scénario, plus de 50 % des frontaliers actuellement affiliés dans le cadre d'un contrat privé auraient intérêt, au regard du seul montant des cotisations respectivement dues dans chacun des deux systèmes, à ne pas être affiliés à la Sécurité sociale française mais à rejoindre le système LAMal.

Graphique 17 : Perte de cotisations du fait du taux de fuite potentielle des frontaliers vers la LAMal



Source : calculs de la mission à partir des données DGFIP

Si les 56,6 % des frontaliers évoqués ci-dessus rejoignaient le système LAMal, cela induirait une perte d'environ 73 % du montant total des cotisations que la Sécurité sociale française pourrait prétendre si l'ensemble de la population frontalière basculait dans le système français.

Enfin, la mission a chiffré l'impact budgétaire pour les finances de la Sécurité sociale du présent scénario. Le tableau 48 en résume les 4 principaux chiffres.

Annexe 5

Tableau 48 : Gain brut et net pour l'État de la réforme selon la prise en compte ou non du taux de fuite potentielle vers le système suisse (en M€)

Sans prendre en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal		En prenant en compte le taux de fuite potentielle vers la LAMal	
Recettes brutes correspondant au montant total annuel des cotisations perçues	1 140	Recettes brutes en tenant compte du taux de fuite vers la LAMal	307
Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	903	Recettes nettes, une fois les dépenses de santé décomptées	205

Source : calculs de la mission à partir des données DGFIP

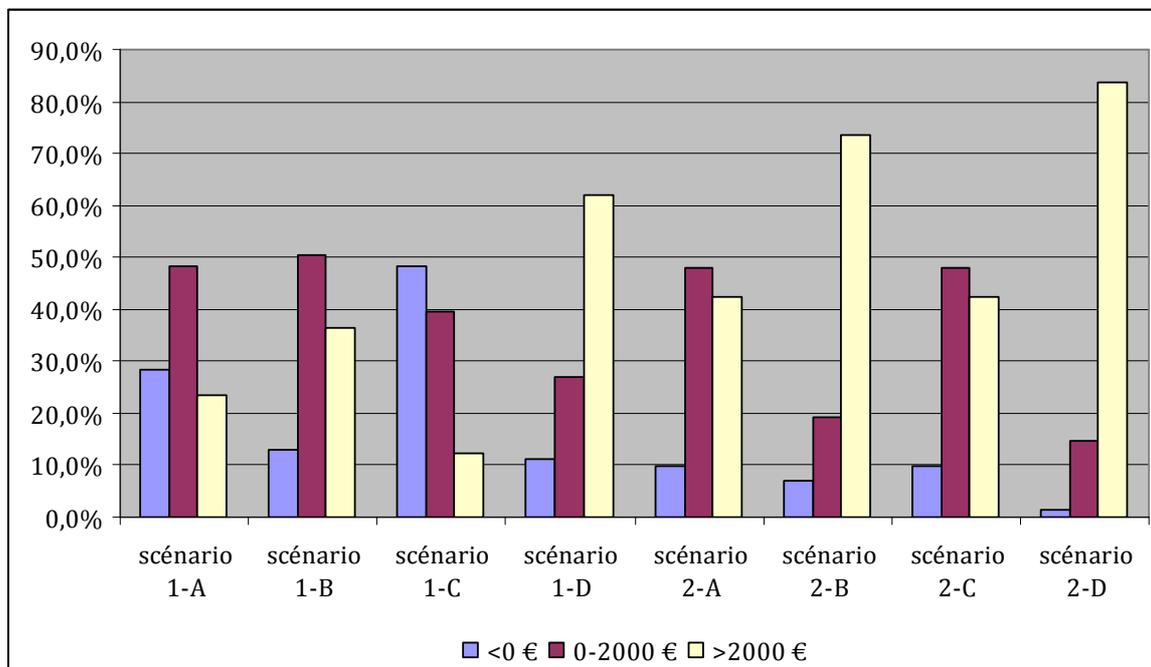
Si la totalité des frontaliers, actuellement assurés dans le cadre d'un contrat privé d'assurance santé basculaient à la Sécurité sociale française, l'État pourrait prétendre à un montant total de recettes de 1,14 milliards d'euros. S'il est tenu compte du pourcentage de frontaliers susceptibles de basculer à la LAMal, les recettes brutes ne s'élèveraient plus qu'à 307 millions d'euros.

Une fois déduit le montant total annuel des dépenses de santé que la Sécurité sociale aurait à supporter du fait du basculement de ces nouveaux frontaliers dans son régime, le gain net pour ses finances serait de l'ordre de 903 millions d'euros. En tenant compte du risque de fuite vers le système LAMal, le gain net ne serait plus que de 205 millions d'euros.

5. Comparaison entre tous les scénarios

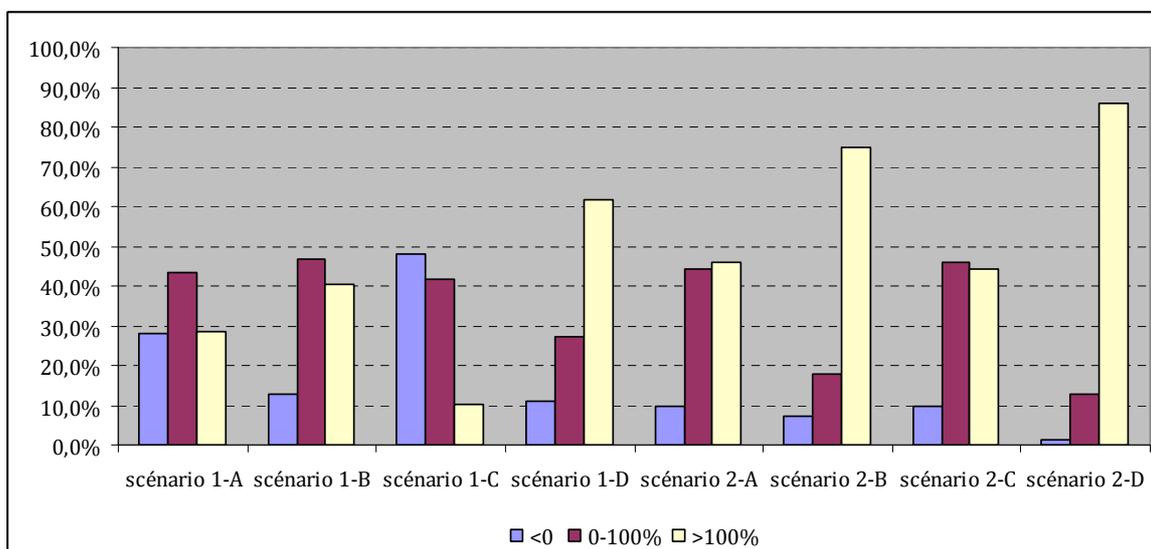
Les 3 tableaux ci-dessous présentent la comparaison entre les 8 scénarios différents analysés sur le plan du niveau de hausse de la cotisation :

Graphique 18 : Comparaison du niveau de hausse de la cotisation selon les 8 scénarios analysés



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Graphique 19 : Comparaison du pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation par rapport à la cotisation actuelle selon les 8 scénarios analysés⁵⁶

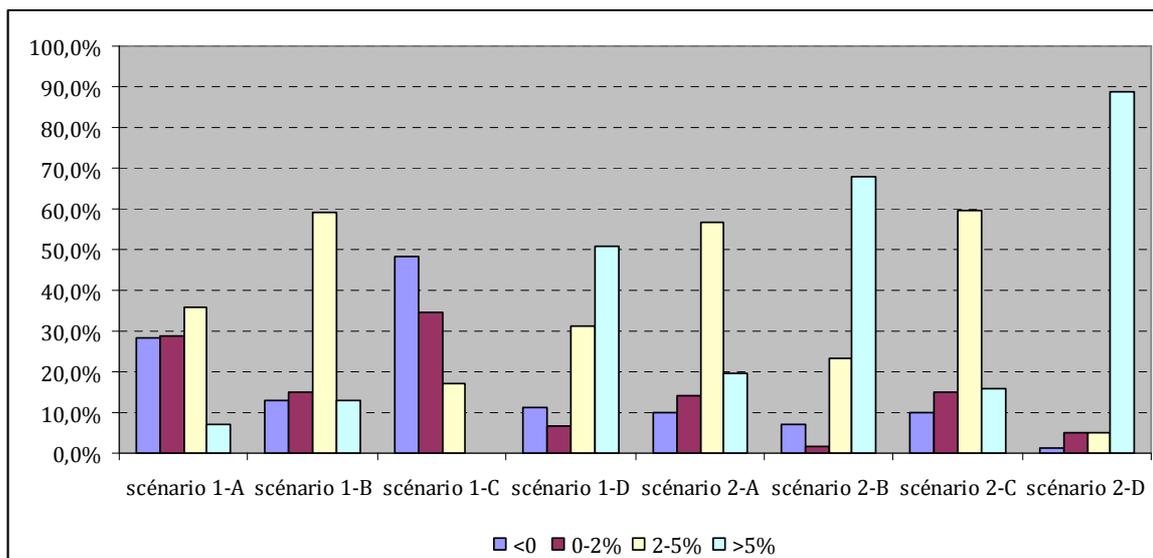


Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

⁵⁶ Lecture du graphique : dans le cadre du scénario 1-A, 28,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 43,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse comprise entre 0 et 100 % du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée ; 28,6 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse supérieure à 100 % (c'est-à-dire au moins un doublement) du montant de leur cotisation au regard du montant moyen actuellement payé dans le cadre de leur contrat d'assurance privée.

Annexe 5

Graphique 20 : Comparaison du pourcentage de hausse de la nouvelle cotisation par rapport au RFR⁵⁷ du foyer fiscal selon les 8 scénarios analysés⁵⁸



Source : calculs de la mission à partir des données DGFIP

Le tableau suivant ainsi que le graphique permettent une comparaison rapide entre les 8 scénarios analysés sur le plan des gains nets pour l'État sur un plan budgétaire :

Tableau 49 : Comparaison des taux de fuite vers la LAMal et des gains nets selon les 8 scénarios analysés

	Assiette du scénario	Taux du scénario	Taux de fuite vers la LAMal (en nombre de frontaliers)	Taux de fuite vers la LAMal (en montants de cotisations)	Gain net hors prise en compte du taux de fuite vers la LAMal (en M€)	Gain net avec prise en compte du taux de fuite vers la LAMal (en M€)
Scénario 1-A	RFR avec abattement de 9356 €	8 %	9,9 %	26,0 %	252	148
Scénario 1-B	RFR sans abattement	8 %	10,2 %	24,0 %	357	238
Scénario 1-C	RFR avec abattement de 9356 €	6 %	4,0 %	11,4 %	130	97
Scénario 1-D	RFR avec abattement de 9356 €	13,50 %	29,6 %	53,0 %	588	221

⁵⁷ Revenu fiscal de référence annuel.

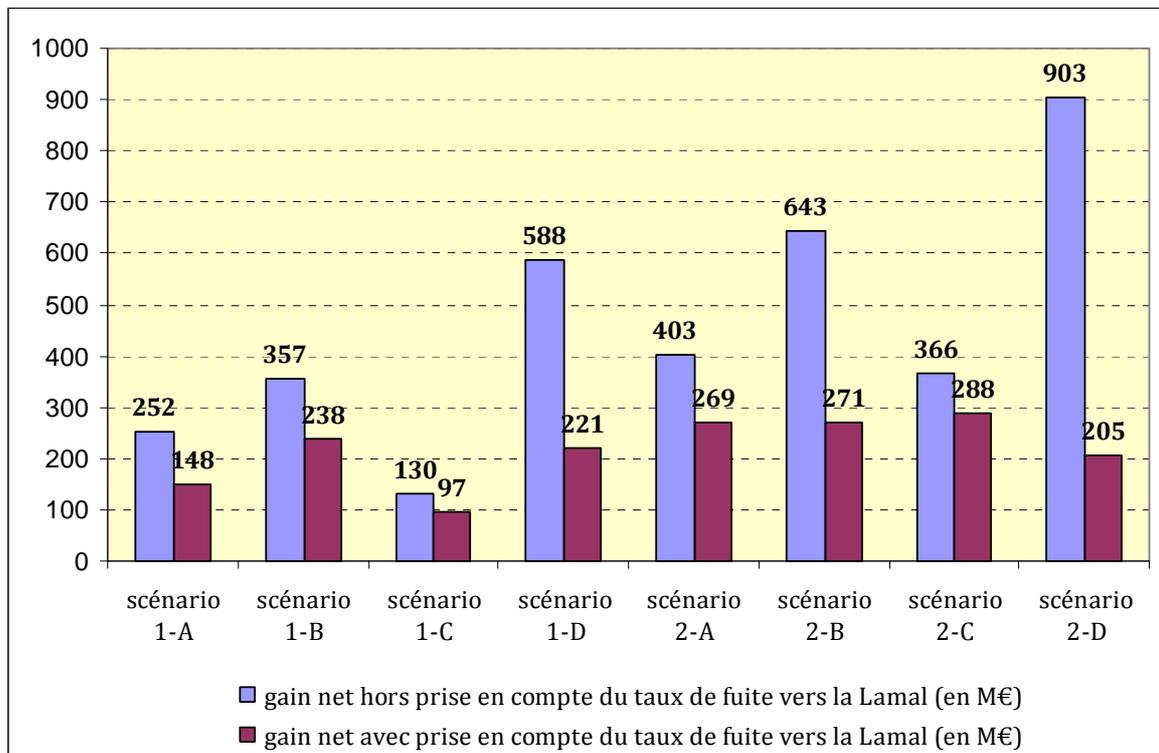
⁵⁸ Lecture du graphique : dans le cadre du scénario 1-A, 28,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une baisse de leur cotisation ; 28,9 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant entre 0 et 2 % du revenu fiscal de référence de leur foyer ; 35,7 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant 2 à 5 % du revenu fiscal de référence de leur foyer ; 7,2 % des frontaliers concernés par la réforme connaîtront une hausse de leur cotisation, cette hausse représentant plus de 5 % du revenu fiscal de référence de leur foyer.

Annexe 5

	Assiette du scénario	Taux du scénario	Taux de fuite vers la LAMal (en nombre de frontaliers)	Taux de fuite vers la LAMal (en montants de cotisations)	Gain net hors prise en compte du taux de fuite vers la LAMal (en M€)	Gain net avec prise en compte du taux de fuite vers la LAMal (en M€)
Scénario 2-A	Revenus d'activité	8 %	10,6 %	24,9 %	403	269
Scénario 2-B	Revenus d'activité	11 %	32,2 %	50,9 %	643	271
Scénario 2-C	Revenus d'activité avec plafond	8 %	8,1 %	16,1 %	366	288
Scénario 2-D	Revenus d'activité	14,25 %	56,6 %	73,0 %	903	205

Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

Graphique 21 : Comparaison des gains nets pour l'État selon les 8 scénarios analysés



Source : Calculs de la mission à partir des données DGFIP.

ANNEXE 6

Questions fiscales spécifiques à la population frontalière

SOMMAIRE

1. LA NOTION DE FRONTALIER AU SENS FISCAL NE COÏNCIDE PAS COMPLÈTEMENT AVEC LA DÉFINITION DU FRONTALIER AU SENS DU DROIT COMMUNAUTAIRE RELATIF À LA COORDINATION DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	1
2. MÊME S'ILS NE SONT PAS AU FINAL IMPOSÉS EN FRANCE, LA TRÈS GRANDE MAJORITÉ DES FRONTALIERS SONT TENUS DE DÉCLARER L'ENSEMBLE DE LEURS REVENUS AUPRÈS DE L'ADMINISTRATION FISCALE FRANÇAISE.....	2
2.1. La très grande majorité des frontaliers, entendus au sens du droit communautaire relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, disposent, selon les normes du droit fiscal interne, de leur domicile fiscal en France	2
2.2. Malgré un domicile fiscal établi en France selon le droit fiscal interne, les frontaliers peuvent ne pas être soumis en définitive à l'impôt sur le revenu en France	3
2.3. Quel que soit leur lieu d'imposition au final, les frontaliers sont tenus de déclarer l'ensemble de leurs revenus en France.....	4
3. SI L'ADMINISTRATION FISCALE FRANÇAISE DISPOSE D'UN CADRE LUI PERMETTANT DE CONNAÎTRE LES REVENUS DES FRONTALIERS, LE DISPOSITIF ACTUELLEMENT EN PLACE COMPORTE NÉANMOINS DES FAIBLESSES.....	6

1. La notion de frontalier au sens fiscal ne coïncide pas complètement avec la définition du frontalier au sens du droit communautaire relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale

Au sens du droit communautaire relatif à la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale, et plus précisément selon l'article premier du règlement communautaire n°883/2004, le travailleur frontalier désigne « *toute personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre et qui réside dans un autre État membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine* ».

Il en résulte que :

- ◆ la notion de frontalier n'est pas liée à la nationalité : elle peut s'appliquer aussi bien aux Français qu'aux Suisses travaillant sur le territoire helvétique et résidant en France ; compte tenu du coût global de la vie en Suisse, en particulier du coût de l'immobilier, les Suisses choisissant de résider en France tout en continuant à travailler dans un des cantons suisses n'est ainsi pas rare en pratique ; la notion peut aussi s'appliquer à toutes autres personnes d'une autre nationalité qui travaille d'un côté de la frontière et réside de l'autre côté ;
- ◆ la notion de frontalier n'est pas liée à la notion de frontière ou d'une quelconque distance entre celle-ci et le lieu de travail ou de résidence ; c'est la raison pour laquelle un certain nombre non négligeable de personnes résidant en région parisienne et travaillant en Suisse entrent dans la catégorie des frontaliers¹ ;
- ◆ toute personne exerçant une activité professionnelle en Suisse, quel que soit son statut de salarié, commerçant, artisan, profession libérale, exploitant agricole, gérant de société, peut être comprise dans la catégorie de frontaliers ;
- ◆ le retour quotidien sur le territoire français n'est pas indispensable pour relever de la catégorie de frontaliers, si le retour a lieu au moins une fois par semaine ; un frontalier, au sens du droit communautaire, peut donc ainsi séjourner l'essentiel de son temps sur le territoire de son pays d'emploi (par exemple 5 jours par semaine) s'il rentre au moins une fois par semaine sur le territoire de son pays de résidence (en pratique durant les weekends).

La notion de frontalier tel qu'exposé ci-dessus et correspondant à la définition du droit communautaire applicable en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale n'a pas d'effet dans le droit fiscal français.

En matière fiscale, la notion de frontalier, au cas d'espèce frontalier franco-suisse, se fonde uniquement sur certains accords bilatéraux signés entre la Confédération Suisse, d'une part, et la République française, d'autre part.

Précisément, deux accords évoquent en particulier la notion de frontalier.

- ◆ d'une part, l'accord entre le gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse relatif à l'imposition des rémunérations des travailleurs frontaliers, signé le 11 avril 1983.

Cet accord, applicable seulement dans 8 des 26 cantons de la Suisse, désigne, sous l'expression de « *travailleur frontalier* » « *toute personne résidente d'un État qui exerce une activité salariée dans l'autre État chez un employeur établi dans cet autre État et qui retourne, en règle générale, chaque jour dans l'État dont elle est le résident* ».

¹ De l'ordre de 500 personnes en 2012. Selon les estimations de la mission, établies à partir des données de l'Office fédéral de la statistique suisse et de l'Insee.

Il en résulte que la notion se cantonne ici aux salariés et non pas à l'ensemble des personnes exerçant une activité professionnelle en Suisse. Ensuite, sur la notion d'un retour « *en règle générale, chaque jour dans l'État* » de résidence, il a été précisé que le travailleur est autorisé à passer un certain nombre de nuitées dans le pays d'emploi mais qu'en tout état de cause, un plafond de 45 nuitées passées hors de l'État de résidence devait être respecté. En d'autres termes, pour relever de la catégorie de travailleur frontalier au sens de cet accord, la personne ne doit pas passer plus de 45 nuitées en dehors de son domicile fixé dans son pays de résidence, c'est-à-dire 45 nuitées dans son pays d'emploi ou un pays tiers ;

- ◆ d'autre part, l'accord particulier franco-suisse du 29 janvier 1973, applicable pour la Suisse dans le seul canton de Genève.

Cet accord prévoit le versement d'une compensation financière annuelle par les autorités publiques du seul canton de Genève au profit des collectivités locales françaises des deux seuls départements de l'Ain et de la Haute-Savoie au titre des « frontaliers » travaillant à Genève.

Précisément, la notion de « frontalier » désigne les habitants des départements de l'Ain et de la Haute-Savoie travaillant à Genève.

2. Même s'ils ne sont pas au final imposés en France, la très grande majorité des frontaliers sont tenus de déclarer l'ensemble de leurs revenus auprès de l'administration fiscale française

2.1. La très grande majorité des frontaliers, entendus au sens du droit communautaire relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, disposent, selon les normes du droit fiscal interne, de leur domicile fiscal en France

L'article 4 B du code général des impôts précise que « *sont considérées comme ayant leur domicile fiscal en France [...] : a. les personnes qui ont en France leur foyer ou le lieu de leur séjour principal ; b. celles qui exercent en France une activité professionnelle, salariée ou non, à moins qu'elles ne justifient que cette activité y est exercée à titre accessoire ; c. celles qui ont en France le centre de leurs intérêts économiques. Sont également considérés comme ayant leur domicile fiscal en France les agents de l'État qui exercent leurs fonctions ou sont chargés de mission dans un pays étranger et qui ne sont pas soumis dans ce pays à un impôt personnel sur l'ensemble de leurs revenus* ».

La notion de domicile fiscal en France s'apprécie ainsi sur la base de l'ensemble de ces critères, un seul d'entre eux étant suffisant pour situer le domicile fiscal en France.

En ce qui concerne le premier d'entre eux, c'est-à-dire celui relatif au « *foyer ou au lieu de séjour principal* », il convient de comprendre celui-ci ainsi :

- ◆ l'élément principal à prendre en considération est le lieu d'implantation du foyer, c'est-à-dire le lieu où le contribuable ou sa famille (conjoint et enfants) habite normalement, c'est-à-dire le lieu de résidence habituelle ;
- ◆ ensuite, à titre subsidiaire, il convient de prendre en compte le lieu du séjour principal ; en règle générale, doivent être considérés comme ayant en France le lieu de leur séjour principal les contribuables qui y séjournent pendant plus de six mois au cours d'une année donnée (au moins 183 jours par an) ; toutefois, cette durée de séjour de plus de six mois au cours d'une même année ne constitue pas un critère absolu ; le Conseil d'État s'est déjà ainsi abstenu de se référer à ce critère lorsque les circonstances de fait donnaient à penser que le contribuable avait bien en France son lieu de séjour principal.

Annexe 6

En pratique, la notion de frontalier, au sens du droit communautaire en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, coïncidera très généralement avec celle de domicilié fiscal en France :

- ◆ un travailleur exerçant une activité professionnelle en Suisse et rentrant quotidiennement le soir en France sera considéré comme domicilié fiscalement en France dans la mesure où il y passe plus de la moitié de ses nuitées ;
- ◆ un travailleur exerçant une activité professionnelle en Suisse et rentrant seulement à la fin de sa semaine de travail en France sera néanmoins considéré comme ayant son domicile fiscal en France s'il y a établi son foyer, c'est-à-dire que son conjoint et/ou ses enfants à charge y résident habituellement ;
- ◆ en revanche, dans l'hypothèse d'un travailleur célibataire exerçant une activité en Suisse et rentrant seulement une fois par semaine en France, la question de son domicile fiscal en France pourrait être posée dans la mesure où il ne séjourne pas au moins 183 jours sur le territoire français. Toutefois, comme il a été souligné, la durée de séjour n'est pas absolue et doit s'apprécier au vu d'un ensemble d'éléments, tel que le lieu de son attachement principal.

En conséquence, sous réserve éventuelle de quelques cas très spécifiques, la très grande majorité des frontaliers, entendus au sens du droit communautaire relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale, disposent de leur domicile fiscal en France selon le droit fiscal interne.

Dans ces conditions, et conformément aux dispositions de l'article 4 A du code général des impôts, ces frontaliers devraient ainsi être passibles de l'impôt sur l'ensemble de leurs revenus français et suisses : « *les personnes qui ont en France leur domicile fiscal sont passibles de l'impôt sur le revenu en raison de l'ensemble de leurs revenus. Celles dont le domicile fiscal est situé hors de France sont passibles de cet impôt en raison de leurs seuls revenus de source française* ».

Toutefois, ces dispositions de droit fiscal interne ne s'appliquent elles-mêmes que sous réserve des conventions internationales signées par la France, conventions qui revêtent, par principe, une valeur juridique supérieure.

2.2. Malgré un domicile fiscal établi en France selon le droit fiscal interne, les frontaliers peuvent ne pas être soumis en définitive à l'impôt sur le revenu en France

En vue d'éviter les doubles impositions en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune, la Confédération Suisse et la République française ont signé, le 9 septembre 1966, une convention fiscale, modifiée ensuite par les avenants du 3 décembre 1969, du 22 juillet 1997 et du 27 août 2009.

Selon l'article premier de cette convention, celle-ci s'applique aux personnes qui sont des résidents de l'un des deux États contractants ou de chacun de ces États. D'après les dispositions de l'article 4, une personne est considérée comme « *résident d'un État contractant* » lorsque, en vertu de la législation dudit État, elle se trouve assujettie à l'impôt dans cet État, à raison de son domicile, de sa résidence, de son statut juridique, de son siège de direction ou de tout autre critère de nature analogue.

Cette convention a vocation à s'appliquer à l'ensemble des frontaliers franco-suisses en vue de régler les difficultés posées par les risques de double imposition des revenus, sous réserve toutefois des travailleurs salariés des 8 cantons suisses signataires de l'accord précité du 11 avril 1983.

Annexe 6

En pratique, il ressort de ces textes que les frontaliers seront tenus de payer leur impôt dans un des deux pays, la France ou la Suisse, selon les règles résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : lieu d'imposition du frontalier selon ses sources de revenus

sources de revenus du frontalier résidant en France		imposition en France	imposition en Suisse
salaires dans le secteur privé	pour un frontalier travaillant dans un des 8 cantons suivants : Berne, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Vaud, Valais, Neuchâtel, Jura ²	Oui	Non
	pour un frontalier travaillant dans un autre des 8 cantons suivants (Berne, Soleure, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Vaud, Valais, Neuchâtel, Jura) ³	Non	Oui
rémunération du fonctionnaire de nationalité suisse et employé par une administration ou un organisme public suisse ⁴		Non	Oui
pension versée par un organisme privé suisse		Oui	Non
pension versée par un organisme public suisse à un retraité de nationalité suisse		Non	Oui
revenus professionnels d'un commerçant ou artisan ou profession libérale installé seulement en Suisse		Non	Oui
revenus professionnels d'un gérant d'une société installée uniquement en Suisse		Non	Oui

Source : données DGFIP.

Ainsi, un salarié travaillant dans le canton de Genève et résidant en France est imposé sur le revenu, au titre de ses salaires, en Suisse. A l'inverse, un salarié travaillant dans le canton de Vaud et résidant en France est imposé sur le revenu, au titre de ses salaires, en France.

2.3. Quel que soit leur lieu d'imposition au final, les frontaliers sont tenus de déclarer l'ensemble de leurs revenus en France

Les frontaliers dont le domicile fiscal est établi en France, au vu des critères définis par les dispositions du code général des impôts, sont tenus de remplir, chaque année, une déclaration de revenus auprès de l'administration fiscale française. Ils sont tenus d'y reporter, non seulement leurs revenus d'origine française, mais également l'ensemble de leurs revenus d'origine étrangère, notamment suisses, et ce, quel que soit le lieu d'imposition au final de ces revenus déterminé selon les dispositions des conventions fiscales applicables.

En fait, deux cas de figure sont à envisager. Premièrement, lorsque la convention fiscale internationale attribue exclusivement à la France le droit d'imposer un revenu de source étrangère, l'État d'où provient le revenu ne peut l'imposer ; l'administration fiscale française l'impose comme s'il s'agissait d'un revenu perçu en France. C'est le cas par exemple des salaires perçus par les frontaliers travaillant dans un des huit cantons signataires de l'accord franco-suisse de 1983.

² Il s'agit des 8 cantons signataires de l'accord franco-suisse du 11 avril 1983.

³ Il s'agit des 18 des 26 cantons suisses non signataires de l'accord franco-suisse du 11 avril 1983 et donc soumis aux dispositions générales de la convention fiscale de 1966 signée entre la République française et la Confédération suisse.

⁴ S'il s'agit d'un organisme public se livrant à une activité industrielle ou commerciale, la dérogation applicable aux fonctionnaires de nationalité suisse ne joue plus, le lieu d'imposition redevenant la France.

Annexe 6

Secondement, lorsque la convention fiscale internationale prévoit l'imposition exclusive à l'étranger des revenus, un mécanisme de crédit d'impôt est instauré afin d'éliminer le risque de double imposition. C'est le cas notamment des salaires perçus par les frontaliers travaillant dans un des 18 des 26 cantons non signataires de l'accord de franco-suisse de 1983 (cas du canton de Genève par exemple).

Précisément, selon ce mécanisme, un crédit d'impôt, égal à l'impôt français calculé sur ces revenus de source étrangère, est accordé. Il a pour objectif d'annuler en France toute imposition due au titre de ces revenus de source étrangère en préservant la possibilité de tenir compte de ces revenus pour le calcul du taux moyen d'imposition applicable aux autres revenus du foyer fiscal. Il est à noter que le montant de ce crédit d'impôt est indépendant du montant de l'impôt acquitté à l'étranger. Que ce dernier soit supérieur ou inférieur à l'impôt français, le crédit d'impôt demeurera identique. Si l'impôt étranger est supérieur à l'impôt français strictement calculé sur les revenus, aucune imputation sur l'impôt au titre des autres revenus du foyer et aucun remboursement ne pourront être obtenus⁵.

Encadré 1 : Un exemple d'application du mécanisme de crédit d'impôt

Exemple : un célibataire salarié embauché dans une entreprise située dans le canton de Genève et rentrant chaque soir à son domicile en Haute-Savoie. Il perçoit un salaire annuel de 96 386 Francs suisses, soit 80 000 €. Par ailleurs il dispose de revenus fonciers provenant de la location de trois appartements dont il est propriétaire à Paris, soit 30 000 €.

Dans la mesure où il travaille, en qualité de salarié, dans un canton non signataire de l'accord franco-suisse de 1983, la convention fiscale de 1966 a vocation à s'appliquer. Selon les dispositions de cette dernière, le salaire suisse perçu par le frontalier doit être imposé en Suisse. Conformément à la législation en vigueur dans le canton de Genève, un prélèvement à la source sur le salaire sera organisé par l'administration fiscale de Genève.

Dans la mesure où la personne dispose de son domicile en France, elle est également tenue de remplir une déclaration annuelle d'impôt sur le revenu en France dans laquelle elle doit mentionner l'ensemble de ses ressources. Elle inscrira ainsi, sur sa déclaration française, le montant de son salaire suisse et le montant de ses revenus fonciers. Elle mentionnera seulement que ses revenus salariaux perçus correspondent à des revenus perçus à Genève.

Lors du calcul de son impôt par l'administration fiscale française, celle-ci procédera, dans un premier temps, au calcul de l'impôt selon les règles habituelles applicables en France :

Estimation du revenu fiscal de référence : montant des salaires, après abattement de 10 % correspondant au montant forfaitaire des frais professionnels, auquel on ajoute les revenus fonciers ; soit $(80\,000\text{ €} \times 0,90) + 30\,000\text{ €} = 102\,000\text{ €}$.

Selon le barème habituel, montant de l'impôt à acquitter : 28 462 €.

Ensuite, l'administration fiscale procède au calcul du crédit d'impôt ; celui-ci correspond à la part que représente le montant des salaires non imposables en France par rapport au total des revenus (soit $72\,000/102\,000$, soit 70,5 %) appliquée au montant théorique de l'impôt (ici 28 462 €) ; soit au cas d'espèce : $(72\,000/102\,000) \times 28\,462\text{ €} = 20\,091\text{ €}$. Le crédit d'impôt est de 20 091 €.

Finalement, le frontalier en question paiera un impôt de 8 371 € ($28\,462 - 20\,091$), auquel il conviendra ensuite de rajouter les montants de la CSG et CRDS sur les revenus du patrimoine non calculés ici.

Il en résulte donc bien que le montant de l'impôt tel que payé à la source en Suisse par le frontalier n'est pas pris en compte dans l'estimation du crédit d'impôt en France.

Source : Données DGFIP.

⁵ Ce mécanisme est régi par les dispositions de l'article 25 de la convention de 1966 signé entre la Suisse et la France. Il ne concerne toutefois pas les artistes et sportifs dont l'imposition des revenus est régi par les dispositions de l'article 19 de la même convention.

En définitive, quel que soit le lieu d'imposition au final des revenus perçus par les frontaliers, l'ensemble de ceux-ci, à quelques exceptions près, sont tenus de remplir une déclaration de revenus annuelle auprès de l'administration fiscale en France et d'y porter le montant de la totalité de leurs ressources.

3. Si l'administration fiscale française dispose d'un cadre lui permettant de connaître les revenus des frontaliers, le dispositif actuellement en place comporte néanmoins des faiblesses

Dans le cadre de la convention franco-suisse du 11 avril 1983, les revenus de source étrangère versés aux frontaliers résidant en France sont imposables en France.

En pratique, afin de prétendre à l'exonération de retenue à la source en Suisse, les frontaliers qui revendiquent le bénéfice du régime fiscal spécifique des travailleurs frontaliers sont soumis à une démarche en deux étapes :

- ◆ lors de leur première année dans l'emploi en Suisse, ils sont tenus de faire remplir une attestation de résidence fiscale française des travailleurs frontaliers franco-suisse par le service des impôts des particulier en France, dans le ressort duquel ils ont établi leur domicile ; lors de ce passage en bureau des impôts, les agents opèrent, selon les initiatives locales, un contrôle formel destiné à fiabiliser les bases de la domiciliation : questionnaire de mise à jour de la déclaration de taxe d'habitation, demande d'un justificatif de domicile, ou attestation sur l'honneur pour les parents hébergeant leur enfant, etc. ;
- ◆ à partir de la deuxième année dans l'emploi, les frontaliers reçoivent une attestation pré-remplie, sous réserve d'avoir joint à leur déclaration de revenus, un certificat de salaire⁶ délivré par leur employeur suisse ; il s'agit d'un document remis par tous les employeurs en fin d'année et servant aux administrations fiscales cantonales suisses ; il recense les éléments essentiels de la rémunération (avantages, charges).

Dans les cas non couverts par l'accord de 1983 précité, ce sont les dispositions de la convention franco-suisse du 9 septembre 1966 qu'il y a lieu d'appliquer.

En pratique, les frontaliers doivent indiquer chaque année, dans leur déclaration annuelle de revenus (formulaire n°2042), l'ensemble des revenus ouvrant droit à un crédit d'impôt égal au montant de l'impôt français correspondant. Ils sont par ailleurs tenus de joindre à la déclaration 2042, l'annexe n°2047 concernant spécifiquement les revenus encaissés à l'étranger par un contribuable domicilié en France. Dans le tableau de l'annexe concernant les salaires, le nom du pays où le revenu a été encaissé doit être indiqué.

Ainsi, l'administration fiscale dispose d'un cadre lui permettant de recueillir les données relatives aux revenus et différentes ressources des frontaliers travaillant en Suisse.

Toutefois, le service du contrôle fiscal de la direction générale des finances publiques de Bercy estime qu'en dehors de la démarche déclarative des particuliers, le recensement des personnes pouvant être domiciliées en France et ne s'étant pas fait connaître est soumis à une certaine complexité, compte tenu notamment de l'absence de moyens de recoupement automatisés de données et d'une assistance administrative internationale avec la Suisse très encadrée. Dans ces conditions, il serait important d'améliorer les moyens de recensement de la population frontalière. En particulier, il conviendrait d'exploiter les échanges d'informations conduits avec les administrations suisses dans le cadre de l'établissement des montants des compensations financières entre les deux pays.

⁶ Intitulée souvent « Lohnausweis ».

ANNEXE 7

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. ADMINISTRATIONS CENTRALES.....	1
1.1. Direction de la Sécurité sociale	1
1.2. Direction générale des finances publiques.....	1
1.2.1. <i>Service de la gestion fiscale</i>	1
1.2.2. <i>Service de la législation fiscale</i>	1
1.2.3. <i>Service du contrôle</i>	1
1.3. Direction générale du Trésor	1
1.4. Direction du Budget.....	1
1.5. Direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers.....	2
1.6. Direction générale de l'offre de soins	2
1.7. Délégation aux affaires européennes et internationales des ministères sociaux.....	2
2. ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE.....	2
2.1. CNAMTS	2
2.1.1. <i>Caisse nationale</i>	2
2.1.2. <i>CPAM du Doubs</i>	2
2.1.3. <i>CPAM du Haut-Rhin</i>	3
2.1.4. <i>CPAM de Haute-Savoie</i>	3
2.2. ACOSS.....	3
2.2.1. <i>Agence centrale</i>	3
2.2.2. <i>URSSAF de Haute-Savoie</i>	3

2.3. CNRSI.....	3
2.4. CCMSA.....	3
2.5. CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale).....	4
2.6. OFAS (Office Fédéral des Assurances Sociales, Suisse).....	4
3. ACTEURS DE LA SPHÈRE SANITAIRE.....	4
3.1. ARS de Franche-Comté	4
3.2. ARS de Rhône-Alpes.....	4
3.3. Centre hospitalier Alpes-Léman (CHAL).....	4
3.4. Canton de Genève.....	4
4. ASSOCIATIONS DE FRONTALIERS	4
4.1. Amicale des frontaliers.....	4
4.2. Comité de défense des travailleurs frontaliers (CDTF).....	5
4.3. Groupement transfrontalier européen (GTE).....	5
5. ACTEURS DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE PRIVÉE	5
5.1. Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA).....	5
5.2. Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).....	5
5.3. Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA).....	5
5.4. Mutuelle Muta Santé	5
5.5. Mutuelle La Frontalière	6
5.6. Courtiers	6
6. PARLEMENTAIRES ET AUTRES ÉLUS	6
6.1. Députés.....	6
6.2. Sénateurs.....	6
6.3. Autres élus	6
7. PRÉFECTURES ET SERVICES TERRITORIAUX DE L'ÉTAT	7
7.1. Préfectures.....	7
7.2. Services territoriaux de la DGFIP.....	7
7.2.1. DRFiP du Doubs.....	7
7.2.2. DDFiP du Haut-Rhin.....	7
7.2.3. DDFiP de Haute-Savoie.....	7

1. Administrations centrales

1.1. Direction de la Sécurité sociale

- Jonathan Bosredon, Adjoint au Directeur ;
- Arnaud Jullian, Sous-directeur de la 5^{ème} sous-direction (financement de la Sécurité sociale) ;
- François Brillanceau, Adjoint au chef de la DACI (Direction des affaires communautaires et internationales) ;
- Nicolas Hubert, Chef du bureau 5B (législation financière) ;
- Mélodie Simon, Rédactrice au sein du bureau 5B (législation financière).

1.2. Direction générale des finances publiques

1.2.1. Service de la gestion fiscale

- Maxime Gauthier, Chef du service de la gestion fiscale ;
- Catherine Brigant, Sous-directrice de la Sous-direction missions foncières, fiscalité du patrimoine et statistiques.

1.2.2. Service de la législation fiscale

- Edouard Marcus, Sous-directeur de la Sous-direction prospectives et relations internationales ;
- Carole Le Boursicaud, Adjointe au chef du bureau E1, Règles de fiscalité internationale, négociation et interprétation des conventions fiscales ; procédures amiables.

1.2.3. Service du contrôle

- Alexandre Gardette, Chef du service du contrôle fiscal ;
- Joëlle Massoni, Chef du bureau CF1, politique et animation du contrôle fiscal.

1.3. Direction générale du Trésor

- Anne Blondy-Touret, Chef du bureau marchés et produits d'assurance ;
- David Parlongue, Adjoint au chef du bureau marchés et produits d'assurance.

1.4. Direction du Budget

- Gautier Bailly, Sous-directeur de la 6^è sous-direction ;
- Thibaut Chagnas, Rédacteur au sein du bureau des comptes sociaux (6 BCS).

1.5. Direction des affaires juridiques des ministères économiques et financiers

- Julia Jimenez, Adjointe au chef du bureau du droit public général et constitutionnel ;
- Catherine Houdant, Adjointe au chef du bureau du droit européen et international.

1.6. Direction générale de l'offre de soins

- Samuel Pratmarty, Adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

1.7. Délégation aux affaires européennes et internationales des ministères sociaux

- Romann Datus, Chargé de mission santé communautaire ;
- Valérie Gervais, Conseillère pour les affaires sociales à Rome ;
- Jacques Simbsler, Conseiller pour les affaires sociales à Berlin.

2. Organismes de sécurité sociale

2.1. CNAMTS

2.1.1. Caisse nationale

- Frédéric Van Roekeghem, Directeur Général ;
- Sophie Martinon, Directrice de cabinet du Directeur Général ;
- Olivier de Cadeville, Directeur délégué aux opérations ;
- David Xardel, Responsable de la direction de l'organisation, de la relation clients et de la qualité (Direction déléguée aux opérations) ;
- Didier Laporte, Responsable du département de la réglementation (Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins) ;
- Christelle Gastaldi-Ménager, Responsable adjointe du département d'études sur les pathologies et les patients (Direction de la stratégie, des études et des statistiques) ;
- Amandine Lacroze, direction du réseau administratif ;
- Claude Lévy, département de la réglementation.

2.1.2. CPAM du Doubs

- Maxime Rouchon, Directeur ;
- Christine Faivre, responsable des agences de Morteau et Pontarlier ;
- Gaëlle Baillard, Sous-directrice régulation ;
- Patricia Lizan, Sous-directrice du service ;
- Catherine Couchez, Responsable du pôle solidarité/précarité.

2.1.3. CPAM du Haut-Rhin

- Jacques Laithier, Directeur adjoint ;
- Marie-Josèphe Gless, Responsable dossier client ;
- Eric Risser, Responsable CMU-AME-relations internationales ;
- Virginie Meister, Responsable adjoint service de lutte contre les fraudes ;
- Agnès Meyer, Responsable adjoint pôle réglementaire ;
- Michel Schneider, Responsable adjoint gestion papier des prestations en nature.

2.1.4. CPAM de Haute-Savoie

- Jacques Levando, Directeur ;
- Alain Chazaud, Directeur de la santé ;
- Brigitte Nanche, Responsable du pôle relations internationales.

2.2. ACOSS

2.2.1. Agence centrale

- Jean-Louis Rey, Directeur ;
- Jean-Marie Guerra, Directeur de la réglementation, du recouvrement et du service.

2.2.2. URSSAF de Haute-Savoie

- Anne Blaise-Mériaux, Directeur ;
- Elisabeth Gontard, Sous-directeur ;
- Brigitte Dufournet, Responsable du service gestion des comptes ;
- Florence Faure, Responsable du service recouvrement ;
- Pascale Fournier, Responsable du service ligne du public ;
- Dominique Golliet, Responsable d'unités gestion des comptes.

2.3. CNRSI

- Stéphanie Deschaume, Directrice de cabinet du Directeur Général ;
- Franceline Féry, Directrice adjointe de la réglementation et des affaires juridiques ;
- Anne-Sophie Fauret, Chargée d'études juridiques, direction de la réglementation et des affaires juridiques.

2.4. CCMISA

- Philippe Mériquet, Responsable du département maladie / accidents du travail

2.5. CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale)

- Emmanuelle Eldar, Directrice des affaires juridiques

2.6. OFAS (Office Fédéral des Assurances Sociales, Suisse)

- Stephan Cueni, Vice-directeur, chef du domaine « affaires internationales » ;
- Xavier Rossmann, juriste ;
- Lionel Tauxe, collaborateur scientifique.

3. Acteurs de la sphère sanitaire

3.1. ARS de Franche-Comté

- Caroline Guillin, chargée de mission au sein de la direction de l'observation, du pilotage, des statistiques et de l'évaluation

3.2. ARS de Rhône-Alpes

- Pascale Roy, chargée de mission relations transfrontalières au sein de la direction déléguée méthode et organisation (DDMO)

3.3. Centre hospitalier Alpes-Léman (CHAL)

- Bruno Vincent, Directeur ;
- Vincent Pégeot, Directeur adjoint, Directeur des finances et du contrôle de gestion.

3.4. Canton de Genève

- Adrien Bron, Directeur Général de la santé

4. Associations de frontaliers

4.1. Amicale des frontaliers

- Alain Marguet, Président ;
- Michel Rivière, Vice-président, Président du Guichet d'Informations Généralistes (GIG) de Villers-le-Lac ;
- Valérie Pagnot, Juriste de l'Amicale des frontaliers, collectif « frontaliers ou bien ».

4.2. Comité de défense des travailleurs frontaliers (CDTF)

- Jean-Luc Johaneck, Président ;
- Christine Saubois, Secrétaire Générale.

4.3. Groupement transfrontalier européen (GTE)

- Michel Charrat, Président ;
- Jacques Delque, Vice-Président ;
- Guylaine Riondel-Besson, Juriste, Directrice des services accueil, juridique et social ;
- Michel Bertomeu, Membre du Bureau directeur.

5. Acteurs du marché de l'assurance privée

5.1. Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)

- Alain Rouché, Directeur santé, Direction des assurances de personnes, FFSA ;
- Eric Audrain, Pacifica ;
- Philippe Drapier, SwissLife ;
- Jean-Luc Lazarus, ACM (assurances du crédit mutuel) ;
- Olivier Leclerc, Axa ;
- Bertrand Manien, MMA (mutuelles du Mans assurances) ;
- Audrey Fournié, FFSA.

5.2. Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

- Philippe Braghini, Directeur délégué de la FNMF ;
- Laetitia Cesari, juriste FNMF ;
- Nathalie Collignon-Barlagne, juriste FNMF ;
- Lionel Choukroun, Directeur de la Caisse de Prévoyance Mulhousienne ;
- Laetitia Mariaccia, Directrice de la mutuelle Sorual (Solidarité rurale et urbaine d'Alsace) ;
- Eric Marchand, Directeur production Adrea Sud-est ;
- Hubert Martin, Directeur développement Adrea Est.

5.3. Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA)

- Sophie Cremiere-Bouxin, chargée d'études juridiques

5.4. Mutuelle Muta Santé

- Stéphane Demuth, Directeur

5.5. Mutuelle La Frontalière

- Michel Morel, Vice-Président de la mutuelle ;
- Christelle Billod, Fondé de pouvoir.

5.6. Courtiers

- Jean-Paul Babey, Président du syndicat national des courtiers grossistes, Président d'Alptis Assurances SAS ;
- Gilles Lamarque, Anthenor Public Affairs.

6. Parlementaires et autres élus

6.1. Députés

- Bernard Accoyer, Député de la Haute-Savoie ;
- Etienne Blanc, Député de l'Ain ;
- Marie-Christine Dalloz, Députée du Jura ;
- Virginie Duby-Muller, Députée de Haute-Savoie ;
- Marc Francina, Député de Haute-Savoie ;
- Annie Genevard, Députée du Doubs ;
- Arlette Grosskost, Députée du Haut-Rhin ;
- Antoine Herth, Député du Bas-Rhin ;
- Jean Luc Reitzer, Député du Haut-Rhin ;
- Martial Saddier, Député de Haute-Savoie ;
- Claudine Schmid, Députée des français de Suisse et du Liechtenstein.

6.2. Sénateurs

- Gérard Bailly, Sénateur du Jura ;
- Jacques Berthou, Sénateur de l'Ain ;
- Martial Bourquin, Sénateur du Doubs ;
- Claude Jeannerot, Sénateur du Doubs ;
- Patricia Schillinger, Sénatrice du Haut-Rhin.

6.3. Autres élus

- Marie-Guite Dufay, Présidente du Conseil régional de Franche-Comté

7. Préfectures et services territoriaux de l'Etat

7.1. Préfectures

- Georges-François Leclerc, Préfet de Haute-Savoie ;
- Pierre Molager, Sous-préfet de Saint-Julien-en-Genevois ;
- Xavier Barrois, Secrétaire Général de la préfecture du Haut-Rhin ;
- Julien Le Goff, Directeur du cabinet du préfet du Haut-Rhin.

7.2. Services territoriaux de la DGFIP

7.2.1. DRFiP du Doubs

- Jean Christophe Royer, Directeur du pôle gestion fiscale

7.2.2. DDFiP du Haut-Rhin

- Gilbert Garagnon, Directeur DDFIP ;
- Isabelle Morgat, Administratrice des finances publiques, Directrice du pôle fiscal du Haut-Rhin ;
- Eric Albeau, Responsable de la division du contrôle fiscal ;
- Nicole Lhubert, Responsable de la division du pilotage des particuliers, des professionnels et de la mission foncière ;
- Alain Mariot, Responsable du Centre du service des impôts des particuliers et des entreprises de Saint-Louis ;
- Jean-Luc Worgagne, Responsable du Centre du service des impôts des particuliers et des entreprises d'Altkirch.

7.3. DDFiP de Haute-Savoie

- Dominique Calvet, Directeur par intérim ;
- Dominique Baudin, Directeur du pôle fiscal ;
- Jean-François Humez, Responsable de la division des particuliers.