

# Régime local d'Alsace-Moselle : de Bismarck à la régionalisation de la gestion

Daniel Lorthiois

DANS **LES TRIBUNES DE LA SANTÉ** 2006/3 n<sup>o</sup> 12 , PAGES 57 À 63  
ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1765-8888

DOI 10.3917/seve.012.0057

Date de mise en ligne : 01/11/2006

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2006-3-page-57?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

**RÉGIONS ET SANTÉ****Régime local d'Alsace-Moselle : de Bismarck à la régionalisation de la gestion****Daniel Lorthiois**

De leur rattachement (1871-1918) à l'empire allemand, les départements alsaciens et la Moselle tirent une histoire différente de leur régime de protection sociale. Y est organisée depuis juillet 1946 (prévue provisoire à sa création, elle s'est depuis pérennisée) une complémentaire obligatoire - le régime local - dont l'organisation quotidienne est très intégrée au régime général. Son conseil d'administration dispose de compétences singulières étendues, pilote « politiquement » le régime qui, dans un contexte économique défavorable, a su préserver une forte solidarité régionale, englobant soins et prévention, le tout financé par les cotisations des seuls salariés ou retraités.

De leur rattachement (1871-1918) à l'empire allemand, les départements alsaciens et la Moselle tirent une histoire différente de leur régime de protection sociale. Les lois de Bismarck adoptées entre 1883 et 1889 y furent, pour l'essentiel, maintenues en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 1946, par le biais des lois françaises du 17 octobre 1919 et du 1<sup>er</sup> juin 1924. S'agissant de la prise en charge de la maladie, il assurait à ses ressortissants une très forte socialisation de la prise en charge des dépenses de soins, puisque le reste à charge se limitait à une participation forfaitaire modeste sur l'achat des médicaments.

C'est peu dire que l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant création de la Sécurité sociale, accompagnée d'un ticket modérateur de 20% sur les dépenses de soins, ne fut pas accueillie avec allégresse par les Alsaciens et Mosellans qui ont considéré qu'il s'agissait là d'une régression. C'est de ce refus et de la mobilisation qui s'en est suivie qu'est né en droit français le régime local, par un décret de juin 1946 maintenant à l'article L. 181-1 du code de la

Sécurité sociale, « un régime local provisoirement en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle » qui, moyennant une cotisation de 2% sur les salaires plafonnés (acquittée par les seuls salariés), prenait en charge le différentiel entre la « gratuité » de l'hospitalisation et un ticket modérateur de 10% sur les dépenses de soins de ville.

C'était en quelque sorte la création d'une complémentaire obligatoire avec des comptes distincts, mais gérée, tant pour les cotisations que pour les prestations, par la Sécurité sociale. Comme toute modification, des cotisations comme des prestations, relevait de décrets ministériels, de 1946 à 1990 le régime a peu évolué. Il a compensé toutes les mesures de désengagement du régime général vers les régimes complémentaires, à tel point qu'il a permis de constater sur une population de plus de deux millions de ressortissants l'inanité des mesures de ticket modérateur et autres transferts censés permettre la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Cependant, la « crise » aidant, l'équilibre (voire à certaines périodes la grande aisance) des comptes du régime local s'est trouvé bousculé, tant par le manque de réactivité ministérielle que par l'amointrissement des ressources, et la régionalisation de la gestion de ce régime s'est imposée. Cinq années (1990-1995) furent nécessaires à l'émergence d'une organisation véritablement décentralisée. Deux lois (1990 et 1994) ont doté le régime local d'un corpus juridique assurant tout à la fois sa pérennité et la régionalisation de son administration.

### **UN CONSEIL D'ADMINISTRATION À COMPÉTENCES ÉTENDUES**

Le décret du 31 mars 1995 dote le conseil d'administration du « régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, régime obligatoire et complémentaire du régime général, [qui] assure à ses bénéficiaires des prestations légales servies en complément du régime général », de compétences singulières au regard de celles des conseils du régime général. Ainsi, dans le cadre de son équilibre financier, du respect d'un fonds de réserve, il détermine le niveau de ses prestations (moyennant un ticket modérateur de 10% sur les soins de ville), de ses cotisations (dans la limite d'une fourchette de 0,75 à 2,5%), les exonérations pour insuffisance de ressource, nomme son directeur et son agent comptable, décide du placement de ses réserves et provisions et peut décider d'affecter (loi de 1998) tout ou partie d'excédents constatés à des actions de santé publique ou d'organisation des réseaux. Il est naturellement consulté sur les évolutions législatives ou réglementaires le concernant.

Depuis 1995, le régime local est doté d'une personnalité juridique gérée

par un conseil qui, au cours de ses premières années de fonctionnement, a largement contribué à compléter le corpus juridique du régime local en s'attachant à établir pour ses affiliés retraités ou bénéficiaires de revenus de remplacement des solutions juridiques qui permettent de se dégager des limites territoriales dans lesquelles les prestations du régime local étaient jusqu'alors enfermées. Les lois de 1998 et 2002 ont permis de mettre fin dans la quasi-totalité des cas aux ruptures de droits provoquées jusqu'alors par l'admission à la retraite lorsque celle-ci s'accompagnait d'une résidence hors des trois départements.

### UNE COMPLÉMENTAIRE BIEN SINGULIÈRE...

Outre les compétences du conseil d'administration du régime local qui viennent d'être évoquées, il convient de s'intéresser à sa composition, à l'organisation et au niveau du couple prestations-cotisations, aux ressortissants du régime ainsi qu'aux solidarités qui y trouvent place.

La composition du conseil d'administration (vingt-cinq membres délibérants) est fixée par l'article D. 325-3 : vingt-trois représentants désignés par les unions interprofessionnelles des confédérations syndicales en fonction de leur représentativité régionale, une personne qualifiée désignée par le préfet de région, un représentant de la FNMF. S'y ajoutent des membres consultatifs (représentant des familles, des Coderpa, le directeur et l'agent comptable du régime local, le médecin conseil régional) et trois représentants des employeurs. La durée du mandat des conseillers est de six ans renouvelables.

Non traditionnel dans sa composition (presque exclusivement des salariés), ce conseil a su néanmoins, on y reviendra, soit provoquer les décisions législatives et réglementaires, soit prendre celles permettant le nécessaire équilibre financier sans l'intervention de sa tutelle.

La population couverte, assurés et ayants droit (environ 2 300 000 personnes), est déterminée par les lois n° 98-278 et 2002-73, codifiées à l'article L. 325-1 du code de la Sécurité sociale. Elle se répartit en trois grandes catégories :

- les salariés<sup>1</sup> (à l'exclusion des fonctionnaires ou agents titulaires des services publics) travaillant en Alsace ou en Moselle pour une entreprise, quel que soit le lieu de son siège social,
- les chômeurs, les préretraités et les titulaires de pensions d'invalidité, dès lors qu'ils étaient, préalablement à leur entrée dans ces situations, affiliés au régime local et qui résident en métropole ou dans l'un des départements d'outre-mer,
- les retraités, sous ces mêmes critères de résidence, qui remplissent des con-

1. Les salariés ou retraités relevant de la Mutualité sociale agricole dépendent d'un régime local agricole spécifique.

ditions de stage leur permettant : d'être affiliés au régime général, de justifier d'une plus grande durée d'affiliation au régime général que dans les autres régimes, de justifier, selon des conditions variables, d'une durée de cinq, dix ou quinze années d'affiliation au régime local (articles L. 161-8° à 10° du code) – ces dispositions valent également pour les anciens salariés ayant exercé comme travailleurs frontaliers pendulaires dans les pays limitrophes des trois départements, selon les conditions de stage fixées à l'article L. 161-11° du code.

**UNE ORGANISATION QUOTIDIENNE TRÈS INTÉGRÉE  
AU RÉGIME GÉNÉRAL...**

Que ce soit pour le paiement des prestations, l'affiliation de ses ressortissants ou le recouvrement de ses cotisations, l'organisation prend appui sur les CPAM, qui affilient les assurés et leur servent les prestations du régime, la Caisse régionale d'assurance vieillesse, qui vérifie les conditions de stage des nouveaux retraités, et l'Acoss, via ses Ursaff, qui centralise les cotisations du régime (1,8% en 2006) précomptées sur les salaires, pensions et autres

Tableau récapitulatif des différences de taux de remboursement.

	Régime général	Régime local
1. Honoraires et indemnités de déplacement		
- Médecins et chirurgiens-dentistes, généralistes ou spécialistes, sages-femmes	70%	90%
- Auxiliaires médicaux	80%	90%
- Indemnités kilométriques	100%	100%
2. Frais divers :		
- Médicaments :		
- spécialités irremplaçables ou coûteuses	100%	100%
- autres spécialités :		
- vignettes bleues	35%	80%
- vignettes blanches	65%	90%
- vignettes orange	15%	15%
- Prothèse, orthopédie, optique	65%	90%
- Examens de laboratoire	60%	90%
- Ticket modérateur forfaitaire de 18 euros	0%	100%
3. Frais de transport	65%	100%
4. Hospitalisation	80%	100%
- Forfait journalier hospitalier	0%	100%
5. Frais de cure thermique :		
- Honoraires (forfait de surveillance, pratiques complémentaires)	70%	90%
- Frais d'hébergement, frais de transport	65%	65%
- Frais d'hydrothérapie	65%	90%

revenus de remplacement. Le régime local est également membre fondateur de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam). De ce fait, la structure juridique « régime local » emploie très peu de salariés (cinq) et assume la fonction de pilotage « politique » de l'ensemble. L'avantage économique d'un tel dispositif est évident, il fonctionne à coût marginal avec un prélèvement de gestion réduit (0,95%) du volume des prestations payées (420 millions d'euros en 2005). Ainsi, si l'on prend en considération les produits financiers générés par les réserves du régime local, l'on peut affirmer qu'au cours des cinq dernières années d'exercice, pour 100 euros de cotisations perçues, le régime a redistribué 104 euros soit en prestations, soit en dotation de son fonds de prévention, soit en provisions.

Cette organisation, qui a fait la preuve de son efficacité, a permis de faire face à ce jour tant aux divers transferts en provenance du régime général, qu'à la stagnation de la masse salariale sur laquelle reposent près de 83% des cotisations du régime et qu'aux engagements de solidarité pris antérieurement. Ceux-ci sont très importants et il est essentiel à ce stade d'indiquer les 32% de retraités et les 90% de chômeurs affiliés du fait de ressources insuffisantes, sans contrepartie de cotisations. Sans parler des ressortissants de la CMUC, pour lesquels le régime local assume 90% des prestations servies. Certaines organisations font de la solidarité un principe d'action ; elle est pour le régime local plus qu'un engagement, une réalité quotidiennement mise en œuvre et réalisée. Il n'est pas indifférent pour un travailleur qui vient de perdre son emploi ou pour un retraité à ressources modestes d'avoir l'assurance d'une complémentaire limitant le reste à charge à 4% des tarifs conventionnels.

### UNE CROISSANCE DES CHARGES LARGEMENT SUPÉRIEURE À CELLE DES RESSOURCES...

Depuis le début des années 2000, l'équilibre économique du régime n'est plus assuré que par ses produits financiers, ce qui en soi n'a rien de choquant. Mais en décembre dernier, à l'examen des mesures prévues au PLFSS 2006, le conseil d'administration du régime s'est trouvé confronté à un problème (une impasse économique de 8% des prestations servies) rendant difficile, sans réforme, sa politique de protection sociale de haut niveau, dans un contexte fait de nouvelles contraintes sociales et économiques :

- augmentation du chômage et stagnation des masses salariales,
- vieillissement démographique (30 000 nouveaux retraités en 2003, près de 37 000 en 2005),
- augmentation des coûts de la santé (revalorisation des honoraires médicaux, nouveaux traitements très efficaces et très onéreux),

- transferts importants du régime général vers les complémentaires (nombreux médicaments pris en charge à 35%, augmentation du forfait journalier, ticket modérateur de 18 euros sur les actes techniques lourds, etc.).

Pour 2006, l'appel aux seuls produits financiers n'aurait pas suffi, le conseil devait assumer ses responsabilités. Il l'a fait en toute indépendance après une large consultation de la « société civile », soucieux de trouver des solutions acceptables, qui ne sont pas toutes agréables mais préservent, et c'est l'essentiel, la solidarité. Le projet, adopté par dix-huit voix pour, aucune contre et cinq abstentions, conjugue un effort modéré sur les cotisations (+ 0,10%) et sur les dépenses (diminution de 10% du remboursement des vignettes bleues, et non prise en charge des médicaments à vignettes orange).

D'autres décisions sont, elles, favorables : la « gratuité » de l'hospitalisation par la prise en charge de l'augmentation du forfait journalier et du ticket modérateur forfaitaire de 18 euros... et, dès que les conditions réglementaires seront réunies, la prise en charge à 100% des médicaments génériques pour contribuer à relever leur taux de délivrance.

Ainsi le régime local a clairement indiqué qu'il entend utiliser au mieux les cotisations des assurés pour permettre des soins coordonnés de qualité et assurer sa pérennité et la solidarité, entre jeunes et vieux, familles et célibataires, salariés et chômeurs, tout en étant un partenaire régional incontournable en politique de santé publique...

Le terme « assurance santé », qui englobe tout autant la prévention que les soins, est une réalité pour le régime local qui a décidé de s'investir de façon significative dans la prévention, et plus particulièrement celle des maladies cardiovasculaires et du cancer dont la prévalence est forte en Alsace et Moselle. Le régime local s'engage à la fois dans des actions de prévention primaire et secondaire pour agir sur les comportements, modifier les attitudes face au tabac, à l'alcool, favoriser ou renforcer l'adoption d'une alimentation équilibrée, favoriser aussi la pratique régulière d'activités physiques. Elles s'adressent plus particulièrement aux enfants et aux adolescents.

Parallèlement, le régime local a été un précurseur dans la mise en place de réseaux de soins, aidant au démarrage de nombreux réseaux qui ont acquis une expérience et une légitimité et ont pu se pérenniser en s'adressant à d'autres financeurs tels que l'ARH et l'Urcam. Ainsi, le régime a signé vingt-trois conventions avec différents organismes ou associations pour un montant engagé de 3 223 000 euros, ce qui paraît significatif en termes de soutien avec le souci de la cohérence entre les différentes actions et d'une juste répartition sur l'ensemble du territoire. Au budget 2006, une nouvelle ligne de 1 300 000 euros a été ouverte par le conseil d'administration qui a,

par ailleurs, décidé de passer convention avec les groupements régionaux de santé publique d'Alsace et de Lorraine afin de parfaire la coordination (déjà largement engagée) des politiques de prévention.

### UN MODÈLE EXPORTABLE ?

La question de l'exportation du régime local est souvent posée (ce qui de fait est déjà le cas car le régime local a des ressortissants dans tous les départements français), ou plus exactement celle de sa transposition à d'autres régions de France. Cette question est d'autant plus délicate qu'une telle transposition s'apparenterait à une extension du régime général. La seule réponse que nous puissions formuler réside en quelques éléments qui sont tout à la fois culturels, sociologiques et économiques :

- culturels, car le régime local est doté d'une forte notoriété auprès de la population des trois départements : une enquête d'opinion menée en novembre 2005 le crédite de 99% de taux de notoriété et de 98% de taux de satisfaction, c'est dire le fort attachement de la population à son régime particulier ;
- sociologiques et historiques, car mis à part au XIX<sup>e</sup> siècle, le régime local n'a pris la place d'aucun autre organisme complémentaire, ces derniers venant s'ajouter (dans des proportions moindres que dans les autres départements) et s'y étant adaptés ;
- économiques enfin, car même si le chômage l'a lourdement frappé ces cinq dernières années, le territoire du régime local conserve un PIB par habitant parmi les plus élevés des régions françaises.

La réunion de toutes ces conditions n'est pas nécessaire à d'autres expérimentations régionales. Celles-ci ne sauraient cependant se passer d'un large consensus régional alliant tout à la fois opérateurs de protection sociale, populations et politiques. Avant toute autre considération, c'est ce consensus qui a permis au régime local de durer et de s'adapter.

#### contact

[daniel.lorthois@laposte.net](mailto:daniel.lorthois@laposte.net)

**Daniel Lorthois est cadre supérieur en ressources humaines, militant CFDT (successivement secrétaire général de syndicat et secrétaire régional interprofessionnel). Ancien membre (1994-2004) du Conseil économique et social national, il appartient depuis 2004 au Conseil économique et social d'Alsace et préside le conseil d'administration du Régime local d'Alsace-Moselle depuis 1995. Il est enfin premier vice-président de l'Urcam d'Alsace et membre du bureau de l'Urcam Lorraine.**