

LES MUTUELLES DE SANTÉ FACE À LA CONCURRENCE SUR LE MARCHÉ DE LA PROTECTION SOCIALE D'ENTREPRISE

par Pascale Turquet^(*)

*En France, le premier mode d'obtention d'une couverture complémentaire santé est aujourd'hui le contrat collectif d'entreprise. La question qui se pose est de savoir si, sur ce marché très concurrentiel, les mutuelles de santé sont en mesure de faire valoir leurs principes solidaristes. Les résultats d'une enquête de terrain^(**) menée auprès d'organismes assureurs et en entreprise tendent au contraire à accréditer la thèse d'une certaine banalisation de l'offre mutualiste concernant le volet collectif de la couverture complémentaire maladie, tant en ce qui concerne le contenu que le mode de tarification des garanties. Les niveaux de prise en charge pratiqués se révèlent en effet extrêmement variés et les solidarités organisées assez restreintes. Ce constat pessimiste mérite cependant d'être nuancé en ce qui concerne les mutuelles d'entreprise, dont les pratiques demeurent plus solidaires.*

(*) Maître de conférences de sciences économiques, directrice du Laboratoire d'économie et de sciences sociales de Rennes (Lessor), université Rennes-II. Tél. : pascale.turquet@uhb.fr.

(**) Déjà présentés dans le cadre des Journées de l'Association d'économie sociale (AES) de septembre 2002.

Au fil des réformes successives, la prise en charge des dépenses de santé par la Sécurité sociale n'a cessé de baisser depuis plus d'une quinzaine d'années (Concialdi, 1999), laissant ainsi une place de plus en plus grande aux assurances complémentaires (Volovitch, 1999). D'après l'enquête « Santé protection sociale 1998 » du Credes, dont une partie du questionnaire était consacrée à ce thème (voir Bocognano *et alii*, 2000 a), la couverture complémentaire maladie (dont bénéficient environ 85 % des personnes vivant en France) finance en effet 12 % des dépenses de santé. Elle joue un rôle déterminant dans l'accès à certains biens et services médicaux – l'optique et le dentaire, notamment.

Le désengagement progressif des régimes de base en matière d'assurance maladie a donc contribué à rendre attractif, et par conséquent très concurrentiel, ce qu'il convient bien d'appeler le marché de la protection sociale complémentaire en santé⁽¹⁾. Différents types d'offres – ne relevant pas de la même réglementation – y trouvent leur place : des sociétés d'assurances régies par le Code des assurances, des institutions paritaires de prévoyance soumises au Code de la Sécurité sociale et des mutuelles relevant du Code de la mutualité.

On caractérise traditionnellement les mutuelles de santé adhérant au Code de la mutualité par leur attachement à l'éthique solidariste. En matière

(1) Le produit santé est en outre un produit d'appel qui peut permettre aux différents offreurs de vendre également des contrats de prévoyance (risques décès-invalidité-incapacité), voire parfois de retraite surcomplémentaire.

d'assurance maladie complémentaire, celui-ci se traduit à la fois par (Mauroy, 1996 a) :

- l'absence de discriminations tarifaires et non tarifaires (sélection des risques, par exemple) ;
- l'existence d'un seul niveau de garantie pour un risque donné.

La couverture santé ne doit pas non plus favoriser la surconsommation médicale (risque moral⁽²⁾), ni se révéler trop coûteuse, car une augmentation des tarifs exclut les mutualistes aux revenus les plus faibles. C'est pour ces raisons que la FNMF avait refusé, en 1971, de couvrir les dépassements d'honoraires, puis, en 1973, de rembourser le ticket modérateur (Toucas-Truyen, 1998).

Ces principes solidaristes rendent cependant les mutuelles ouvertes⁽³⁾ particulièrement sensibles aux phénomènes d'anti-sélection bien connus en économie de l'assurance. Ceux-ci les ont peu à peu conduites, face au développement de la concurrence, à réviser leurs pratiques dans le domaine de l'assurance santé individuelle. Les enquêtes effectuées par Hervé Mauroy (voir notamment Mauroy, 1996 b et 1999) montrent que l'offre des mutuelles en santé s'est profondément transformée sur la période 1985-1999 : celles-ci ont adopté un système de tarification par tranches d'âge et ont multiplié les niveaux de couverture proposés. Elles ne semblent cependant que rarement opérer de différenciation en fonction de l'état de santé ou du sexe des adhérents, pas plus qu'elles ne prennent intégralement en charge le risque maladie (Mauroy, 1999), même si des dérives sont toujours possibles (Dumont, 1995).

Les travaux que l'on vient d'évoquer portent sur l'assurance complémentaire individuelle. Or, le premier mode d'obtention d'une couverture santé est aujourd'hui le contrat collectif d'entreprise. En effet, toujours selon l'enquête « Santé protection sociale 1998 » du Credes, 48,8 % des assurances complémentaires en matière de frais médicaux sont obtenues par le biais de l'entreprise, contre 46,8 % à l'initiative de l'assuré (Bocognano *et alii*, 2000 b). Le contrat collectif peut être à adhésion obligatoire (un peu plus de 48 % des cas) ou facultative (presque 52 % des cas)⁽⁴⁾.

C'est au volet collectif de la couverture complémentaire maladie que l'on s'intéressera dans ce qui suit, essentiellement à partir des résultats d'une étude qualitative réalisée pour la Mire⁽⁵⁾ (Del Sol et Turquet, 2001). Celle-ci avait pour objet d'analyser les pratiques mutualistes en matière de protection sociale d'entreprise afin de vérifier si elles se banalisent, concourant à faire des mutuelles des offreurs comme les autres, ou si elles conservent au contraire une certaine spécificité. Autrement dit, les particularités mutualistes tendent-elles à s'estomper sur ce marché avec le jeu de la concurrence ou sont-elles sauvegardées, au prix d'éventuels aménagements ? A ce stade, une précision s'impose : le caractère qualitatif de l'étude ainsi que la faible dimension de l'échantillon incitent bien sûr à la prudence en ce qui concerne une éventuelle généralisation des résultats. Dans ce cadre, toutes les variables significatives n'ont en effet pu être finement prises en compte (pour plus de détails sur la méthode d'enquête, le lecteur pourra se reporter à l'annexe 2).

(2) Le risque moral de première espèce désigne la propension d'un individu à relâcher sa vigilance parce qu'il est assuré, ce qui accroît son risque santé. Il semble peu avéré en pratique. Le risque moral de deuxième espèce paraît plus réel : il désigne la propension des assurés, une fois le sinistre advenu, à consommer davantage de soins médicaux que leur état ne le justifierait (Bocognano *et alii*, 1999). Il tend à s'accroître avec le niveau de couverture.

(3) Les mutuelles ouvertes sont à recrutement général tandis que les mutuelles fermées ont un recrutement de type « professionnel » (Mauroy, 1999). Les premières sont donc bien plus exposées à la concurrence que les secondes.

(4) Seuls 27 % des contrats gérés par les mutuelles sont collectifs. Ce pourcentage varie cependant en fonction du type de mutuelle considéré : il est beaucoup plus faible pour les mutuelles de fonctionnaires ou scolaires, mais bien sûr plus élevé pour les autres catégories de mutuelles (Roussel, 2002 a).

(5) Mission recherche du ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité.

On peut s'efforcer de transposer à l'assurance collective des questions du type de celles qu'a déjà posées Hervé Mauroy en matière de couverture individuelle. Les termes n'en sont cependant pas tout à fait identiques. En effet, dans le cadre d'un contrat de groupe, la couverture médicale fait l'objet d'une cotisation forfaitaire (montant mensuel fixe par personne couverte, identique pour tous ceux qui sont couverts par le même dispositif) ou en pourcentage du salaire (ApRoberts et Reynaud, 1998) : la discrimination tarifaire en fonction de l'âge ou de l'état de santé n'est donc pas possible. En ce qui concerne la sélection des risques, des distinctions sont à opérer en fonction du type de contrat (Del Sol et Turquet, 2001).

- Lorsque le régime est à adhésion facultative, l'employeur ou le comité d'entreprise souscrivent un contrat auprès d'un organisme assureur qui prend l'engagement de couvrir les salariés dans les conditions prévues au contrat. Ceux-ci ont ensuite le choix (individuel) de s'affilier ou non. L'organisme assureur peut décider de procéder à une sélection à l'entrée (sur la base d'un questionnaire médical) s'il s'est réservé le droit d'écarter la prise en charge de certaines pathologies s'étant déclarées avant l'adhésion au contrat.

- Lorsque l'adhésion est obligatoire, les offreurs ne disposent pas du droit d'opérer une sélection parmi les membres composant le groupe à assurer (loi Evin du 31 décembre 1989).

Cela signifie que les pratiques assurancielles se révèlent plus solidaires sur le terrain de la couverture collective que dans le champ de la prise en charge individuelle de la complémentaire santé, et ce quel que soit l'organisme assureur qui les met en œuvre. Un éventuel rapprochement entre les mutuelles et leurs concurrents serait donc un peu moins lourd de conséquences dans ce domaine qu'en matière d'assurance individuelle.

Les mutuelles sur lesquelles nous avons enquêté ne pratiquaient pas la sélection médicale à l'entrée des contrats à adhésion facultative. Mais le respect des principes solidaristes, transposés au marché de la protection sociale d'entreprise, devrait également se traduire par la mise en œuvre dans ce cadre :

- de niveaux de garantie voisins pour les différents groupes couverts ;
- de modes de tarification susceptibles d'organiser des solidarités entre adhérents.

Les résultats de notre enquête montrent au contraire que les mutuelles ne semblent pas en mesure de faire clairement valoir ces principes, car, sur ce segment très concurrentiel, elles se plient à la demande qui leur est adressée, tant en termes de contenu qu'en termes de mode de tarification des garanties. Elles offrent en conséquence un grand choix de niveaux de couverture pour un risque donné. Les contrats collectifs étudiés lors de l'enquête réalisée pour la Mire se sont en effet révélés très hétérogènes : le degré de prise en charge du risque maladie varie de façon importante d'une entreprise à une autre ou d'un groupe de salariés à un autre. C'est au sein d'un collectif restreint que s'opère le plus souvent la mutualisation du risque, tandis qu'il revient à l'entreprise de choisir le mode de tarification, définissant ainsi le type de redistribution qu'elle entend mettre en œuvre entre

assurés. Mais les solidarités organisées dans ce cadre se révèlent en définitive assez réduites. Si cette étude tend à accréditer la thèse d'une certaine banalisation des pratiques mutualistes en matière de protection sociale collective, celle-ci doit cependant être nuancée en ce qui concerne les mutuelles d'entreprise, plus proches des principes solidaristes précédemment évoqués.

Contenu et niveau des garanties : de très grandes différences d'un contrat de groupe à l'autre

De très importantes différences entre les niveaux de garantie dont bénéficient les salariés des entreprises enquêtées ont été mises en évidence. Comme en assurance individuelle, les mutuelles offrent en matière collective une multitude de niveaux de couverture. Dans ce domaine, elles se plient en effet, comme les autres organismes, aux exigences des entreprises clientes, pratiquant le plus souvent une offre « sur mesure ». La demande se révèle donc déterminante, d'autant qu'employeurs ou représentants des salariés⁽⁶⁾ n'hésitent pas à faire jouer la concurrence.

(6) Un dispositif de protection sociale complémentaire dans l'entreprise peut être instauré soit par voie d'accord collectif, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise (article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale). Dans la majorité des entreprises enquêtées, un accord collectif avait été signé.

La question du contenu des garanties est cependant très délicate à traiter. Les entreprises enquêtées nous ont fourni un exemplaire des contrats de frais médicaux couvrant leurs salariés. Cependant, comme le soulignent les chercheurs du Credes (Bocognano *et alii*, 2000 a), ces contrats sont rédigés très différemment. Il a donc fallu s'efforcer d'exprimer les garanties de la manière la plus standard possible, sans pour autant gommer tous les particularismes des contrats. Quatre rubriques ont été retenues : soins courants, hospitalisation, dentaire et optique. Sur cette base, a été réalisé un classement des différents contrats (et des diverses options, le cas échéant) en trois catégories : garanties « de base », « intermédiaires » et « de haut de gamme ». Le tableau 1 en fait une présentation succincte.

Ce classement, s'il n'a qu'une portée indicative (car il n'est pas réalisé sur la base d'un échantillon représentatif), montre cependant bien qu'il existe de très grandes différences de prise en charge d'un contrat à l'autre, c'est-à-dire le plus souvent d'une entreprise à l'autre (mais parfois également au sein d'une même entreprise, car plusieurs options peuvent être proposées aux salariés ; une même entreprise peut en conséquence être présente dans différentes catégories). Pourquoi de tels écarts ? Il est possible de caractériser les entreprises dont les salariés sont couverts par un certain type de contrat.

Les contrats « de base » concernent en général les salariés de PME d'implantation régionale. La région enquêtée étant dans la plupart des cas la Bretagne, on comprend aisément que la prise en charge des dépassements d'honoraires y soit peu répandue, à l'image du nombre de médecins en secteur 2 (à honoraires libres). L'adoption d'un contrat de ce type traduit par ailleurs assez souvent la volonté de rééquilibrer un régime en difficulté en optant pour des garanties moins coûteuses. Il peut également s'agir de ne pas trop peser sur des salaires faibles ou moyens. Cela est d'autant plus

Tableau 1
Ebauche de classement des contrats de « frais de santé » en fonction des niveaux de prise en charge en vigueur au moment de l'enquête^(*)

<p>Contrats « de base »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • prise en charge du ticket modérateur en soins courants et hospitalisation • remboursement de la chambre particulière à l'hôpital : entre 180 et 250 francs (seulement en chirurgie pour une des entreprises enquêtées) • remboursement des prothèses acceptées par la Sécurité sociale : entre 130 et 180 % du tarif de convention (remboursement des prothèses refusées : au maximum 100 % de ce tarif) • prise en charge d'une paire de lunettes : entre 1 000 et 1 500 francs
<p>Contrats « intermédiaires »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • prise en charge du ticket modérateur en soins courants et hospitalisation • remboursement de la chambre particulière à l'hôpital : de 250 à 300 francs • remboursement des prothèses acceptées par la Sécurité sociale : entre 180 et 300 % du tarif de convention • prise en charge d'une paire de lunettes : entre 1 500 et 1 800 francs
<p>Contrats « de haut de gamme »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • remboursement des dépassements d'honoraires en matière de soins courants (plus de 100 % du tarif de convention dans tous les cas) • prise en charge d'une chambre particulière à l'hôpital : en frais réels ou au-delà de 300 francs • remboursement des prothèses acceptées : au-delà de 300 % du tarif de convention (entre 100 et 375 % de ce tarif pour les prothèses refusées) • prise en charge d'une paire de lunettes : plus de 1 800 francs

(*) C'est-à-dire en 2000-2001, ce qui explique que les montants des garanties apparaissent en francs dans le tableau.
 Source : Del Sol et Turquet (2001).

(7) Elles peuvent aussi se situer au niveau « intermédiaire », mais celles que nous avons étudiées ne fournissaient jamais de couverture « haut de gamme ». Les responsables des mutuelles d'entreprise interrogés étaient tout à fait conscients, au moment de l'enquête, que le niveau plancher en termes de prestations se définit désormais en référence à la couverture maladie universelle (CMU).

(8) Celui-ci bénéficie alors d'avantages sociaux et fiscaux.

vérifié que le financement de l'employeur se fait plus rare dans ce type d'entreprise (les contrats sont plutôt de type facultatif et bénéficient d'une participation du comité d'entreprise auquel revient alors la gestion du dispositif). Ce type de contrat « de base » caractérise également les mutuelles d'entreprise⁽⁷⁾, dont le niveau de garanties pratiqué est généralement nettement plus faible que celui des mutuelles interprofessionnelles.

Les contrats « de haut de gamme » concernent en revanche des salariés de grandes entreprises dont l'implantation est nationale. Une partie d'entre eux vit dans des régions caractérisées par un coût élevé des soins. Ces contrats peuvent aussi comprendre une option « intermédiaire » ou « de base » laissant une possibilité de choix aux assurés. Le niveau de salaire est nettement plus élevé dans ces entreprises que dans les précédentes et le financement de l'employeur y est généralement non négligeable⁽⁸⁾ (les contrats sont le plus souvent de type obligatoire). La protection sociale d'entreprise fait alors partie de la politique de rémunération. Elle est souvent activement

négoiée avec des représentants de salariés bien implantés dans l'entreprise. L'adoption d'une couverture complémentaire obligatoire relève donc de la politique sociale de l'entreprise, voire de la politique de rétribution au sens large, et se définit comme un avantage salarial. Le financement de tout ou partie du régime par l'employeur peut se substituer à des augmentations de salaire, lui permettant ainsi de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux afférents. Cette protection sociale d'entreprise peut aller de pair avec un niveau de couverture très élevé qui permet à la fois d'attirer et de retenir certaines catégories de main-d'œuvre : logique d'incitation et de fidélisation. Si en revanche le contrat est à adhésion facultative, la participation de l'employeur n'est pas requise, tandis que celle du comité d'entreprise est assez courante : on se situe plutôt dans le domaine de l'« œuvre sociale ». Dans un cas comme dans l'autre, lorsque les représentants des salariés sont associés à la démarche, ils font généralement valoir un souci d'égalité et se montrent pour leur part assez sensibles à l'adoption d'un contrat unique (garanties identiques quel qu'en soit le niveau) pour l'ensemble du personnel.

Comme on l'a déjà laissé entendre, les mutuelles interprofessionnelles ne sont à même d'infléchir que de façon très marginale les demandes qui leur sont adressées. Elles s'y emploient dans certains cas, faisant valoir les risques de surconsommation médicale liés à certains niveaux de couverture élevés. Mais c'est essentiellement le souci gestionnaire d'équilibrer un régime parfois déficitaire ou de limiter le montant des cotisations pesant sur les salaires qui modère les niveaux de garantie. Sans participation patronale, le contrat (facultatif) présente un risque de sélection adverse : les « bons risques » peuvent choisir de ne pas s'assurer s'ils trouvent la couverture trop coûteuse, contribuant ainsi à une augmentation du montant des cotisations. Lorsque le contrat est obligatoire, ce risque d'anti-sélection n'existe pas : tous les salariés adhèrent au régime, quels que soient le niveau et le prix des garanties. Ils y ont d'ailleurs tout intérêt : la participation patronale au financement fait bien sûr nettement baisser le montant de la cotisation restant à leur charge ; la couverture dont ils bénéficient défie alors toute concurrence de la part d'un contrat individuel.

La situation des mutuelles d'entreprise est quelque peu différente. La plupart d'entre elles ont été créées avant même l'instauration de la Sécurité sociale, dans de grandes entreprises industrielles. Présentes essentiellement dans le champ du risque maladie (alors que les autres mutuelles offrent également des garanties décès-invalidité-incapacité), elles sont généralement leur propre assureur (elles n'ont pas de réassurance) et opèrent la mutualisation en interne. Proches des salariés, ces mutuelles d'entreprise ont une connaissance assez juste du risque ainsi qu'une logique d'information et de prévention assez développée à leur égard. Elles semblent ainsi disposer d'une capacité plus importante que celle des autres organismes mutualistes à infléchir la consommation de soins et de biens médicaux de leurs adhérents afin de limiter les dérapages.

Une analyse un peu rapide laisserait à penser que ces mutuelles sont à l'abri de la concurrence, alors qu'elles la subissent dans le cas où le contrat qui les lie à l'entreprise est de type facultatif. Elles n'échappent pas non plus à

la rigueur de mise à l'heure actuelle et se voient de plus en plus couramment facturer des charges liées aux locaux mis à leur disposition par l'entreprise ou les heures de travail consacrées à la mutuelle et non comptabilisées jusqu'alors. Leur situation financière, longtemps très bonne, car elles ont pu accumuler des réserves importantes pendant la période de plein emploi, risque donc de se dégrader peu à peu.

Périmètres et formes de solidarité entre adhérents

La question des solidarités à l'œuvre peut être abordée à travers :

- celle de la mutualisation du risque, qui définit en quelque sorte les « périmètres de la solidarité » ;
- celle du mode de tarification adopté au sein de l'entreprise.

Dans le cadre de l'assurance santé individuelle, l'adoption d'un système de tarification par tranches d'âge et par niveaux de couverture signifie que la mutualisation s'exerce principalement au sein d'une même classe de risque, ce qui a pour effet de restreindre la solidarité horizontale⁽⁹⁾. Sous l'effet de la concurrence, les mutuelles ont peu à peu adopté les techniques assurancielles : équilibre prestations-cotisations période par période pour chaque groupe de risque (Geoffard, 2000). En matière de protection sociale d'entreprise, la mutualisation du risque s'opère le plus souvent au sein du groupe des adhérents s'il est de taille suffisante : au-delà du seuil de cinquante salariés environ, le montant des cotisations est calculé en fonction des caractéristiques propres de ce groupe (démographie, secteur, etc.) et donc du coût du risque qui lui est associé. Chaque régime est supposé s'équilibrer et des réserves peuvent être constituées en cas d'excédent.

Comme on l'a déjà souligné, le groupe des assurés – donc le périmètre de mutualisation du risque – ne se confond pas systématiquement avec celui des salariés de l'entreprise. Il peut être plus restreint : tel est le cas lorsque la couverture est facultative ou catégorielle, mais aussi lorsque différentes options de garantie sont proposées aux salariés (qui constituent alors autant de sous-groupes au sein desquels cotisations et prestations doivent s'équilibrer). Il peut être plus large si sont également couverts les anciens salariés de l'entreprise : retraités, chômeurs (à l'issue d'un licenciement ou d'une fin de CDD, par exemple). Cette dernière situation paraît peu répandue : ne sont la plupart du temps couverts par le contrat collectif que les salariés effectivement en poste dans l'entreprise. Comme en matière de niveau de garantie, ce choix relève d'ailleurs exclusivement du demandeur et les mutuelles ne peuvent l'infléchir. Rares sont les entreprises (ou les comités d'entreprise) qui continuent de financer une partie de la couverture des retraités, surtout lorsque le régime tend à se déséquilibrer sous l'effet du vieillissement⁽¹⁰⁾. Les mutuelles se conforment alors strictement au respect des termes de la loi Evin (concernant les contrats à adhésion obligatoire) : l'organisme assureur doit être en mesure de proposer aux sortants une garantie identique à celle dont ils bénéficiaient dans l'entreprise à un tarif qui ne peut excéder le précédent de plus de 50 %.

(9) La redistribution horizontale s'exerce entre classes de risque, tandis que la redistribution verticale s'exerce entre classes de revenu.

(10) Un tel déséquilibre peut être aggravé par le phénomène d'anti-sélection résultant de la prise en charge des retraités si le contrat de groupe est de type facultatif : les salariés les plus jeunes peuvent être tentés de ne pas adhérer à cause du montant élevé de la cotisation. La solidarité avec les retraités peut alors faire fuir les « bons

(11) Pour reprendre un terme utilisé par Lucy ApRoberts (1999).

La dimension restreinte des périmètres de mutualisation du risque, caractéristique de la protection sociale d'entreprise, traduit ainsi l'existence d'une « solidarité fragmentée »⁽¹¹⁾ à laquelle participent les mutuelles, non sans interrogations. A une conférence consacrée à la mutualité en entreprise, Guy Herry (1999), secrétaire général de la FNMF, posait en effet la question des formes de mutualisation entre assurance individuelle et assurance collective. Conséquence de la concurrence qui renforce les exigences en termes de compétitivité-prix sur le marché des entreprises, le rapport prestations-cotisations est généralement plus élevé en assurance santé collective qu'en individuelle. Les contrats de groupe (dont les tarifs sont calculés au plus juste) contribuent donc dans une moindre mesure au financement des activités sociales et de solidarité de la mutuelle. Un déficit peut même être financé par les adhérents individuels ou les PME : la solidarité joue alors « à rebours » (Herry, 1999).

Dans un tel cas, l'adhérent individuel est lourdement pénalisé, car il ne bénéficie d'aucune prise en charge de la cotisation par l'employeur ou le comité d'entreprise, pas plus que des avantages fiscaux prévus dans le cadre des contrats collectifs obligatoires. L'article 83-2 du Code général des impôts (CGI) prévoit en effet que « *les cotisations et primes versées aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaires auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire sont déductibles du revenu imposable* », et ce dans la limite de certains plafonds. C'est d'ailleurs pour cette raison que la FNMF réclame l'instauration d'un système de crédit d'impôt qui permettrait aux personnes physiques de bénéficier d'une réduction de l'IRPP pour les cotisations payées dans le cadre d'adhésions individuelles. Cette question a notamment été soulevée lors des débats précédant le vote de la CMU à l'Assemblée nationale et, plus récemment, lors de la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003⁽¹²⁾. S'il a pour objet de réduire les inégalités entre adhérents individuels et adhérents collectifs, un tel crédit d'impôt revient cependant à prendre acte du désengagement de la Sécurité sociale en matière d'assurance maladie et risque d'ouvrir la voie à de nouvelles mesures de déremboursement.

Dans le domaine de l'assurance collective, les mutuelles opèrent donc une pesée du risque afin de déterminer le coût global de la garantie choisie par l'entreprise ; il revient ensuite à cette dernière de déterminer le mode de tarification individuelle. Le plus courant est de type forfaitaire : le montant de la cotisation varie alors en fonction du nombre de personnes couvertes (le salarié et ses ayants droit), excluant de fait une solidarité des célibataires vers les chargés de famille (qui se manifeste généralement lorsque la cotisation est de type isolé-famille : un tarif unique pour la famille, quelle qu'en soit la taille, mais ce cas est plus rare). Ce mode de tarification traduit donc l'existence d'une redistribution horizontale entre classes de risque à l'intérieur du groupe des assurés, tandis que la redistribution verticale (entre classes de revenu) est le plus souvent absente. Les cotisations proportionnelles au salaire, encore pratiquées par certaines mutuelles fermées (de fonctionnaires, par exemple), sont en effet très peu répandues.

(12) Voir par exemple *Le Monde Initiatives*, n° 14, décembre 2002, p. 19.

Leur existence a pu être relevée dans deux grandes entreprises enquêtées (où cette pratique est fortement ancrée et défendue par des représentants de salariés qui y sont très attachés).

Le particularisme des mutuelles d'entreprise mérite à nouveau d'être souligné, notamment parce que la solidarité intergénérationnelle y est la plupart du temps de mise. Les actifs, et parfois aussi l'employeur, contribuent dans le cadre de ces régimes au financement de la couverture des retraités. Cette situation donne cependant actuellement lieu à des débats internes, car le vieillissement des adhérents peut à terme mettre en péril l'équilibre financier du régime. C'est la raison pour laquelle, afin de rajeunir la pyramide des âges, les mutuelles d'entreprise s'efforcent de recruter de nouveaux adhérents et d'élargir ainsi le périmètre de mutualisation : salariés de filiales ou de sous-traitants, enfants d'adhérents ayant perdu leur qualité d'ayant droit, anciens salariés sous CDD (qu'elles couvrent alors à titre individuel).

Quant aux tarifications pratiquées par les mutuelles d'entreprise, elles s'expriment assez couramment en pourcentage du salaire (mais celui-ci est généralement plafonné, ce qui limite la redistribution verticale, néanmoins présente). Le contrat est dans ce cas de type obligatoire et bénéficie en conséquence d'un financement de l'employeur. Lorsque la couverture est facultative, c'est en revanche un contrat de type individuel qui lie la mutuelle d'entreprise à ses adhérents (dans et hors de l'entreprise)⁽¹³⁾. Une tarification par tranches d'âge peut dans ce cas être pratiquée afin de faire face à la sélection adverse. Mais le nombre de tranches d'âge est généralement assez restreint (aux alentours de trois ou quatre) et n'écarte pas toute forme de redistribution : la cotisation est généralement calculée de façon que les jeunes, contrairement aux plus âgés, paient un peu plus qu'ils ne consomment. Les solidarités familiales sont également davantage présentes : la couverture des enfants peut être gratuite ou payante uniquement pour le premier enfant.

(13) Contrairement aux contrats de groupe facultatifs signés avec un organisme extérieur, qui ont un caractère collectif et doivent proposer une cotisation unique pour un groupe de salariés donné.

Conclusion

En matière de protection sociale collective, les mutuelles enquêtées semblent bien contraintes de se plier aux exigences des entreprises qui, très sensibles au prix des garanties, font jouer la concurrence entre organismes assureurs. Elles pratiquent en conséquence une offre « sur mesure » et procèdent à une pesée des risques en fonction des caractéristiques propres du groupe à assurer, définissant ainsi un périmètre de mutualisation assez restreint au sein duquel peuvent cependant s'exercer certains types de redistribution. Mais là non plus, les mutuelles ne sont que rarement en mesure de faire valoir des principes solidaristes : la redistribution horizontale entre classes de risque prévaut, mais peut être amoindrie par l'existence d'options qui proposent des niveaux de couverture différents et à l'intérieur desquelles les salariés se répartissent en fonction à la fois de leur état de santé et de leur revenu. Cette « solidarité fragmentée » se caractérise aussi la plupart du temps par une absence de redistribution verticale.

(14) Qui est pratiquée par certains organismes assureurs sous forme de questionnaire médical, surtout si le groupe à assurer est de petite taille.

(15) Pour un point de vue plus détaillé et très éclairant sur les raisons de ces regroupements, voir Contis (1996). Quant au développement de l'activité de prévoyance, il représente pour les mutuelles un enjeu important, car elles sont pour l'instant essentiellement présentes sur le marché du « petit risque », c'est-à-dire celui de la santé, où elles occupent d'ailleurs la première place (voir annexe 1). Sur 9 milliards d'euros de prestations versés en 1999 par les groupements mutualistes de plus de 3 500 personnes protégées, plus de 8 milliards relevaient en effet de la branche maladie (Roussel, 2002 a).

(16) L'ordonnance du 19 avril 2001 emporte réforme du Code de la mutualité.

(17) Une étude conduite par l'observatoire de l'environnement de la FIMF propose une photographie de ces évolutions : les 25 regroupements étudiés concernent à eux seuls près de 400 mutuelles, représentant plus de 11 millions de personnes protégées pour un montant de cotisations encaissées de l'ordre de 4 milliards d'euros, essentiellement en complémentaire santé (*Afirm*, Agence fédérale d'information mutualiste, n° 2003, 29 novembre 2002). Quant à l'étude de la Drees, qui fournit un panorama de l'activité des groupements mutualistes en 1999, elle souligne qu'« à peine 5 % des groupements versent la moitié des prestations » (Roussel, 2002 a, p. 6). Sur la question de la concentration, le lecteur pourra également se reporter à l'un des tableaux figurant en annexe 1.

Mis à part l'absence de sélection à l'entrée dans le cas des contrats à adhésion facultative⁽¹⁴⁾, il semble bien que le comportement des mutuelles sur le marché de la protection sociale d'entreprise tende ainsi à se rapprocher de celui des compagnies d'assurances. Les mutuelles d'entreprise, qui s'efforcent de sauvegarder tant que faire se peut les principes solidaristes auxquelles elles sont attachées, font figure d'exceptions. Toutefois, le phénomène de vieillissement auquel elles font face tend à les fragiliser. La solution passe alors par l'ouverture et la recherche de nouveaux adhérents en dehors de l'entreprise, ce qui les place à leur tour en situation de concurrence vis-à-vis des autres offreurs.

Tout nouveau désengagement de la Sécurité sociale en matière de remboursement des dépenses de santé ne peut que contribuer à exacerber cette mise en concurrence des différents organismes par les entreprises, dont une des préoccupations centrales est la minimisation du coût des garanties. Les représentants des salariés font parfois valoir leur préférence pour un organisme mutualiste, dont ils se sentent plus proches et qu'ils qualifient spontanément de plus « *solidaire* ». Les organismes mutualistes disposent donc d'un certain « *capital symbolique* » (Hervé Mauroy) auprès des représentants des salariés, mais celui-ci n'influence leur choix que de façon subsidiaire : une mutuelle n'emporte le marché qu'à condition d'être compétitive.

Enfin, rappelons que la concurrence à laquelle font face les organismes mutualistes, tant dans le domaine de l'assurance individuelle que dans celui de l'assurance collective, est en partie à l'origine du mouvement de concentration aujourd'hui à l'œuvre dans ce secteur (Del Sol et Turquet, 1999). En effet, celui-ci traduit à la fois la recherche d'économies d'échelle (marketing, communication, informatique), d'une assise financière importante et la volonté de mettre en œuvre une offre de produits élargie (à la prévoyance, notamment)⁽¹⁵⁾. La transposition au Code de la mutualité des directives européennes d'assurances⁽¹⁶⁾ (opérationnelle au 1^{er} janvier 2003) accentue cette tendance⁽¹⁷⁾ dans un souci de mise en conformité. Afin de satisfaire aux exigences de sécurité financière, le nouveau code prévoit en effet un renforcement des règles prudentielles (constitution de provisions techniques et garantie d'une marge de solvabilité, notamment) que les petites structures peuvent avoir des difficultés à satisfaire. Celui-ci va de pair avec une plus grande transparence (davantage de garanties sont fournies à l'adhérent) et instaure également le principe de spécialité (qui impose la monoactivité aux entreprises d'assurances).

Si le nouveau code reconnaît la particularité de l'activité mutualiste, réaffirme la solidarité, la non-discrimination, le maintien des réalisations sanitaires et sociales ainsi que le fonctionnement démocratique du mouvement mutualiste, il n'en reste pas moins que l'augmentation de taille peut conduire à un affaiblissement de la participation des membres et la recomposition des structures à une dilution de l'identité mutualiste. En effet, en vertu des règles nouvelles qui affirment la liberté de réassurance,

(18) L'organisme mutualiste reste cependant seul responsable de ses engagements vis-à-vis des personnes garanties (Del Sol, 2002).

un organisme mutualiste pourra désormais céder ses risques et ses engagements à une compagnie d'assurances ou à une institution paritaire de prévoyance⁽¹⁸⁾. Les modalités de réassurance devront être prévues par les statuts et un droit à l'information est reconnu aux mutualistes en cas de cession de plus de la moitié des engagements auprès de sociétés d'assurances ou d'institutions paritaires. Dans le passé, des institutions de prévoyance ou des compagnies d'assurances ont déjà repris le portefeuille de mutuelles ou en ont créé, ce qui conduit à une certaine dilution de l'identité mutualiste (Contis, 1996). Les nouvelles règles de réassurance, si elles permettent *a priori* une plus grande transparence, risquent cependant d'accentuer ce processus. ●

Annexe 1 Quelques données concernant le paysage et l'activité mutualistes sur le marché de la complémentaire santé

Structure du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux en 2001

	Part prise en charge (en %)
Sécurité sociale	75,4
Etat et collectivités locales	1,3
Mutuelles	7,5
Sociétés d'assurances	2,4
Institutions de prévoyance	2,3
Ménages	11,1
Total	100,0

Source : comptes de la santé, Drees.

Concentration du secteur mutualiste

Montant des prestations versées par les groupements en 1999	Nombre de groupements	Nombre moyen de personnes protégées	Ratio prestations- cotisations
Inférieur à 18,6 millions d'euros	695	64,4 milliers	0,79
Entre 18,6 et 42 millions d'euros	77	268,1 milliers	0,85
Entre 42 et 155 millions d'euros	33	390,1 milliers	0,89
Supérieur à 166 millions d'euros	6	1 128,8 milliers	0,89

Champ : ensemble des 811 groupements de plus de 3 500 personnes protégées versant des prestations (les quatre catégories du tableau sont déterminées de façon à ce que chacune assure 25 % de l'ensemble des prestations).

Source : Roussel, 2002 a, p. 6.

Masses de cotisations et prestations par catégorie de groupement en 1999

Catégorie de groupement mutualiste	Effectif	Personnes			en millions d'euros		
		protégées	cotisantes	Personnes cotisantes	Ensemble des cotisations	Ensemble des prestations	Ratio P/C
Mutuelles de fonctionnaires	69	9,3	5,9	3 244,6	2 949,6	0,91	2 582,9
Mutuelles (inter) professionnelles	127	8,0	5,3	2 392,0	2 037,0	0,85	1 983,5
Mutuelles à recrutement général	171	5,9	4,2	1 676,5	1 360,1	0,81	1 314,4
Mutuelles d'(inter) entreprises	138	2,7	1,7	774,8	714,2	0,92	683,3
Caisses chirurgicales	17	1,7	1,3	487,0	425,8	0,87	415,1
Mutuelles autre nature	21	0,5	0,3	20,7	12,2	0,59	9,6
Mutuelles accidents scolaires ou sportifs	89	8,7	6,1	20,7	10,9	0,53	4,6
Unions départementales	29	5,6	4,1	449,2	381,2	0,85	373,3
Unions locales ou régionales	20	5,3	3,0	307,8	250,1	0,81	236,8
Unions nationales	8	1,6	1,3	196,3	170,2	0,87	154,3
Ensemble	689	49,2	33,2	9 569,5	8 311,4	0,87	7 757,8

Les chiffres relatifs au nombre de personnes protégées ou cotisantes sont exprimés en millions.
 Champ : 689 groupements versant des prestations maladie (94 % de l'activité totale du secteur versant des prestataires maladie).
 Les prestations versées par l'ensemble des groupements mutualistes ont connu une croissance de 40 % en euros constants entre 1991 et 1999. Les prestataires maladie en progression représentant la majeure partie de ces dépenses (respectivement 92,6 % et 93,6 % en 1991 et en 1999). Cet accroissement rapide des prestations n'est pas allé de pair avec une augmentation aussi rapide des cotisations, d'où un rapport P/C (prestations-cotisations) passé pour l'ensemble des mutuelles maladie de 0,82 en 1991 à 0,87 en 1999 (Roussel, 2002 b).
 Source : Roussel, 2002 a, p. 6 (l'intégralité du tableau n'est pas reproduite).

Annexe 2

Les deux volets de l'enquête réalisée sur le marché de la protection sociale d'entreprise

Une démarche en deux temps a été suivie afin de mener à bien cette recherche (qui s'est déroulée en 2000-2001).

En premier lieu, il s'est agi de caractériser les offres (produits proposés, tarifications, services, formes de mutualisation, etc.), mais également les offreurs présents sur le marché des assurances collectives de personnes (essentiellement leur mode d'organisation). Cette étape initiale a donné lieu à une enquête menée auprès de mutuelles à recrutement général situées dans le grand Ouest. L'objectif était de cerner les caractéristiques de l'offre mutualiste sur le marché de la protection sociale d'entreprise, ainsi que ses éventuelles spécificités. Pour mieux repérer ces dernières, le secteur assurantiel et celui des institutions paritaires de prévoyance ont également fait l'objet d'investigations. Dans tous les cas, des contrats types ont fait l'objet d'une analyse détaillée.

Dans le cadre de ce premier volet de l'enquête, des entretiens ont été menés à la fois auprès :

- de divers responsables mutualistes au sein des fédérations FNMF et FMF ;
- des différentes directions de quatre grandes mutuelles à recrutement général issues de regroupements. Leurs diverses composantes (souvent départementales) ont également été enquêtées ;
- de directeurs et présidents d'unions mutualistes du grand Ouest ;
- enfin, de responsables d'organismes non mutualistes (compagnies d'assurances et institutions de prévoyance).

Dans un second temps ont été enquêtées des entreprises afin de comprendre les raisons de leur choix en matière de couverture sociale complémentaire. Il s'agissait de cerner le contexte d'adoption d'un contrat de ce type ainsi que la position des différents acteurs de l'entreprise à son égard et d'en étudier le contenu (niveau des garanties, formes de solidarité, etc.). Des entreprises disposant de leur propre mutuelle ont également fait l'objet d'investigations, ainsi que quelques autres firmes assurées par un organisme non mutualiste afin de pouvoir opérer une comparaison.

Des entretiens ont ainsi été menés dans une vingtaine d'entreprises au total, auprès des services de ressources humaines ou des représentants de salariés ayant pris part à la négociation de la couverture complémentaire. Celle-ci était donc assurée par une mutuelle à recrutement général (environ la moitié de l'échantillon), une mutuelle d'entreprise ou un organisme non mutualiste. Le contrat d'assurance complémentaire santé a dans tous les cas fait l'objet d'une étude approfondie afin de réaliser une typologie dont les principales caractéristiques apparaissent au tableau 1. Différents secteurs d'activité ainsi que différentes tailles d'entreprise étaient représentés dans l'échantillon :

- industrie (aéronautique, agroalimentaire, chantier naval, chimie, équipement automobile, etc.), transports (urbain, aérien) et services (banque, conseil, presse, etc.) ;
- PME régionales, mais aussi entreprises multisites de dimension nationale. La plus petite des entreprises enquêtées assurée par un organisme extérieur comptait 16 salariés, et la plus grande, 11 000. Quant aux mutuelles d'entreprise, l'une de celles que nous avons étudiées protégeait 200 personnes (salariés et ayants droit) tandis que la plus importante de notre échantillon en couvrait 150 000 (salariés et anciens salariés de l'entreprise, salariés des sous-traitants, ayants droit et, à certaines conditions, anciens ayants droit).

Bibliographie

ApRoberts L. (1999), « La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée », *Revue de l'Ires*, n° 30.

ApRoberts L. et Reynaud E. (1998), *Un panorama de la protection sociale complémentaire*, rapport pour la Mire.

Bocognano A., Couffinal A., Grignon M., Mahieu R. et Polton D. (1999), « Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel, une revue des expériences étrangères en matière de santé », *Economie et Statistique*, n° 328.

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S. et Grignon M. (2000 a), « La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements? », *Questions d'économie de la santé*, n° 32, octobre.

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S. et Grignon M. (2000 b), *La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements?* Biblio n° 1317, Credes.

Concialdi P. (1999), « Pour une économie politique de la protection sociale », *Revue de l'Ires*, n° 30.

Contis F. (1996) « La coopération mutualiste aujourd'hui: réseaux et partenariats », *Recma*, n° 259.

Del Sol M. (2002), « L'entreprise mutualiste d'assurance: un acteur banalisé sur le marché de la protection sociale complémentaire? », *La Semaine juridique, entreprise et affaires*, JCP, n° 10, 7 mars.

Del Sol M. et Turquet P. (1999), « Vers une remise en cause de l'éthique solidariste des mutuelles? », in *L'économie sociale, formes d'organisation et institutions*, XIX^{es} Journées de l'AES, Logiques économiques, L'Harmattan.

Del Sol M. et Turquet P. (2001), *Les spécificités mutualistes à l'épreuve de la protection sociale d'entreprise*, rapport pour la Mire, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Dumont J.-P. (1995), « Mutualité française, Sécurité sociale et compagnies d'assurance », *Recma*, n° 257.

Fenina A. (2002), « Les comptes de la santé en 2001 », *Etudes et Résultats*, n° 187, septembre.

Insee (2001), *Portrait social de la France 2001-2002*.

Geoffard P.-Y. (2000) « Assurance maladie: la gestion du risque long », *Revue d'économie politique*, 110 (4), juillet-août.

Herry G. (1999), « Synthèse et conclusion », *X^e Conférence nationale de la mutualité en entreprise*.

Masson A. (1995), « Assurance sociale et assurance privée face à la crise de l'Etat-providence », *Risques*, 24.

Mauroy H. (1996 a), *La mutualité en mutation*, L'Harmattan.

Mauroy H. (1996 b), « L'adaptation des mutuelles ouvertes à la concurrence: un méfait de la sélection adverse? », *Recma*, n° 262, 4^e trimestre.

Mauroy H. (1999), « Les mutuelles ouvertes face à la sélection adverse: une mutation des pratiques », *L'économie sociale, formes d'organisation et institutions*, XIX^{es} Journées de l'AES, L'Harmattan.

Roussel P. (2002 a), « L'activité des groupes mutualistes: un panorama en 1999 », *Etudes et Résultats*, n° 154, janvier.

Roussel P. (2002 b), « L'activité des groupes mutualistes: une rétrospective de 1991 à 1999 », *Etudes et Résultats*, n° 170, mai.

Toucas-Truyen P. (1998), *Histoire de la mutualité et des assurances*, Syros.

Turquet P. (2002), « Quelles solidarités en matière de prévoyance collective mutualiste? », in *Politiques sociales et croissance économique*, XXII^{es} journées de l'AES, Logiques sociales, L'Harmattan.

Volovitch P. (1999), « Egalité devant les soins, égalité devant la santé: quel rôle pour l'assurance maladie? », *Revue de l'Ires*, n° 30.