

Le nouveau cadre institutionnel de la protection sociale complémentaire d'entreprise : quels enjeux pour les mutuelles santé ?

The new institutional framework for employer health insurance plans: What are the issues for mutual health insurers?

Monique Kerleau

Number 312, May 2009

La mutualité en mouvement
The changing Mutual Sector

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1020934ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1020934ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)
Association Recma

ISSN
1626-1682 (print)
2261-2599 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Kerleau, M. (2009). Le nouveau cadre institutionnel de la protection sociale complémentaire d'entreprise : quels enjeux pour les mutuelles santé ? *Revue internationale de l'économie sociale*, (312), 15–34.
<https://doi.org/10.7202/1020934ar>

Article abstract

The disengagement of compulsory health insurance schemes offers substantial opportunities for growth for supplementary insurers. The market that is developing is not replicating exactly the way the market was traditionally divided. In the past, the social security institutions were responsible for the various forms of compulsory collective social-welfare protection, mutuals were responsible for voluntary supplementary health insurance and commercial insurance companies had very diversified portfolios of both voluntary and supplementary insurance. The new institutional framework, which is still being worked out, places greater restrictions on the various insurers and increases competition. We examine the comparative advantages and disadvantages for mutuals in the employer health insurance market and the strategies used by mutuals for synchronizing their organizations and practices with changing conditions.

LE NOUVEAU CADRE INSTITUTIONNEL DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE D'ENTREPRISE : QUELS ENJEUX POUR LES MUTUELLES SANTÉ ?

par Monique Kerleau*

*Le désengagement des régimes d'assurance maladie obligatoire offre des opportunités de croissance importantes pour les assureurs complémentaires. Le marché qui se développe ne reproduit pas à l'identique la distribution historique des parts d'activité qui, au fil du temps, avait confié aux institutions de prévoyance les différentes formes de prévoyance collective obligatoire, aux mutuelles la complémentaire santé facultative et aux compagnies d'assurance des portefeuilles très diversifiés, tant en facultatif qu'en obligatoire. Ce nouveau cadre institutionnel, non encore stabilisé, durcit le système de contraintes auxquelles les différents opérateurs sont exposés alors que l'intensité concurrentielle s'accroît. Nous analysons les avantages et les désavantages comparatifs des mutuelles sur le marché de la complémentaire santé collective et les stratégies mises en œuvre pour synchroniser leurs organisations et leurs pratiques aux évolutions de leur environnement**.*

* Centre d'économie de la Sorbonne, université Paris I, CNRS UMR 8174. Mél. : kerleau@univ-paris1.fr.

** Une version plus détaillée de cette contribution, présentée au colloque AddeS du 10 mars 2009, est consultable sur www.addeS.asso.fr.

(1) En 2006, les dépenses de santé sont prises en charge par : la Sécurité sociale de base (assurance maladie obligatoire) pour 77 % ; les organismes complémentaires (les assureurs, les mutuelles, les institutions de prévoyance) pour 13 % ; les ménages pour 8,6 % ; l'Etat et les collectivités locales pour 1,4 % (Bourgeois et Duée, 2007).

La couverture du risque santé enregistre depuis plusieurs années des transformations notables. De façon récurrente, la croissance rapide des dépenses de santé ⁽¹⁾ s'est accompagnée de la mise en œuvre de plans de rééquilibrage des comptes qui ont alourdi la participation financière des patients. Certes, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et le dispositif des affections de longue durée (ALD) protègent les plus pauvres et les moins chanceux des effets indésirables de l'accroissement des restes à charge individuels. Mais pour une part importante de la population, l'achat d'une protection complémentaire est la garantie d'une meilleure accessibilité à un système de soins devenu plus coûteux. Bien répandue, l'assurance santé facultative n'est cependant pas généralisée. On estime à 93 % la population bénéficiaire. En outre, de nombreuses inégalités accompagnent son développement. Les ménages consacrent à l'achat d'une assurance complémentaire une part de leurs ressources d'autant plus importante que leurs revenus sont faibles (Hennion, 2008). Ces efforts

contributifs différenciés s'associent à des retours, sous forme de prestations garanties, plus ou moins généreux (Kambia-Chopin *et al.*, 2008 ; Arnould et Rattier, 2008).

Différentes options de politique publique ont été envisagées afin d'achever la généralisation de la couverture complémentaire en santé tout en en atténuant le coût pour les revenus les plus modestes. Les autorités publiques ont ainsi mis en place un dispositif destiné à limiter les effets du seuil de la CMUC, sous la forme d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Les ménages disposant de revenus inférieurs au plafond ouvrant droit à la CMUC, majoré de 20 %, peuvent désormais obtenir un « chèque santé » qui finance tout ou partie du coût de l'assurance complémentaire. Si cette première intervention vise à atténuer l'obstacle financier à l'accès aux couvertures individuelles, le décideur public a également cherché à encourager le développement des couvertures collectives d'entreprise, qui ne concernent aujourd'hui qu'un tiers environ de la proportion des bénéficiaires affiliés à une assurance santé. La loi Fillon de 2003 réformant les retraites et la loi Douste-Blazy de 2004 portant réforme de l'assurance maladie ont en effet révisé en profondeur le traitement social et fiscal applicable aux couvertures sociales complémentaires dans un sens qui vise à favoriser leur caractère « collectif », c'est-à-dire leur prise en charge par l'entreprise, et leur caractère « obligatoire » pour les salariés. Dans le même temps, les partenaires sociaux ont été invités, aux différents niveaux de la négociation collective, à se saisir de l'incitation sociale et fiscale et à discuter de la mise en place de couvertures complémentaires dans les branches et les entreprises où elles restent peu diffusées.

Par ces différentes mesures, le décideur public a manifesté sa préférence pour une protection complémentaire collective, facultative pour les entreprises, mais obligatoire pour les salariés, et négociée par les partenaires sociaux. *A priori*, ce modèle peut fragiliser les mutuelles santé, qui, à la différence des institutions de prévoyance (IP) ou des compagnies d'assurance, déploient traditionnellement leur activité sur le marché de l'assurance individuelle et qui, lorsqu'elles interviennent en entreprise, privilégient plutôt les contrats facultatifs. Le présent article a pour objectif de préciser cette idée. La redéfinition du cadre institutionnel de la protection complémentaire d'entreprise doit toutefois être resituée dans le déroulement d'un processus plus long. Depuis la fin des années 80, le secteur est en effet placé dans la logique de régulation concurrentielle impulsée par l'application des directives européennes concernant l'assurance. Le nouveau régime de concurrence qui se dessine au début des années 2000 a amené les familles historiques, dorénavant opérateurs d'assurance, à modifier leurs modèles économiques afin de préserver leurs avantages comparatifs ou d'en construire de nouveaux. C'est dans ce contexte que l'on veut tenter d'évaluer, du point de vue des mutuelles de santé, le « choc » que représente le dispositif Fillon en faveur des contrats collectifs obligatoires.

Un dispositif d'incitation en faveur de contrats collectifs obligatoires et responsables

Par principe, tous les éléments de rémunération entrent dans l'assiette des charges sociales (art L.242-1 du Code de la Sécurité sociale). C'est donc par dérogation qu'au cours des années 80 les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance en ont été exclues, dans certaines limites. Contrairement au choix fait par le régime fiscal, le régime social ouvrait alors le droit à l'exemption indépendamment des modalités retenues dans le contrat d'assurance, qui pouvait être collectif ou individuel, à affiliation obligatoire ou facultative. Par ailleurs, dans ce système qui a prévalu jusqu'en 2003, les contributions des employeurs finançant les régimes de retraite complémentaires obligatoires (Arrco-Agirc) étaient intégrées dans le calcul des seuils, ce qui amputait, pour partie, la marge d'exonération offerte pour les entreprises souhaitant mettre en place des dispositifs complets de protection complémentaire pour leurs salariés.

La loi Fillon de 2003

Les dispositions de la loi Fillon du 21 août 2003 ont d'une part distingué les contributions patronales versées aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires des contributions patronales facultatives. Elles ont d'autre part désolidarisé la retraite supplémentaire des couvertures complémentaires de prévoyance (invalidité, incapacité, décès et frais de soins). La prévoyance complémentaire bénéficie dorénavant d'un régime social spécifique qui autorise les employeurs à exclure de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale propre à chaque assuré leurs contributions au financement des régimes de prévoyance pour une fraction n'excédant pas une certaine limite. Lorsque cette limite est dépassée, les cotisations versées sont requalifiées en complément de salaire et réintégrées dans le salaire soumis aux charges sociales.

Quatre conditions ouvrent le droit à l'exonération des contributions patronales. Les prestations doivent être versées par un organisme habilité (institution de prévoyance, mutuelle ou société d'assurance). Sauf s'il résulte d'une disposition législative ou réglementaire, le régime doit avoir été mis en place par convention ou accord collectif, ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur ou décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à chaque intéressé. La couverture doit avoir un caractère collectif (c'est-à-dire bénéficier de façon générale et impersonnelle à l'ensemble du personnel de l'entreprise ou à une ou plusieurs catégories de salariés objectivement définie) et obligatoire au sens où elle est opposable (sauf quelques cas dérogatoires) à tous les salariés. En particulier, l'accès des salariés aux régimes ne peut pas être conditionné à un critère de durée du travail, d'âge ou d'ancienneté, ni même à la nature du contrat de travail. Enfin, concernant les couvertures

complémentaires santé, la loi de 2004 portant réforme de l'assurance maladie ajoute la règle dite du « contrat responsable », qui réserve le bénéfice de l'exonération sociale aux seuls contrats qui ne prennent pas en charge les majorations du ticket modérateur ou les dépassements d'honoraires visant les personnes hors parcours de soins au sens où la loi l'a défini.

L'assurance santé d'entreprise – il en est de même pour la retraite complémentaire et pour l'assurance décès, invalidité et incapacité – bénéficie depuis 1975 d'un traitement fiscal avantageux qui autorise le salarié à déduire de son revenu imposable, dans la limite d'un plafond, les cotisations qu'il verse aux régimes complémentaires auxquels il a accès dans son entreprise. La règle de la neutralité fiscale est conditionnée par le caractère collectif et obligatoire de la couverture complémentaire. C'était déjà le cas dans le dispositif antérieur ; en revanche, les limites de déductibilité ont été revues. Comme en matière sociale, elles reposent sur des formules composites qui tiennent compte de la rémunération. Sans être rigoureusement identiques, les autres critères d'éligibilité sont proches des critères retenus en matière sociale : on retrouve les notions de « participation effective de l'employeur » et de « taux uniforme » de cotisation à l'égard de toutes les personnes appartenant à une même catégorie objective de personnel.

Incidences sur l'économie de la protection santé

Les changements techniques opérés en 2003 dans le calcul des limites d'exonération et de déductibilité ne sont pas sans incidence sur l'économie générale de la protection sociale d'entreprise et, *in fine*, sur les arbitrages réalisés par cette dernière entre les risques, entre les niveaux de couverture, entre les montants des cotisations et leur répartition entre salarié et employeur ⁽²⁾. Mais ils doivent être appréciés au regard de la rupture plus radicale qu'introduisent les nouvelles conditions d'éligibilité qui ouvrent droit aux avantages sociaux et fiscaux aux seuls contrats collectifs rendus obligatoires pour les salariés, impliquant effectivement l'employeur et reposant sur l'égalité de traitement. Les couvertures complémentaires que le législateur souhaite privilégier sont des éléments d'un statut collectif et c'est cette caractéristique de « garanties collectives » qui ouvre la possibilité de la neutralité sociale et fiscale.

On rappellera par ailleurs que le contrat collectif est celui qui protège le mieux contre les excès du marché assurantiel. La pierre angulaire de cette protection est la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin, « *renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques* ». La protection acquise par la souscription d'un contrat collectif est d'abord une protection contre la sélection des risques. La loi dispose ainsi que, lorsque les salariés sont garantis collectivement, l'organisme qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention ou à l'adhésion à ceux-ci. Les dispositions légales sont comparativement plus sélectives pour les contrats collectifs individuels et l'organisme assureur peut exclure la prise en charge des conséquences de certaines maladies.

(2) Pour un exposé des différences avec le régime antérieur, voir Kerleau *et al.*, 2008.

Cette même loi prévoit les conditions du maintien individuel d'une couverture collective dans certaines situations. Il est ainsi prévu, pour le salarié qui bénéficie dans son entreprise d'un contrat d'assurance de groupe comportant une couverture de frais de soins de santé, la faculté d'obtenir le maintien de cette couverture lorsqu'il tombe en incapacité ou en invalidité, devient chômeur ou encore part à la retraite ou en préretraite. Les tarifs applicables ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs applicables aux salariés actifs.

Des couvertures collectives négociées

Les protections sociales complémentaires sont traditionnellement un champ d'intervention de la négociation collective. Toutefois, ce constat général vaut surtout pour la couverture des risques lourds (décès, incapacité et invalidité), car historiquement l'assurance complémentaire santé a eu plus de mal à entrer dans le champ des accords collectifs de branche⁽³⁾, les organisations patronales considérant comme étant plus pertinente la négociation menée au niveau de l'entreprise. Pour la rendre effective, les employeurs non couverts par un accord de branche sont obligés d'ouvrir la négociation annuelle portant sur les salaires au thème de la prévoyance santé⁽⁴⁾, les parties n'étant pas tenues d'aboutir. Les autorités publiques ont donc invité les partenaires sociaux à engager des négociations dans un cadre interprofessionnel, afin de rendre la complémentaire maladie obligatoire dans les petites et moyennes entreprises, peu nombreuses à offrir une couverture complémentaire (Dares, 2006)⁽⁵⁾.

Plusieurs arguments militent en faveur des accords collectifs à adhésion obligatoire négociés au niveau d'une branche professionnelle. Ils organisent une mutualisation des risques entre un vaste ensemble de salariés, ce qui permet d'offrir des garanties plus favorables à un coût plus accessible. En outre, ils homogénéisent les conditions d'activité et désamorcent les phénomènes de concurrence sociale entre les entreprises d'une même branche. Face à la faible capacité à payer des petites et moyennes entreprises, ces arguments restent néanmoins difficilement recevables. Leurs représentants ont accueilli avec beaucoup de réserve l'initiative du politique.

(3) Depuis 1999 (loi du 27 juillet mettant en place la couverture médicale universelle), il est cependant prévu qu'une convention de branche conclue au niveau national doit contenir obligatoirement, pour pouvoir être étendue, des dispositions concernant les « modalités d'accès au régime de prévoyance maladie » (art. L. 133-5 14° du Code du travail).

(4) Article L. 132-27 du Code du travail.

(5) Document d'orientation remis le 6 février 2007 par G. Larcher, ministre délégué au Travail, lors de la tenue de la commission nationale de la négociation collective.

L'enjeu de la présence sur le marché du collectif pour les mutuelles

Adossée à la construction de l'Etat-providence, l'offre complémentaire mutualiste a évolué en fonction des vicissitudes de ce dernier, mais dans un contexte institutionnel relativement stable. Ce n'est qu'à partir de 1985 que le cadre juridique de la protection sociale complémentaire individuelle ou collective a été renouvelé. Cette période est bornée par les deux réformes du Code de la mutualité (1985 et 2000). Entre-temps ont pris place les processus législatifs de 1989 (loi Evin) et de 1994 (intégration des mutuelles et des institutions de prévoyance dans les directives communautaires), qui ont significativement transformé le cadre institutionnel de la prévoyance

collective en entreprise, d'une part, et les conditions de fonctionnement des organisations non lucratives de la protection complémentaire, d'autre part. L'effet de « norme » dont les directives européennes ont été porteuses a joué de façon importante sur la structuration des acteurs du marché : les assureurs se sont retrouvés naturellement en phase avec l'approche libérale européenne ; les institutions de prévoyance et surtout les mutuelles ont été sommées de faire preuve de flexibilité, principielle et organisationnelle, pour s'adapter.

Suppression des barrières à l'entrée sur les marchés de la complémentaire santé

A l'issue de ce processus, l'ensemble des acteurs s'est vu reconnaître le droit d'exercer toutes les activités d'assurance. Les mutuelles, jusqu'alors cantonnées à la couverture complémentaire santé, ont désormais la possibilité d'intervenir en prévoyance collective ainsi que sur d'autres segments assurantiels (protection juridique, assistance, assurance caution). Au-delà des organismes régis par le Code de la mutualité, l'activité de prévoyance collective dans les entreprises est également ouverte aux organismes régis par le Code des assurances. Les institutions de prévoyance se redéploient sur le segment de la complémentaire santé et sont désormais autorisées à accepter les adhésions individuelles lorsqu'elles proposent des poursuites de contrat à leurs membres adhérents qui quittent le champ d'application des couvertures complémentaires collectives et obligatoires (Lafitte et Borderie, 2006).

La suppression des barrières à l'entrée a donc eu pour principal effet d'homogénéiser les conditions et les contraintes d'activité entre les familles historiques. Ce n'est pas le seul effet, car les opérateurs en place ont dû faire face à l'arrivée de concurrents particulièrement offensifs, avec une offre de produits attractifs en rapport qualité-prix, soit parce qu'ils peuvent tirer partie de la puissance de leurs réseaux (« bancassureurs »), soit parce qu'ils peuvent, comme la Maaf et la Macif, « multiéquiper » les clientèles qu'ils couvrent en assurance dommages (incendie, accidents, risques divers, IARD).

Spécificités mutualistes : un poids dominant en assurance santé individuelle et facultative

Les mutuelles régies par le Code de la mutualité protègent environ 38 millions de personnes. Au total, 2 088 mutuelles reconnues comme actives sont recensées (source Acam, 2007). Plus de la moitié (1 270) pratiquent une activité d'assurance, six sur dix disposent d'agréments leur permettant d'exercer en propre ou pour le compte d'autres organismes une activité d'assurance, les autres sont entièrement substituées dans leurs engagements. Avec 58 % du montant total des cotisations, les mutuelles constituent le principal acteur du marché de la complémentaire santé. Selon les données colligées par le Fonds CMU, le chiffre d'affaires réalisé par les organismes complémentaires en santé (mesuré par le montant des cotisations encaissées) s'élève en 2007 à 24,4 milliards d'euros. Entre 2001 et 2006,

il a progressé au rythme annuel moyen de 8 %, l'évolution récente semblant marquer le pas après les fortes progressions enregistrées entre 2002 et 2005, tirées par d'importants réajustements tarifaires. Sur ce marché dynamique, la part mutualiste ne progresse pas depuis 2001, voire témoigne d'un léger infléchissement (– 2 points). Il en est de même pour les IP (– 1,5 point), dont le poids global est toutefois nettement plus faible (17 % en 2006 contre 18,7 % en 2001). Ces tassements se font au profit des sociétés d'assurance : elles représentent le quart du volume des cotisations en 2007, contre 21 % en 2001. Par rapport à cette tendance, l'année 2007 montre une progression plus rapide des IP qui se traduit par un léger redressement en termes de part de marché.

Sur les 707 mutuelles agréées en 2005, 96 % le sont en santé (complémentaire santé et prestations en espèces), soit exclusivement, soit avec d'autres branches. Le montant total des cotisations encaissées est estimé à 17,5 milliards d'euros. Le montant de la collecte en épargne-retraite et en prévoyance décès ne représente que 11,4 % des cotisations totales (FNMF, 2006). Les mutuelles consacrent donc l'essentiel de leur activité au marché de la santé et une part beaucoup plus faible à la prévoyance et à la retraite. Les institutions de prévoyance réalisent quant à elles l'essentiel de leur activité (environ 90 % des primes encaissées) en frais de soins et en prévoyance, les primes étant à peu près équi-réparties entre les deux segments. Pour les sociétés d'assurance, le poids de la collecte en prévoyance et en frais de soins est faible au regard de l'activité en épargne-retraite.

Si les mutuelles occupent une position dominante en assurance individuelle (73 %, contre 22 et 5 % respectivement pour les sociétés d'assurance et les IP), l'activité est mieux distribuée en assurance collective (respectivement 38,35 et 28 % d'après nos estimations établies à partir des données des Fonds CMU, de la FNMF, du CPIP et de la FFSA). Les mutuelles réalisent les trois quarts de leur activité en assurance santé individuelle, les IP un cinquième seulement, alors que les contrats collectifs et individuels des sociétés d'assurance ont un poids équivalent.

Une concurrence accrue

Le marché est aujourd'hui relativement saturé : le taux d'équipement des ménages (en incluant la CMUC) est supérieur à 90 %. Or il existe une relation inverse entre la croissance du marché et l'intensité de la concurrence. Il est donc stratégiquement impératif pour les opérateurs de rester compétitifs sur l'ensemble des segments pour répartir les risques. Il est important pour les mutuelles, contestées sur leur cœur de métier (l'assurance santé individuelle), non seulement de fidéliser leur clientèle, mais également d'avoir des stratégies offensives sur le segment collectif, y compris en se redéployant en direction du modèle préféré par les autorités publiques, à savoir le contrat collectif obligatoire.

Aujourd'hui, environ un tiers des individus disposant d'une couverture complémentaire sont assurés par l'intermédiaire de leur entreprise. Le modèle collectif obligatoire vers lequel le décideur public veut amener

Trois modalités de concurrence

On distingue traditionnellement trois modalités génériques de concurrence (Moati, 1995). La concurrence par les prix revient pour les entreprises à être les « moins-disantes », à offrir les prix les plus bas à qualité donnée ou, du moins, à rétrocéder aux destinataires finaux les économies de coût réalisées. Les stratégies du mieux-disant (concurrence-produit) consistent pour les entreprises à s'affronter en s'efforçant d'offrir les produits les plus « performants » au regard des préférences des consommateurs. Enfin, la concurrence-service suppose que les offreurs soient capables de différencier leurs productions non pas directement sur le produit, mais sur un ensemble de prestations périphériques valorisées par les acheteurs. Ces trois formes de concurrence amènent les opérateurs à concevoir leurs stratégies au niveau opérationnel de l'ensemble des composantes, organisationnelles et marketing, de leur modèle économique (Demil et Lecocq, 2008).

les employeurs permet d'orienter les protections complémentaires dans la direction d'une solidarité plus grande en s'efforçant d'inclure plus et mieux les salariés, quelles que soient les branches d'activité ou les tailles d'entreprise. Il renvoie à la responsabilité des acteurs et privilégie la négociation d'accords collectifs face à l'octroi d'avantages individuels. Reste que sa capacité à constituer un marché durablement porteur dépend de la façon dont les stratégies des entreprises vont s'inscrire dans cette dynamique d'institutionnalisation. Le scénario tendanciel n'est pas clairement tracé. D'un côté, la protection sociale complémentaire d'entreprise semble garder une forte légitimité aux yeux des partenaires sociaux et des salariés. D'un autre côté, les entreprises ne sont pas sans interrogations sur la soutenabilité de leur effort contributif⁽⁶⁾. Dans ce contexte, les bénéfices futurs de l'entrée sur le marché du collectif sont incertains pour les mutuelles santé, mais la décision rationnelle est d'« y aller » sauf à accepter de se priver des gains de positionnement sur ce marché s'il devenait clairement porteur.

(6) Les dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 (maintien des garanties prévoyance en cas de rupture du contrat de travail à la charge de l'employeur), à un moment où la Cour de cassation interprète étroitement l'article 4 de la loi Evin (relatif au maintien de la couverture santé des retraités), peuvent conduire les entreprises à limiter leurs engagements.

De nouveaux modèles économiques

Les politiques tarifaires

En première approche, on observe que les primes et les cotisations en assurance santé complémentaire ont augmenté à un rythme rapide au cours des dernières années. On a là un indicateur de la faible intensité de la compétitivité-prix. Si la concurrence par les prix avait été forte, les deux mécanismes classiques – répercussion rapide des gains de productivité, répercussion lente des hausses des coûts de production – auraient dû jouer dans le sens de la rigidité des prix à la hausse. Ce n'est pas ce qui a été constaté. Notons simplement que la politique tarifaire est un des déterminants de la marge technique, qui exprime l'excédent dégagé entre les primes collectées et les charges liées aux prestations. Or, globalement, tous

les opérateurs ont restauré leurs ratios techniques avec le souci d'assainir leurs fonds propres en perspective de la mise en application des normes prudentielles. Pénalisés en raison de leur faible capacité d'expertise et des coûts de recherche d'information, les consommateurs individuels ont été, dans ce contexte, des « preneurs de prix ».

En revanche, sur le segment collectif, la concurrence-prix peut être plus offensive. Il est admis que les contrats collectifs sont les contrats qui génèrent le moins de marges, pour deux raisons principales. D'une part, les contrats collectifs ne peuvent pas pratiquer la sélection des risques, et si de façon globale les salariés d'une entreprise constituent une population plutôt en bonne santé, certains portefeuilles (les plus anciens) peuvent présenter un profil de sinistralité plus accentué que d'autres. D'autre part, les contrats collectifs présentent en général des garanties de bon niveau qui peuvent encourager la dépense ; l'effet volume vient alors s'ajouter aux effets prix liés aux désengagements de l'assurance maladie obligatoire pour entraîner les prestations à la hausse. Le souci de redresser le ratio prestation-prix des contrats collectifs est l'une des raisons qui ont amené les assureurs à réajuster les taux de cotisation pour rendre leurs portefeuilles économiquement viables. On conçoit par ailleurs facilement qu'un acheteur important a la capacité de « faire le prix » du contrat. La compétitivité-prix devrait être plus intense sur les marchés des grandes entreprises.

Les stratégies de différenciation sur les garanties

Les stratégies du mieux-disant consistent pour les entreprises à s'affronter en s'efforçant d'offrir les produits les plus performants au regard des préférences des consommateurs. Pour les assureurs santé, il existe plusieurs voies d'innovation possibles. La première est celle, classique, de l'innovation sur les garanties. Empruntant la voie ouverte par la loi de réforme de l'assurance maladie imposant de prendre en charge deux actes de prévention par an dans le cadre des contrats responsables, la prévention constitue indéniablement une voie de recherche pour trouver des relais aux garanties traditionnelles. L'innovation peut concerner des risques pour lesquels les mécanismes d'assurance ne permettaient aucun transfert, sinon des transferts très partiels. Du point de vue des assureurs, l'attente forte des assurés pour des garanties plus séduisantes sur des dépenses de santé non ou mal couvertes par la Sécurité sociale fait qu'« *il n'y a pas de fatalité à exprimer sa garantie en pourcentage du tarif de convention* » (Binst, 2007) ; l'enjeu serait dorénavant d'être complémentaire moins au niveau des tarifs par la couverture des tickets modérateurs qu'au niveau des prestations (Eurostaf, 2005).

Low cost et franchise prépayée

Une deuxième stratégie innovante s'appuie sur de nouveaux mécanismes assurantiels. Dans le cas du *low cost* et de la franchise prépayée, la cible est celle des faibles consommateurs qui souhaitent avoir accès à des

(7) Apparaissant sur le marché, différents produits conservent les garanties essentielles en contrepartie d'un renoncement au remboursement de certains médicaments, dits de confort, ainsi qu'à certains services comme le tiers payant ou l'assistance. Ce profilage permet de diminuer de façon sensible les primes, d'où le terme *low cost* (Demailly, 2007).

(8) Le consommateur, rationnel, fait le pari que sa consommation sera peu élevée, ce qui fait qu'il accepte de payer une prime élevée, mais en cas de problème de santé il ne s'interdit pas de consommer, à la différence d'un acheteur de *low cost*, qui pourra être exposé à un reste à charge important.

produits adaptés. Ces produits participent de la volonté de ne pas voir partir les « bons risques », c'est-à-dire des populations en bonne santé dont la propension à payer une couverture complémentaire s'affaiblit au fur et à mesure que les primes et les cotisations augmentent. Descente en gamme et franchise prépayée peuvent dès lors constituer des parades intéressantes pour maintenir les « faibles risques » dans le portefeuille tout en les incitant à adopter des comportements vertueux⁽⁷⁾.

La franchise prépayée cible les personnes qui consomment peu, mais qui, étant « risquophobes », souhaitent se protéger et garder une complémentaire santé. Le principe est celui de la rétrocession partielle de la prime à l'assuré en cas de non ou faible demande de remboursement. La contrepartie est une mise plus importante que celle d'un contrat classique : la surprime⁽⁸⁾. C'est une stratégie « gagnant-gagnant », puisque pour les opérateurs elle constitue un substitut efficace à la surenchère sur les garanties et protège l'équilibre des portefeuilles entre les petits et les forts consommateurs. La volonté d'infléchir les comportements n'est pas absente de ces pratiques de segmentation, mais elle est plus centrale dans les produits développés par les acteurs mutualistes et destinés aux populations à revenus modestes non éligibles aux dispositifs de la CMUC ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'idée est d'offrir à l'assuré une bonne couverture à un prix raisonnable en échange d'un engagement sur un comportement responsable (respect du parcours de soins...).

Si, sur le segment individuel de l'assurance complémentaire santé, les différentes modalités de concurrence peuvent se déployer, les stratégies innovantes, par le « marketing des garanties », sont moins aisées à mettre en œuvre sur le marché du collectif, traditionnellement plus conservateur. Le contexte réglementaire, notamment le cadre socio-fiscal du contrat obligatoire, n'autorise pas la segmentation fine des populations et limite par conséquent la concurrence que pourraient se livrer les opérateurs sur les produits innovants évoqués ci-dessus. Ceux-ci peuvent néanmoins intéresser les entreprises ayant opté pour le caractère facultatif de la prévoyance santé ou désireuses de développer des sur-complémentaires. De fait, un modèle émergent dans le domaine du collectif consiste à proposer un socle de couvertures complémentaires minimales, éventuellement assorties de franchises et d'exclusions, mais respectant les règles d'éligibilité au traitement social et fiscal avantageux, puis à le compléter, dans un schéma facultatif, par des garanties complémentaires dont la charge de cotisations est renvoyée au seul salarié.

Différenciation sur les services

L'innovation « service » renvoie à la fourniture de services annexes aux prestations. La pratique du tiers payant avec dispense d'avance de frais est encore inégalement diffusée. Les freins sont connus : le tiers payant contribue à l'expression de comportements de « risque moral » (surconsommation de soins). Ne pas proposer ce service est cependant un vrai désavantage pour les organismes assureurs. Certains organismes complémentaires constituent

donc des réseaux de professionnels de santé accrédités par l'assureur et couplés avec des plates-formes téléphoniques. L'idée est de répondre aux questions des assurés (en matière de devis) pour les orienter vers des prestataires qui s'engagent sur des tarifs et des normes de qualité. Les plates-formes jouent en quelque sorte le rôle de référentiel des prix du marché. Ces services annexes sont susceptibles de se développer y compris sur le segment du contrat collectif, dès lors que la maîtrise des prestations devient un enjeu important. Les entreprises sont également à la recherche de services périphériques dans le suivi des contrats, parce que la gestion implique un ensemble de tâches chronophages que les directions de personnel n'ont pas obligatoirement envie ni capacité d'assumer. La capacité des opérateurs à offrir des services de *reporting* et de suivi des contrats performants peut dès lors être considérée comme un atout compétitif.

● **Avantages et désavantages comparatifs des mutuelles sur le marché du contrat collectif**

On doit ici établir une distinction entre les mutuelles de santé selon les relations qu'elles ont avec l'entreprise. Ces relations peuvent être contractuelles, lorsque la gestion de la complémentaire santé dans l'entreprise est externalisée auprès d'une mutuelle, ou organiques, dans le cas des mutuelles d'entreprise. Les capacités stratégiques des unes et des autres doivent être appréciées au regard de leur capacité, d'une part, à pénétrer le marché de l'assurance collective, où elles ont comme on l'a vu des positions faibles, et, d'autre part, à rester dans l'entreprise lorsqu'elles y sont implantées par le biais de « mutuelles maison ».

Entrer dans l'entreprise : la capacité de l'offre mutualiste à se déployer ou à se redéployer dans l'entreprise

Le marché du collectif est un marché segmenté entre les grandes entreprises et les PME-TPE. Les grandes entreprises sont dans l'ensemble déjà bien équipées, mais elles sont tenues tous les cinq ans, lors du renouvellement du contrat, d'interroger le marché. Pour autant, jusqu'à une date récente, il ne s'agissait généralement pas de réelles mises en concurrence. En déclenchant le processus de leur révision, la mise en phase des contrats collectifs avec la loi Fillon (Kerleau *et al.*, 2008) a cependant ouvert le marché et entraîné les opérateurs en place à développer des stratégies de fidélisation et de consolidation de leurs relations avec les partenaires sociaux des entreprises. Toutefois, si la concurrence est appelée à se développer, c'est *a priori* plutôt sur la cible des (très) petites et moyennes entreprises, dans leur ensemble mal couvertes.

La taille comme source d'avantages concurrentiels

Dans le nouveau régime de concurrence que nous avons décrit, la recherche de la taille minimale optimale revêt donc un caractère crucial. L'existence

d'économies d'échelle est associée à la présence de coûts fixes importants, ce qui est le cas dans la construction de plates-formes téléphoniques ou lorsqu'il s'agit de se doter de systèmes d'information importants, qui sont deux vecteurs de « création valeur » pour les organismes assureurs. Le secteur des mutuelles a ainsi connu une vague sans précédent de rapprochements, tant dans la fonction publique que parmi les mutuelles interprofessionnelles. Pour autant, relativement aux autres secteurs, les mutuelles constituent un secteur peu concentré. Les cinq premières réalisent 20 % du chiffre d'affaires du secteur et les trente premières 44 %, alors que les cinq plus grosses institutions de prévoyance réalisent plus de 50 % du CA 2006. La première (Pro BTP) collecte à elle seule le cinquième des cotisations. Les sociétés d'assurance sont quant à elles engagées depuis plusieurs années dans la constitution de groupes puissants à vocation internationale. Toutefois, si la grande taille est un atout important sur le marché des grandes entreprises, elle est moins stratégique sur le segment des PME-TPE, où la proximité et la diversité mutualistes peuvent constituer un avantage comparatif.

Sur le terrain des grandes entreprises, notamment, les institutions de prévoyance qui ont acquis des positions fortes en retraite et en prévoyance collective peuvent capitaliser en complémentaire santé à partir de leurs « actifs spécifiques » : accès direct aux entreprises et aux branches professionnelles, vaste fichier d'assurés et de retraités, connaissance et expertise en matière de sinistralité de larges groupes de salariés. Ces avantages pourraient être redéployés sur le segment des PME si le projet de négociation d'un accord national interprofessionnel rendant obligatoire la prévoyance santé dans les PME était remis dans l'agenda des partenaires sociaux. Marché important, puisque le nombre de branches de plus de 5 000 salariés n'ayant pas de dispositions conventionnelles portant sur la complémentaire santé est estimé à 140. La procédure de désignation et les relations privilégiées que les IP entretiennent avec les partenaires sociaux constituaient pour elles un avantage par rapport à leurs concurrents. Le développement des autres opérateurs dépend de leur capacité à être référencés dans les conventions collectives, de façon à conquérir des parts de marché. Les assureurs ont également de bonnes positions sur le marché du collectif et plus particulièrement dans les grandes entreprises, hors secteur manufacturier traditionnel. Quant aux nouveaux entrants, mutuelles sans intermédiaires et bancassureurs, ils constituent grâce à leurs réseaux de distribution des concurrents certains sur le marché des petites entreprises.

La diversification

Il ne s'agit pas seulement pour les organismes complémentaires de fabriquer au moindre coût des contrats standard, il leur faut avoir une approche « client » et surtout – en reprenant le vocabulaire des gestionnaires – définir une stratégie marketing en rapport avec le processus de création de valeur des clients. Cette logique de constitution de bouquets de produits et/ou de services complémentaires irrigue les stratégies commerciales.

L'évolution des modalités de concurrence montre qu'il y a de réelles économies de gamme à réaliser, notamment entre la prévoyance lourde et l'assurance santé. Par contraste avec les sociétés d'assurance, qui, en raison d'un découplage des métiers plus ancien, ont capacité à développer des offres packagées en santé, prévoyance et retraite, et avec les IP, pour lesquelles le marché de la complémentaire santé collective a été le prolongement naturel de leur offre en prévoyance lourde, les mutuelles souffrent d'une faiblesse commerciale majeure, liée à leur positionnement « mono-produit ». Elles sont pénalisées par l'absence d'un guichet unique qui leur permette de répondre à l'intégralité des besoins des entreprises en matière de protection sociale complémentaire. L'alliance conclue en 2007 entre les principaux groupes mutualistes interprofessionnels et l'Union nationale de prévoyance de la Mutualité française (UNPMF) participe de cette logique qui vise à multiéquiper la clientèle.

Cette stratégie de positionnement sur un marché nouveau peut également passer par des alliances externes avec les institutions de prévoyance. Une telle alliance stratégique est en effet théoriquement séduisante, dans la mesure où elle recèle de réelles synergies commerciales. Les grands groupes paritaires sont prépondérants dans la prévoyance lourde des cadres, tandis que les mutuelles sont bien positionnées sur le segment de la santé, notamment auprès des comités d'entreprise. Pas faciles à faire vivre, ces regroupements semblent inéluctables (Caniard et Meyer-Meuret, 2004).

La distribution

A la différence des assureurs qui s'appuient sur des réseaux diversifiés de distribution, les IP et les mutuelles ont axé leur développement sur une stratégie « mono-canal ». Les mutuelles s'appuient traditionnellement sur une force de vente interne à partir de leurs conseillers commerciaux dont les interlocuteurs privilégiés sont des partenaires sociaux, en particulier les syndicats, qui restent sensibles à l'esprit mutualiste. Les IP ont une politique similaire. Les autres assureurs ont adopté une stratégie « multi-canal » : ils se servent de leurs intermédiaires pour la distribution de leurs produits santé-prévoyance et font appel essentiellement aux courtiers.

Néanmoins, les mutuelles et les IP ont aujourd'hui plus largement recours aux intermédiaires et en particulier aux courtiers (Precepta, 2007, 2008). Elles ont en effet besoin de ces derniers pour accéder au marché des TPE, alors que les courtiers peuvent avoir intérêt à s'ouvrir vers l'économie sociale, dans un contexte où le nombre d'assureurs diminue. En outre, dans les plus grandes entreprises, les courtiers ont tendance à se positionner de plus en plus fréquemment comme conseillers dans le cadre des discussions avec les partenaires sociaux lors de la mise en place d'accords collectifs. La pratique du courtage est enfin courante dans les très grandes entreprises. Pour les mutuelles et les IP, elle est donc appelée à se renforcer. Pour ces dernières, la recherche de partenariats avec les mutuelles, compte tenu de leur bonne image auprès des TPE, peut constituer une stratégie payante.

Partenariats et « coopération »

Le fait que la concurrence tend à réduire l'hétérogénéité est bien établi par les économistes industriels. Déjà observée et analysée, y compris sur le segment collectif (Del Sol et Turquet, 2001), la tendance à l'alignement des pratiques de tarification (Mauroy, 1995) ou des pratiques commerciales (Kaminski, 2003) se confirme. Sans doute faut-il insister sur les « nouvelles stratégies partenariales » qui se font jour. Les alliances et les partenariats qui se développent entre les mutuelles et entre les mutuelles et les groupes de prévoyance prennent des formes multiples. L'idée commune est que la « taille critique » ne passe pas nécessairement par fusion et absorption, mais par rapprochements, qu'ils soient affinitaires ou inter-familiaux. Les mutuelles sont très impliquées dans ce mouvement de consolidation, de même qu'elles le sont dans le processus, plus novateur et plus incertain quant à ses effets (Dagnino *et al.*, 2007), de « coopération » (mélange de compétition et de coopération) qui se noue autour d'outils ou de savoir-faire spécifiques considérés comme des éléments stratégiques de la chaîne de valeur (Precepta, 2008).

Pour leurs stratégies de développement, il apparaît que les mutuelles disposent de variables d'action qui sont, dans un environnement hautement concurrentiel, peu différenciantes. La notion de « sédimentation » utilisée par les analystes du changement institutionnel pour désigner les processus d'adaptation des règles et des pratiques héritées aux évolutions de l'environnement normatif, social et économique (Thelen, 2003) prend valeur d'exemple dans le cas des mutuelles de santé.

Rester dans l'entreprise : la fragilité des « mutuelles maison » face au processus de normalisation comptable

Les mutuelles d'entreprise sont des mutuelles dont le champ d'application est circonscrit à l'entreprise ou aux entreprises au sein desquelles elles sont constituées. Ne peuvent adhérer à une mutuelle d'entreprise que les salariés et anciens salariés et leurs familles. Les mutuelles interentreprises peuvent constituer des sections d'entreprise et les mutuelles d'entreprise peuvent constituer des sections dans les différents établissements de l'entreprise (Code de la mutualité). Du fait de leur histoire⁽⁹⁾, on retrouve les mutuelles d'entreprise plutôt dans le secteur public et parapublic et dans le secteur manufacturier traditionnel. On les évalue aujourd'hui à 400, dont une centaine adhèrent à l'Union nationale des mutuelles d'entreprise (environ 2 millions d'adhérents), structure fédérative créée en 1986 pour apporter un soutien aux mutuelles d'entreprise. On compte dans ce groupe fédéré les mutuelles de quelques grandes entreprises du secteur industriel (Michelin, Snecma, Renault VI, IBM France, Joint français), du secteur bancaire (BNP Paribas, LCL, Société générale, Crédit du Nord, Caisses d'épargne), du secteur parapublic (CCIP, Cram) ou des collectivités territoriales.

Du fait de leur relation organique avec les entreprises, la situation des mutuelles d'entreprise dépend de celle des entreprises mères : quand

(9) Rappelons seulement : a) que leur émergence est étroitement liée au patronage patronal que l'on voit apparaître dans les grands sites industriels (Hatzfeld, 2004) ; b) qu'elles sont maintenues par l'ordonnance du 19 octobre 1946 qui impose aux comités d'entreprise d'utiliser la société mutualiste pour gérer toutes les œuvres sociales créées à l'intérieur des entreprises ou dans les groupes d'entreprises et faisant appel aux contributions des travailleurs (Kessler, 2008) ; c) que l'histoire des liens entre les mutuelles d'entreprise et la FNM est une histoire chaotique (Toucas-Truyen, 1998).

celles-ci réduisent leurs effectifs, celles-là sont confrontées au rétrécissement du nombre de leurs adhérents actifs. Or l'application des règles prudentielles fait de la surface financière des assureurs une variable déterminante de survie. L'issue est le plus souvent le regroupement : on est ainsi passé de 700 mutuelles d'entreprise au début des années 2000 à 400 aujourd'hui. Le risque démographique tient aussi à la forme particulière de la pyramide des âges de l'effectif salarié des entreprises au sein desquelles les mutuelles de santé sont implantées.

Le poids des retraités

Parmi les avantages sociaux accordés au sein de l'entreprise, certains sont consommés dans la vie active, d'autres sont des avantages post-emploi. Cette distinction a des implications comptables importantes. En effet, si les premiers sont comptabilisés comme des charges de période, contreparties des services rendus par les salariés actifs, les seconds relèvent d'avantages qui ne peuvent plus être considérés comme des contreparties puisque leurs bénéficiaires ne sont plus économiquement actifs dans l'entreprise. Il s'ensuit que les engagements de l'entreprise pour ces avantages octroyés, ou maintenus, postérieurement à l'emploi doivent être constatés à son passif, sous forme de provision (Gavanou et Valin, 2004). C'est le cas de tous les avantages portés par des régimes à prestations définies par lesquels l'employeur s'oblige à payer les prestations convenues à son personnel en activité et aux anciens salariés.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les entreprises cotées et leurs filiales ainsi que les entreprises non cotées mais établissant des états consolidés doivent, pour provisionner leurs engagements sociaux, appliquer les nouvelles normes comptables IAS-IFRS, normes vers lesquelles toutes les sociétés françaises devront converger à court terme. La prévoyance relève de la norme IAS 19, « Avantages du personnel », qui s'applique à la comptabilisation, en valeur actuarielle, de tous les avantages du personnel : les avantages de court et de long terme, les avantages postérieurs à l'emploi et les indemnités de fin de contrat de travail. Compte tenu de l'évolution prévisible de la consommation médicale selon l'âge, l'effort contributif de l'entreprise est-il soutenable ? Le cabinet Mercer Human Consulting Group a ainsi chiffré, à partir des rapports annuels des entreprises du CAC 40, à 185 milliards d'euros le montant total de leurs engagements postérieurs à l'emploi (retraite, frais de santé et prévoyance pour les retraités), ce qui représente 28 % du montant total des capitaux propres de ces sociétés.

La quasi-totalité des mutuelles d'entreprise qui ont accompagné le développement de l'entreprise fordiste offrent une garantie aux retraités avec une contribution directe de l'entreprise – l'entreprise finance directement une partie des cotisations des retraités – ou indirecte – pas de participation directe de l'employeur, mais mutualisation des résultats du régime des retraités avec les résultats du régime des actifs. Les normes IFRS accroissent inévitablement le faisceau de contraintes pesant sur ces mutuelles d'entreprise au moment où celles-ci doivent absorber, comme nous l'avons vu,

les effets de l'application des règles prudentielles, qui se conjuguent par ailleurs aux effets de la loi Fillon, c'est-à-dire à la fiscalisation pleine et entière des contrats collectifs facultatifs.

Un risque de banalisation

C'est en effet une autre particularité du modèle économique des mutuelles d'entreprise que d'offrir assez fréquemment une complémentaire santé facultative. On lit ici la résilience du principe mutualiste d'une prévoyance « libre ». Or, la tendance observée dans les entreprises semble bien être celle de la transformation des dispositifs facultatifs en dispositifs obligatoires. L'intérêt bien compris de l'entreprise est en effet de capter les gains de la neutralité fiscale associés aux contrats obligatoires et responsables en disposant dans le même temps, avec la complémentaire santé et d'autres composantes de la protection sociale d'entreprise, d'un outil de gestion des ressources humaines (Kerleau *et al.*, 2008). Le prix à payer, toutefois, du passage à l'obligatoire est l'extension de la base des bénéficiaires, donc un coût social plus élevé à supporter tant par les entreprises contributrices que par les salariés. Dans certaines entreprises, le processus d'adaptation des contrats existants a ainsi pu susciter des renégociations douloureuses. Celles-ci ont non seulement mis à mal les dispositifs de solidarité intergénérationnelle existants, mais aussi conduit quelquefois à des remises à plat générales des modes de gouvernance de la complémentaire santé dans l'entreprise. La capacité financière des entreprises intervient à titre principal dans ces arbitrages. Ces derniers peuvent aussi renvoyer à des choix de gestion balançant coûts et avantages des modèles de gouvernance possibles. De ce point de vue, la tendance à l'externalisation des fonctions de ressources humaines dans les entreprises n'est pas favorable au maintien des « mutuelles maison ».

● Conclusion

La protection sociale complémentaire est devenue un objet de politique publique qui oscille entre logique sociale et logique marchande. C'est une politique qui « remet » au marché le soin d'organiser la protection complémentaire en assurance santé, à un moment où la protection publique est perçue comme étant insuffisante en quantité. Cette remise sur le marché est toutefois pilotée : il s'agit de généraliser les couvertures complémentaires – dont les individus sont de plus en plus dépendants pour accéder aux soins de santé – en subventionnant une demande dédiée qui passe par l'implication des entreprises et des partenaires sociaux. Le modèle préféré par le décideur public révèle ainsi une plus grande proximité avec le modèle de l'« assurance sociale » qu'avec le modèle assurantiel « pur ». Dans la mesure où les entreprises gardent un droit d'option – mettre en place ou non un dispositif d'assurance santé, choisir ou non le contrat obligatoire –, on ne peut pas encore parler de la construction de régimes

d'assurance santé de « deuxième niveau » similaires aux régimes de retraite complémentaire, mais on n'en est pas très éloigné. C'est cependant un modèle « libéral » dans son esprit, au sens où il compte plus sur l'incitation que sur la réglementation. On notera également que l'incitation socio-fiscale s'inscrit dans la logique contemporaine de « contrepartie ». En échange d'une aide financée par la collectivité, l'entreprise contracte une dette à son égard dont elle doit s'acquitter en participant à la politique de maîtrise des dépenses de santé. Telle est la philosophie du contrat responsable.

Un pari politique

Ce modèle n'est pas sans vertu au regard de l'objectif de généralisation de la couverture complémentaire. La couverture assurantielle possède les attributs d'un bien à externalités positives dont la production concourt au bien-être collectif. Par rapport à une couverture individuelle, le caractère collectif, *a fortiori* obligatoire, du contrat d'assurance annule les phénomènes d'auto-sélection et la sélection des risques par l'assureur en même temps qu'il améliore son accessibilité financière. Il n'est pas sans vertu non plus d'un point de vue politique. Favoriser le modèle obligatoire et, à travers lui, le modèle paritaire est aussi, pour les autorités publiques, l'occasion de renouer avec les pratiques de concertation centralisée qui ont permis et accompagné la construction de la protection sociale. Le partage de responsabilités entre l'Etat et les interlocuteurs sociaux permet ainsi de construire des cadres négociés où peuvent être affirmés et se maintenir certains principes de solidarité et d'équité tout en atténuant le coût politique de l'affaiblissement des régimes de base. En ce sens, le report dans l'entreprise d'une fonction de protection sociale a capacité à s'appuyer sur le système organisé de relations industrielles. S'agit-il d'une invocation purement rhétorique ou d'une orientation garantissant une certaine forme de sécurité des droits acquis par les salariés ? La réponse est incertaine, d'autant plus que la négociation collective est elle-même en profonde transformation, et avec elle la gestion paritaire dans son ensemble (Jacquier, 2009).

Aggravation de la fracture

entre les salariés les mieux protégés et les précaires

La performance globale du modèle préféré repose toutefois sur la capacité du dispositif incitatif à impliquer effectivement les intérêts privés dans la fourniture d'un bien public. C'est un pari économique, car si l'intérêt bien compris des entreprises est de coopérer en s'alignant sur le modèle obligatoire (mettre en place un dispositif de prévoyance santé revient à accorder du salaire « non chargé »), elles pourront être tentées de monnayer des efforts contributifs supplémentaires contre plus d'exonérations. C'est un pari social, car en l'état du dispositif (maintien du droit d'option) la couverture complémentaire ne peut rester que très inégalement diffusée. C'est un pari social au sens également où il durcit la ligne de fracture entre le noyau dur des salariés les plus stables et les mieux

protégés et la proportion croissante de la population qui travaille dans l'insécurité et la précarité. De même que l'on peut s'étonner du réinvestissement dans le paritarisme, on doit aussi se demander, plus généralement, s'il n'est pas paradoxal de confier une mission de protection sociale, donc de protection contre les risques, à l'entreprise, entité elle-même largement soumise aux aléas d'un contexte mondialisé et financiarisé. Peut-on attendre un bon niveau de protection des contrats d'entreprise alors que les liens des salariés avec l'employeur ont tendance à s'estomper et avec eux les engagements sociaux de ce dernier ? De ce point de vue, l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail avait vocation à apporter une réponse, mais on sait les difficultés à opérationnaliser la portabilité de la prévoyance. Plus globalement, il est évident que la crise dans laquelle nous venons d'entrer renforce l'incertitude qui entoure la capacité de l'entreprise à construire des compléments efficaces à l'assurance maladie obligatoire.

La nécessaire adaptabilité des mutuelles

L'assurance maladie privée ne constitue pas un bloc monolithique. Malgré l'arrivée de nouveaux opérateurs, les trois grandes familles historiques continuent de se partager le marché. Si les mutuelles et les institutions de prévoyance, à but non lucratif, partagent un même principe qui est celui du non-intéressement aux résultats, elles incarnent deux modèles distincts de « gouvernance sociale », le mutualisme et l'économie sociale d'un côté, le paritarisme de l'autre. Toutefois, l'une et l'autre s'opposent dans leurs principes fondateurs à la logique « marchande » des sociétés d'assurance à but lucratif. Pour autant, ces trois familles entretiennent des rapports dynamiques depuis leurs origines (Gibaud, 1998 ; Chopart et Gibaud, 1987). En cela, la période contemporaine s'inscrit dans la continuité : au travers du maniement des instruments de politique publique, l'Etat continue d'exercer une action de sélection, de renforcement ou d'affaiblissement de l'un ou de certains des protagonistes. En faveur d'une protection complémentaire d'entreprise et du modèle « obligatoire », les choix publics récents donnent ainsi des atouts aux opérateurs les plus engagés dans cette forme de protection et dans ce type de contrat (les institutions paritaires) ou les plus flexibles (assureurs) pour s'y redéployer et, du coup, ils redistribuent les parts de marché. Autre élément de continuité, ce n'est pas la première fois que la mutualité subit un choc que l'on peut qualifier d'asymétrique. De ce point de vue, les organisations mutualistes se révèlent particulièrement résilientes. Si elles survivent à des changements d'environnement, aussi sélectifs que puissent être ces changements, c'est certainement en raison de leur haut degré d'adaptabilité et de flexibilité. Mal placées au regard de la dynamique politique, les mutuelles de santé ne sont pas sans faiblesses du point de vue d'une problématique industrielle. Constitué d'entités de petite taille, le secteur mutualiste est confronté depuis plusieurs années aux désavantages comparatifs de ses structures sur des marchés qui ont vu disparaître les barrières réglementaires protectrices

en même temps qu'augmentaient les exigences en fonds propres. Logique industrielle et logique identitaire ne s'accommodent pas facilement pour cet acteur de l'économie sociale qui a toujours voulu favoriser la relation de proximité et la diversité mutualiste. Les modalités de concurrence poussent cependant à la concentration (mouvement déjà largement entamé) et à la constitution de partenariats de distribution interfamiliaux (mouvement plus embryonnaire) où s'entremêlent acteurs et logiques mutualistes et paritaires. Ces processus de « coopétition », qui ne sont pas propres à ce secteur d'activité, sont le signe du processus de « sédimentation » des règles d'organisation que les mutuelles se donnent pour continuer d'évoluer dans un environnement qui demeure hautement compétitif malgré l'apparition de congruences partielles d'intérêts et d'objectifs. Ce processus de sédimentation n'est toutefois pas exempt d'alignement sur les règles dominantes, évolution dont rend compte la tendance à la « banalisation » fréquemment décrite de l'offre mutualiste et dont on a pris précédemment la mesure avec les mutuelles d'entreprise. Pour ces dernières, la palette des variables actionnables est restreinte, tant paraissent irréversibles les raisons qui poussent à l'externalisation de la protection sociale complémentaire. Elle est en revanche plus diversifiée lorsqu'il s'agit pour les mutuelles de consolider les relations contractuelles construites avec les entreprises ou de conquérir les segments non couverts du marché. La question qui reste posée est de savoir si le processus de sédimentation préserve le cœur de l'institution mutualiste ou s'il augure une véritable conversion. ●

Bibliographie

Autorité de contrôle des assurances et de mutuelles (Acam), 2007, *Les chiffres du marché français de l'assurance*, rapport 2007.

Arnould M.-L., Rattier M.-O., 2008, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », Drees, *Etudes et Résultats*, n° 635, mai.

Binst M., 2007, « Innovation en assurance santé : un nouveau souffle », *Risques*, n° 70, juin, p. 83-86.

Bourgeois A., Duée M., 2007, « Les comptes de la protection sociale en 2006 », Drees, *Etudes et Résultats*, n° 609, novembre.

Caniard E., Meyer-Meuret C., 2004, « L'assurance maladie complémentaire dans la régulation : vers un modèle coopératif ? », *Revue d'économie financière*, n° 76.

Chopart J.-N., Gibaud B., 1986, *Concurrences, solidarités, la protection sociale complémentaire depuis 1945*, rapport pour le CGP, LERS, ISTS.

Dagnino G. B., Le Roy F., Yami S., 2007, « La dynamique des stratégies de coopération », *Revue française de gestion*, n° 176, p. 87-98.

Dares, 2007, *La négociation collective en 2006*, Paris, ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.

Del Sol M., Turquet P., 2001, *Les spécificités mutualistes à l'épreuve de la protection sociale d'entreprise*, rapport pour la Mire, mai.

Demailly I., « Les complémentaires tentées par le low cost », *La Tribune de l'assurance*, n° 113, juin 2007.

Demil B., Lecocq X., 2008, « (Re)penser le développement des organisations. L'apport du modèle économique », *Revue française de gestion*, n° 181, p. 113-122.

Eurostaf, 2005, *La consolidation du secteur des mutuelles* 45, Paris.

FNME, 2006, *La Mutualité en chiffres*.

Gavanou J.-F., Valin G., 2004, *Gouvernance sociale et fonds de pension*, Paris, Economica.

Gibaud B., 1998, *Mutualité, assurances, 1850-1914, les enjeux*, Paris, Economica.

Hatzfeld H., 2004, *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1850-1940 : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy, Presses universitaires de Nancy.

Hennion M., 2008, « Le financement de la protection sociale : une analyse par risque social », Drees, *Etudes et Résultats*, n° 648, août.

Jacquier J.-P., 2009, « Le paritarisme a-t-il un avenir ? », *Droit social*, janvier, p. 3-5.

Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T., 2008, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Irdes-Questions d'économie de la santé*, n° 132.

Kaminski P., 2003, « L'effort commercial des mutuelles de santé », *Recma*, n° 287, février, p. 41-67.

Kerleau M., Durand F., Fretel A., Hirtzlin I., 2008, *Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire en entreprise*, rapport pour la Mire, Centre d'économie de la Sorbonne, janvier.

Kessler E., 2008, « Comité d'entreprise et protection sociale complémentaire : retour sur un vieux couple », *Droit social*, février, p. 174-181.

Lafitte M., Borderie A., 2006, in *Les groupes de protection sociale, évolutions depuis 1945 et perspectives en France et en Europe*, Paris, Revue Banque Edition, p. 187 et suiv.

Mauroy H., 1995, *La mutualité en mutation*, Paris, L'Harmattan.

Moati P., 1995, *Méthode d'étude sectorielle*, Credoc, « Cahiers de recherche », Paris, juin.

Precepta (Xerfi), 2007, *L'assurance face au défi Internet*, Paris, juin.

Precepta (Xerfi), 2008, *Les stratégies dans l'assurance santé : constitution de pôles fédérateurs et politiques de différenciation*, Paris, juin.

Thelen K., 2003, « Comment les institutions évoluent : perspectives de l'analyse comparative historique », *L'Année de la régulation*, n° 7, p. 13-43.

Toucas-Truyen P., 1998, *Histoire de la mutualité et des assurances : l'actualité d'un choix*, Paris, La Découverte et Syros.