

De la solidarité au marché ?

En France et en Allemagne, nouveaux défis pour les organismes d'assurance maladie à but non lucratif

From Redistribution to the Market?

New Challenges Ahead for Non-Profit Health Insurance Organizations in France and Germany

Ingo Bode

Number 278, October 2000

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1023853ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1023853ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut de l'économie sociale (IES)

ISSN

1626-1682 (print)

2261-2599 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bode, I. (2000). De la solidarité au marché ? En France et en Allemagne, nouveaux défis pour les organismes d'assurance maladie à but non lucratif. *Revue internationale de l'économie sociale*, (278), 67–79.
<https://doi.org/10.7202/1023853ar>

Article abstract

In the two countries under study, health insurance partly falls under the social economy. This is the case of supplementary health insurance in France and basic health-insurance coverage in Germany. The non-profit organizations concerned are relatively independent of the government, and they now have to operate on a market while retaining social objectives. This article shows how they are changing their practices in this context. Increasingly market-oriented activities are combined with initiatives designed to preserve the distributional aims. However, the extent of institutionalization in the system turns out to be crucial to equal access to care. The future of distributional aims in the end depends on the individuals in the agencies, because they are the ones who have to find new ways of mitigating the consequences of economic competition.

DE LA SOLIDARITÉ AU MARCHÉ?

En France et en Allemagne, nouveaux défis pour les organismes d'assurance maladie à but non lucratif

par Ingo Bode (*)

Dans les deux pays étudiés, l'assurance maladie relève en partie du champ de l'économie sociale, qu'il s'agisse du système complémentaire en France ou du régime de base en Allemagne. Ces organismes à but non lucratif, qui disposent d'une relative autonomie vis-à-vis de l'État social, sont aujourd'hui confrontés aux mécanismes de marché tout en restant liés à une mission d'utilité sociale. Cet article montre comment ils font évoluer leurs pratiques dans ce contexte. Au niveau des activités, une dynamique de marchandisation va de pair avec des initiatives visant à préserver la vocation solidariste. Mais le degré d'institutionnalisation du système se révèle déterminant pour l'égalité d'accès aux soins. L'avenir de la mission solidariste dépend finalement des acteurs des caisses, car c'est à eux qu'il appartient aujourd'hui de trouver de nouvelles pistes pour mieux encadrer la compétition économique.

(*) Ingo Bode est docteur en sociologie, université de Duisbourg (Allemagne).

L'espace européen de la protection sociale est en plein bouleversement. Les organisations à but non lucratif impliquées dans l'administration des prestations médicales, à savoir les différentes caisses de l'assurance maladie, ne sont pas épargnées par ces changements. Si elles représentent toujours un pilier important des systèmes « corporatistes » de l'État-providence (Merrien, 1997, p. 80 *sqq.*), elles sont néanmoins touchées, aujourd'hui, par des évolutions politiques et économiques qui les poussent aux restructurations et aux stratégies innovantes. L'entrée des mécanismes de marché dans l'univers de ces organisations, qui en même temps restent liées à une mission d'utilité sociale, constitue la nouvelle donnée. En France, le système complémentaire est en premier lieu concerné, alors qu'en Allemagne de tels mécanismes ont été introduits pour les caisses autonomes de l'assurance maladie de base. Dans ces conditions, on peut se demander comment les organismes assureurs à but non lucratif font évoluer leurs pratiques et comment ils cherchent à préserver un principe cher aux acteurs de l'économie sociale, à savoir le principe de la solidarité.

La solidarité dans les organisations à but non lucratif

En économie sociale, la notion de solidarité est omniprésente. En fait, les organisations à but non lucratif sont supposées promouvoir des relations solidaires entre leurs adhérents et, plus généralement, par leur contribution au bien public. Dans cette représentation, cependant, la notion de solidarité reste assez floue. Aussi est-il nécessaire, lorsque l'on considère les mutuelles ou les caisses autonomes de l'assurance maladie dans leur mission de solidarité, de poser quelques réflexions théoriques préalables.

Très souvent, les approches en provenance des sciences économiques traitent de la solidarité en tant que coopération des acteurs utilitaristes, mais à profit réciproque (Bode, 1997, pp. 273 *sqq.*). Pour les parties impliquées, il s'agit simplement de réaliser un objectif qu'il est plus facile d'atteindre par une coopération mutuelle que par une démarche individuelle. L'enjeu est de poursuivre des intérêts personnels, mais de gagner ensemble. Toutes les difficultés semblent résider dans le contrôle de ceux qui sont appelés à participer à la démarche commune de sorte qu'ils n'en profitent pas sans contribuer aux efforts nécessaires – donc de contourner le dilemme de l'action collective (Olson, 1978; Hechter, 1987).

Mais peut-on vraiment limiter la notion de solidarité à cette forme de coopération réciproque ou de « solidarité économique » ? N'y a-t-il rien d'autre que cet utilitarisme collectif ? Ici, certains doutes s'imposent. Ceux qui ont travaillé sur l'histoire et sur le caractère particulier de la vie associative, syndicale et mutualiste ont à plusieurs reprises mis l'accent sur l'importance des représentations culturelles qui structurent le profil de ces organisations. Ce profil est, en fait, fortement influencé par des idéologies religieuses ou autres (James, 1989; Evers, 1993; Bidet, 1998). Dans cette optique, solidarité rime avec valeurs, c'est-à-dire avec des orientations spécifiques défendues par certains collectifs de pensée et mises en relief par ceux que l'on appelle des entrepreneurs politiques. Or, ces valeurs concernent également la manière dont les ressources économiques sont accumulées et distribuées. D'un point de vue sociologique, l'économie des dites organisations relève d'un sens social particulier. C'est ce sens-là qui marque, en principe, la différence entre le lucratif et le non-lucratif et qui est le fondement d'une économie sociale orientée vers des besoins humains et non (prioritairement) vers le marché.

On trouve donc, dans les organisations à but non lucratif, des aspects qui vont au-delà de la solidarité économique. Ces organisations ne font pas seulement l'effort de rassembler et de faire travailler des ressources pour redistribuer, de façon équilibrée, le produit de l'action collective parmi leurs adhérents. Elles tiennent également compte de ceux qui ne peuvent pas – au moins à court terme – contribuer au produit commun, mais qui en sont néanmoins demandeurs. Dans l'économie des organisations non lucratives, il existe en fait des règles qui permettent aux personnes dans le besoin de

bénéficiaire du bien collectif sans avoir pleinement participé à sa production. On observe ici un système d'orientations sociales justifiant des redistributions internes, en vertu de ce que l'on pourrait appeler une solidarité morale. Cette conception normative se révèle différente de la version utilitariste dont il était question précédemment. Certes, on pourrait y voir un rapport de complémentarité – par exemple, si la distribution des produits émanant d'une action collective profite davantage aux plus défavorisés à court terme, mais entraîne un accroissement du bien-être global à plus long terme. Toutefois, ce cas représente une possibilité parmi d'autres, alors que le principe de la solidarité morale joue quels que soient les effets de redistribution sur le sort de la collectivité.

Si l'on considère les organisations à but non lucratif qui font partie, d'une manière ou d'une autre, des systèmes de protection sociale des pays industrialisés, le principe de solidarité morale entre d'évidence en jeu. Dans les organismes d'assurance de type Unedic ou Sécurité sociale, dans les organisations caritatives ou bien, comme en France, dans les structures complémentaires à but non lucratif, on trouve partout un élément de la solidarité morale. Certes aujourd'hui, c'est l'Etat qui souvent contraint de telles organisations à s'inscrire dans une orientation de bien public, voire qui décrète les conditions dans lesquelles sont gérées les opérations de redistribution. Il s'agit là d'une solidarité obligatoire mise en œuvre par la puissance publique en tant qu'institution à caractère universel disposant du monopole de la coercition. Cependant, au-delà des règles provenant d'un système fiscal ou d'un code public, certaines marges de manœuvre subsistent dans nombre de ces organismes. De plus, ils sont nés d'une démarche volontaire ; des acteurs de la société civile ont milité et souvent – impliqués dans l'administration desdits organismes – militent encore en faveur d'une généralisation des pratiques solidaristes et d'un soutien de l'Etat dans ce sens.

Le cas des mutuelles et des caisses d'assurance maladie est parlant à ce sujet. Issues des mouvements sociaux, essentiellement artisans et ouvriers, elles se sont transformées en institutions plus ou moins encadrées par la loi, selon leur type et le système national de protection sociale dans lequel elles s'insèrent. Le principe accordant à chaque être humain un accès égal aux soins fut, d'une certaine manière, organisé par ces mouvements avant d'être transposé en droit social. L'assurance maladie est désormais fondée sur le principe fondamental de solidarité morale, qui confère un sens social particulier aux opérations des organisations concernées. Plus concrètement, ce principe amène la constitution de fonds communs (auxquels chacun contribue selon ses moyens disponibles) qui assurent à chaque individu une aide adaptée à ses besoins, et ce quels que soient ses conditions de vie et ses risques personnels.

Bien entendu, ce n'est que la norme, et la réalité laisse apparaître des lacunes. De plus, sur le terrain des organisations sociales, il existe différentes formes de régulation publique ainsi que des systèmes de protection sociale très variés. Les pays européens en fournissent une bonne illustration. Parfois,

l'idée même de caisse maladie autonome a été abandonnée au profit d'une administration étatique du système (comme en Angleterre ou en Italie). Si l'on compare la France et l'Allemagne, des pays assez voisins quant à leur tradition de politique sociale, on observe également de fortes différences institutionnelles. En conséquence, il pourrait sembler vain de mettre en relief de manière comparative les changements qui interviennent dans les deux systèmes et, surtout, dans la pratique des organisations elles-mêmes. L'intérêt d'une telle analyse réside pourtant dans les évolutions parallèles que montrent les deux systèmes, sans occulter le fait que les frontières nationales en assurance maladie pourraient se lever dans un avenir pas très lointain. Les changements dans les deux pays permettent également de discuter les perspectives qui s'offrent aux organisations à but non lucratif pour maintenir une protection sociale fondée sur le principe de la solidarité dans un environnement compétitif. C'est dans cette optique que l'article compare les mutuelles françaises avec les caisses de régimes de base allemandes.

● **L'assurance maladie (mutualiste) dans un environnement compétitif**

Les systèmes de protection sociale et le fonctionnement des organisations qui les entretiennent sont, partout en Europe, en pleine mutation. Beaucoup parlent d'une « américanisation » des systèmes (Moran, 1994, p. 60; Butterwegge, 1997; Friot, 1998, pp. 253 *sqq.*); d'autres sont plus prudents et constatent que la notion d'efficacité est devenue le maître mot des politiques sociales menées ces dernières années. Quant aux systèmes de santé et d'assurance maladie, ils connaissent des évolutions qui confrontent les organisations impliquées à des défis économiques et culturels considérables (Mechanic et Rochefort, 1996). Cela est vrai pour la France comme pour l'Allemagne (Bode, 1999, pp. 197 *sqq.*; Rupprecht *et al.*, 1998).

A première vue, le système allemand d'assurance maladie (*lire l'encadré ci-contre*) ne laisse que peu de marge de manœuvre aux caisses concernant sa partie obligatoire, qui couvre une grande majorité de la population pour les soins courants. Une concurrence a cependant toujours existé entre les caisses d'employés, et presque toutes les caisses (sauf quelques caisses d'entreprise) sont entrées dans un cadre compétitif depuis 1996. Les caisses peuvent agir sur leurs frais d'administration et, en partie, sur la structure des risques à assurer. Il ne leur est pas permis de refuser des adhérents, mais elles ont la possibilité d'attirer des groupes distincts par leur politique de communication (*voir ci-après*). Elles fixent les cotisations en fonction de leur situation économique, sous autorisation (formelle) de la tutelle. Quant aux assurés, ils sont libres de changer de caisse une fois par an.

En France, bien que la nouvelle législation sur la couverture maladie universelle soit perçue par certains experts comme un risque de démantèlement du monopole des régimes de base, la concurrence ne joue vraiment que dans le complémentaire. A la différence du système allemand, très peu

Le système allemand d'assurance maladie

En Allemagne fédérale, il existe une multiplicité de régimes de base, qui couvrent 90 % de la population. L'adhésion à l'un de ces régimes est obligatoire pour ceux dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil (environ 21 000 francs par mois). Du fait de certains particularismes professionnels, les différents régimes étaient, jusqu'en 1996, réservés à des catégories spécifiques de la population. Si l'accès à presque toutes les caisses est aujourd'hui libre, de fortes différences institutionnelles persistent.

Les caisses maladie locales (*Ortskrankenkassen*) ont longtemps proposé une assurance pour les seuls ouvriers et leur famille. Désormais, toute personne peut y adhérer. Les caisses ont été regroupées au niveau des régions (*Länder*) et sont administrées paritairement par les syndicats professionnels et le patronat.

Il en est de même pour les caisses maladie d'entreprise (*Betriebskrankenkassen*) et les caisses maladie des corps de métiers (*Innungskrankenkassen*), mais à un niveau plus décentralisé. On trouve aussi quelques petites caisses professionnelles.

De plus, il existe des caisses de substitution (*Ersatzkassen*), qui sont – comme les mutuelles en France – administrées par les seuls adhérents. Elles sont unifiées au niveau national.

Jusqu'en 1996, elles étaient principalement réservées aux employés et aux cadres.

Avec le nouveau cadre institutionnel de 1996, les caisses – tout en gérant le régime obligatoire – sont en concurrence pour l'adhésion des membres. Il leur revient de fixer les cotisations (unitaires) selon leurs coûts d'administration et la structure des risques assurés. Toutefois, la concurrence est fortement encadrée : la loi ne leur permet pas d'opérer une sélection à l'entrée, et le gouvernement dresse la liste des prestations offertes (à quelques exceptions près). De plus, un système de péréquation vient corriger une grande partie (90 %) de la différence de dépenses liée à la structure des risques assurés.

Le ticket modérateur étant beaucoup plus bas qu'en France, les régimes complémentaires à but non lucratif ne jouent pas un rôle important. On compte quelques mutuelles dont le fonctionnement se rapproche de celui des assureurs privés (pratique de sélection des risques, peu de différences quant au traitement fiscal). Comme ces derniers, elles offrent principalement des produits haut de gamme, c'est-à-dire des formules de remboursement qui ne concernent que des prestations de confort, en cas d'hospitalisation par exemple.

Les caisses du régime de base en Allemagne (juillet 1999)

	Cotisation moyenne	Adhérents	Part de marché	Unités
Caisses locales	13,68	27 896 103	39,99 %	17
Caisses de substitution	± 13,75	26 994 867	37,52 %	13
Caisses d'entreprise	12,73	9 216 469	12,52 %	355
Caisses des métiers	13,36	4 655 553	6,42 %	42
Autres	n. d.	2 571 260	3,56 %	22

Source : ministère de la Santé.

de règles institutionnelles font barrage au marché. Depuis que les assureurs privés et les institutions de prévoyance sont entrés massivement sur le marché de l'assurance maladie complémentaire, les mutuelles vivent une « *explosion de la concurrence* » (Toucas-Truyen, 1998, p. 102), c'est-à-dire une dure compétition, assez faiblement encadrée par les avantages fiscaux dont elles continuent à bénéficier.

Devant cette situation, quel est le comportement des acteurs de terrain ? Certaines décisions sont de nature à influencer très gravement les opérations de redistribution effectuées par les organisations à but non lucratif. A première vue, les choix semblent clairs. Dans les deux pays, les systèmes (respectifs) en compétition sont marqués par une plus grande sélectivité sociale par rapport à la situation précédente. Il se produit donc une tendance à la marchandisation qui ne saurait guère surprendre. D'une part, dans un marché libre d'assurance maladie – cas illustré par les systèmes complémentaires en France –, le problème de la sélection adverse se pose d'une manière plus aiguë, car là où des calculs purement utilitaristes guident les comportements, l'organisme assureur sera enclin à attirer, par l'offre de formules à bas tarif, des clientèles à faible risque, tout en demandant des primes plus élevées aux autres. La motivation conduisant à adhérer à un collectif d'assurés est en effet variable, les personnes à risque élevé adhérant plus volontiers que les bien portants. Or, pour les organismes assureurs qui attirent par des tarifs indifférenciés ceux qui coûtent cher à la communauté des assurés, la solidarité morale (redistributive) devient un risque en soi. D'autre part, même dans un système de prestations obligatoires – comme c'est le cas du régime de base en Allemagne –, il est économiquement porteur de privilégier les bons risques par rapport aux mauvais, l'enjeu étant de réduire les dépenses. Les caisses allemandes bénéficient certes du fonds de péréquation, mais cette péréquation n'est pas totale ; et, dans l'attente de nouvelles réformes qui pourraient la mettre en cause, les caisses sont particulièrement enclines à ne faire adhérer que les bons risques.

Regardons de plus près les stratégies poursuivies. Les mutuelles françaises furent tentées de développer des stratégies commerciales en diversifiant leurs tarifs selon les risques à assurer (Dumont, 1995 ; Mauroy, 1996 ; voir aussi *L'Argus*, 6 février 1998, ou *Le Particulier*, n° 918-1999). Le tarif indifférencié quel que soit l'âge de l'assuré a été abandonné dans la plupart des cas, et une multiplication des types de contrat d'assurance s'est produite presque partout. La mutualité essaie néanmoins de limiter la « banalisation » de sa pratique. Les tarifs restent – le plus souvent – différenciés par tranches d'âge, et l'on ne recourt pas aux examens médicaux, un principe cher aux assureurs privés. Cependant, comme les tarifs ont généralement augmenté suite à de moindres remboursements de la Sécurité sociale, les mauvais risques se trouvent de plus en plus exclus du champ de l'assurance complémentaire, au moment même où le nombre de personnes dans le besoin va croissant (rapport Boulard, 1998). Ces besoins expliquent la décision du gouvernement français d'introduire un dispositif de couverture maladie universelle (CMU).

En Allemagne, malgré l'encadrement plus fort de la compétition, le système a également connu une vague de marchandisation (Bode, 1998). Les caisses ont mobilisé des moyens considérables dans des campagnes de communication. En ciblant exclusivement certains milieux sociaux ou en offrant certaines prestations qui n'intéressent que les couches aisées (par exemple, les méthodes douces en médecine), elles visaient à attirer les jeunes et les bons risques. Une autre stratégie s'est manifestée dans la fermeture des portes : après l'entrée des « bons » risques, on exclut les autres clientèles pour sauvegarder un taux de cotisation faible. Une telle démarche est juridiquement possible par la création d'une nouvelle caisse « fermée » (ce qui n'est permis qu'aux caisses maladie d'entreprise). Certains organismes ont utilisé la possibilité d'accorder une ristourne sur les primes payées à ceux qui n'ont pas eu recours aux remboursements pendant une année (cette option, introduite par une loi de 1993, a été supprimée en 1999 par le nouveau gouvernement). D'autres ont même ouvertement conseillé à leurs adhérents les plus âgés de quitter la caisse pour rejoindre un concurrent offrant des tarifs plus avantageux. Certaines de ces pratiques ont été fustigées par l'Inspection fédérale des assurances (Bundesversicherungsamt), mais de nouveaux exemples émergent régulièrement.

Devant cette situation, on peut être tenté de constater que les organisations d'assurance maladie à but non lucratif abandonnent – dans la mesure du possible – les normes de solidarité morale. Il faut cependant envisager le revers de la médaille.

De nouvelles pratiques solidaristes

Dans le champ de la mutualité et pour les caisses allemandes de base, la marchandisation s'accompagne de tendances à contre-courant. On retrouve là les valeurs qui furent à l'origine des organisations d'assurance maladie à but non lucratif, avant d'être inscrites dans la pratique institutionnelle de celles-ci. D'une certaine façon, le sens social qui a fondé cette pratique – la solidarité morale – vient d'être redécouvert. Pour bien saisir ces développements, il convient de distinguer deux niveaux d'action : celui des initiatives locales et celui des politiques de réseaux.

En France, à un niveau décentralisé, certaines mutuelles (dans le Finistère et le Haut-Rhin, mais aussi en Haute-Corse ou encore à Marseille, à Lille, à Angers, etc.) ont entamé des expérimentations de solidarité dans le cadre de programmes nationaux de mutualisation des milieux défavorisés. Elles ont mis en place des structures (intitulées, par exemple, « espaces santé ») dont la fonction est d'accueillir des personnes en situation précaire et de les orienter vers des professionnels de santé. De plus, des actions spécifiques ont été conduites (dispensaires, cliniques, centres optiques) pour venir en aide aux personnes en difficulté. Ces efforts sont liés à une mutualisation des personnes sur la base d'un tarif préférentiel (avec l'aide de l'Etat et du Fonds national de solidarité et d'action mutualiste de la Fédération

nationale de la Mutualité française [FNMF]). Des mutuelles de chômeurs ou de populations précaires ont vu le jour à certains endroits. En outre, des stratégies commerciales ont été conçues de manière à favoriser un accès égal aux soins. A titre d'exemple, certaines mutuelles relevant du champ de la petite Fédération des mutuelles de France (FMF) ont cherché (cependant sans succès) à introduire une carte de santé électronique qui aurait notamment permis de dispenser systématiquement les adhérents de l'avance de frais, par un système de décompte bancaire (Bode 1997, pp. 279 *sqq.*). A un niveau plus central, on trouve aussi une riposte à ce que l'on appelle, dans les milieux mutualistes, la dérive assurancielle. Les grandes structures nationales de la mutualité se battent pour sauvegarder l'image de marque de leur « famille ». Au début de 1998, Jean-Pierre Davant, président de la plus grande fédération (la FNMF), a effectué une tournée dans une vingtaine de villes afin de dénoncer la mainmise des assurances privées sur le secteur de la santé. Cette tournée était assortie d'une campagne nationale d'affichage sur le thème: « Votre santé n'est pas un commerce. » De son côté, la FMF a mobilisé ses structures à plusieurs reprises pour protester dans la rue contre la marchandisation – due à de « *mauvaises législations* » – de la protection complémentaire. Une telle démarche de sensibilisation est aussi tournée vers le monde mutualiste lui-même. Dans son congrès de 1997, la FNMF a voté une résolution qui demande aux mutuelles adhérentes d'encadrer la différenciation des tarifs et de renoncer aux coopérations avec des assureurs commerciaux. La Mutualité tente également d'influencer la régulation économique du système de santé par de nouvelles stratégies contractuelles. Depuis une quinzaine d'années déjà, pour éviter les gaspillages liés aux prescriptions, on distribue aux médecins les listes des médicaments les moins chers d'une catégorie. Aujourd'hui, ces efforts sont renforcés, et il s'agit surtout de populariser les produits génériques. En outre, la Mutualité s'engage depuis peu à être partie prenante des premières expérimentations de réseaux de soins en France. Les conventions conclues en 1998 avec des médecins généralistes afin d'instaurer un professionnel référent vont dans ce sens (le système a été révisé ensuite par voie législative). Dans un cadre plus général, la Mutualité essaie de jouer, selon l'expression de Toucas-Truyen (1998, p. 117), « *un rôle d'aiguillon* » auprès des pouvoirs publics, en faisant par exemple du lobbying pour un engagement plus fort de la Sécurité sociale sur le terrain de la couverture maladie. Toutes ces mesures contribuent à réduire la pression économique qui pèse sur les mutuelles; elles gagnent ainsi des marges de manœuvre sans faire la chasse aux mauvais risques. On voit donc que, non seulement dans ses discours mais aussi dans sa pratique, le monde de la mutualité reste attaché à la logique solidariste, même si les effets des actions entreprises ne se produisent qu'à une petite échelle, et en dépit des hésitations qui ont récemment vu le jour à propos d'une contribution au financement de la couverture maladie universelle (CMU) destinée aux populations défavorisées.

En Allemagne, les caisses d'assurance maladie à but non lucratif se sont mobilisées pour limiter la tendance à la marchandisation. La réforme de

1996 leur a rendu une certaine liberté pour développer localement leurs propres pratiques. Elles ont ainsi trouvé de nouvelles marges de manœuvre pour innover. Par souci d'augmenter l'efficacité de l'offre sanitaire sans nuire aux droits des patients, certaines unités ont démarré des expérimentations visant à soutenir les adhérents dans leurs démarches administratives, puis à mieux coordonner les soins et à accorder une attention particulière aux maladies chroniques. L'objectif était de tirer un bénéfice économique d'un meilleur accompagnement des patients et d'un contrôle plus efficace des traitements médicaux – donc de mettre en marche ce que l'on appelle, en France, une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il s'agissait là, d'une certaine manière, de décisions conformes à la logique solidariste des organisations à but non lucratif, car les efforts étaient dirigés vers l'ensemble des patients ou vers ceux nécessitant le plus de soins, plutôt que limités à des campagnes de communication visant à diminuer la part des mauvais risques dans la collectivité assurée.

Prenons quelques exemples. Beaucoup de caisses maladie locales ont mis en place des services – interlocuteurs dans les hôpitaux ou prises de contact directes – gérant plus attentivement les dossiers de certains patients présélectionnés. On leur apporte ainsi une aide dans différentes démarches, qui vont de la demande d'accueil dans une structure de réhabilitation à l'identification de professionnels capables de mieux poursuivre un traitement. De plus, des adresses de groupes ou d'associations d'entraide sont diffusées aux personnes intéressées. De tels projets existent dans d'autres caisses, comme la caisse maladie de l'entreprise Siemens. Certaines organisations sont également impliquées dans des projets de réseaux de soins, par exemple à Francfort (Ouest), où la caisse locale a mené, entre 1996 et 1998, une expérimentation avec une soixantaine de médecins généralistes et quelque quatre cents patients souffrant de maladies chroniques. L'état de ces patients était observé et documenté de manière systématique, et des échanges entre les professionnels avaient lieu régulièrement. Les possibilités d'amélioration du traitement étaient discutées entre le représentant de la caisse et les spécialistes sélectionnés. Des conseillers de caisse sont intervenus auprès des patients pour les accompagner dans leur itinéraire médical. A Berlin, une caisse maladie d'entreprise et une caisse de substitution ont construit un réseau de santé, assez proche du modèle américain des *health maintenance organizations*, qui met en relation diverses structures professionnelles afin de coordonner le parcours de traitement de certains patients. Un budget est alors géré par le médecin référent, l'accès au dispositif et la sortie du système restant libres pour tous les adhérents qui participent à l'expérimentation. Ceux-ci reçoivent, comme les médecins référents, un « bonus » financier. Fin 1999, quelque 18 000 assurés étaient inscrits dans le réseau, qui comptait 600 médecins. Ici encore, le but de l'opération est de maîtriser les dépenses en apportant de meilleurs soins aux personnes les plus atteintes, au lieu de les écarter par une stratégie de communication dissuasive.

A un niveau plus central, on trouve aussi une réaffirmation de la mission solidariste à laquelle la majorité des caisses se déclare toujours attachée. Il

faut savoir que toutes les caisses de base font partie de fédérations nationales, ce qui assure une certaine cohésion au sein de leurs champs respectifs, comme en témoigne l'exemple de la plus puissante d'entre elles, l'Association fédérale des caisses locales (Bundesverband der AOK). Non seulement celle-ci défend – par son lobbying public – le principe de solidarité dans le système de santé, mais elle prend des mesures concrètes pour encadrer la marchandisation du système. Ainsi, elle soutient ses caisses adhérentes en déficit par un mécanisme interne de compensation (différent du système national obligatoire de péréquation) qui prévient une hausse trop forte des tarifs des caisses concernées. De plus, par l'intermédiaire de son département innovation, elle offre des conseils aux caisses adhérentes qui mettent en place les expérimentations esquissées ci-dessus. Enfin, sa stratégie consiste à limiter la concurrence entre organismes assureurs à la dimension de la qualité des services rendus aux clients (au lieu d'une différenciation interne des tarifs ou des prestations). Pour le reste, une mise en concurrence de l'offre sanitaire est souhaitée, afin que les caisses puissent sélectionner librement les structures médicales partenaires et passer des contrats de qualité avec elles.

Cette approche caractérise également un deuxième niveau central de l'action des caisses de base à but non lucratif, à savoir le réseau interfédéral qu'entretiennent les grandes fédérations. Il est certainement difficile d'estimer l'influence politique de ce réseau, mais il est évident que toutes les caisses – même dans une situation qui produit des intérêts de plus en plus diversifiés, et malgré une concurrence mutuelle parfois déloyale – ont trouvé un langage commun à chaque fois que certains milieux politiques ont plaidé pour une plus grande libéralisation du système de l'assurance sociale. C'est ainsi que le réseau interfédéral a émis, en 1994 et en 1995, un avis défavorable aux projets discutés dans certains cercles gouvernementaux visant à remettre en cause l'uniformité des prestations, le système de péréquation et le principe de solidarité (chaque assuré selon ses ressources et selon ses besoins) [Stegmüller, 1996, pp. 171 *sqq.*]. Cette prise de position a été réaffirmée en 1998, lors de la campagne pour les législatives. Comme il existe une coopération étroite entre le ministère des Affaires sociales et les caisses d'assurance maladie, moyennant notamment des mises à disposition temporaires d'experts des caisses auprès du ministère, une telle unanimité interfédérale ne saurait être sans effet politique (et médiatique).

Conclusion

A la fin de cet article, il convient de tirer trois conclusions.

Premièrement, le monde des assureurs à but non lucratif bouge. Les évolutions sur les (nouveaux) marchés de l'assurance maladie montrent qu'une dynamique de marchandisation est déclenchée, dynamique qui va de pair avec une pression sur l'efficacité administrative et une plus grande présence des caisses auprès de leurs adhérents (potentiels). Ces changements

concernent et les mutuelles françaises et les caisses allemandes, même si le rôle de la concurrence entre caisses ainsi que la régulation publique diffèrent à certains égards, le régime (presque) obligatoire en Allemagne interdisant les remboursements différenciés et les refus d'adhésion. Il n'empêche que l'on observe, dans les deux systèmes, une (dé)régulation politique qui produit des défis considérables, mais aussi de nouvelles marges de manoeuvre. Car d'un autre côté, en France comme en Allemagne, les organismes assureurs à but non lucratif essaient de conserver leurs principes solidaristes par la mise en œuvre d'actions particulières, ayant comme effet de maintenir ou d'intégrer dans les caisses des catégories sociales menacées par le jeu du marché. Le bilan est mitigé, il faut le dire : en France, on parle beaucoup des exclus de la santé du fait, notamment, de la difficulté d'accès aux mutuelles rencontrée par les milieux défavorisés. En Allemagne, l'inégalité devant la maladie existe aussi, même si la couverture sociale est globalement plus large qu'en France parce que les systèmes complémentaires coûteux sont d'une importance limitée. Un problème majeur réside dans le fait que les régimes de base pratiquent des tarifs très différents, inégalité qui pénalise notamment les adhérents de groupements où le poids des mauvais risques est important. Bien sûr, ces adhérents pourraient changer de caisse, mais en réalité cette population n'a pas, jusqu'alors, adopté un comportement d'usager marchand.

La deuxième conclusion à tirer de notre analyse ressort d'une évaluation comparative des changements institutionnels. Quand le degré d'institutionnalisation du système est relativement faible, comme en France (du fait des « libertés » qu'offre la régulation du système complémentaire), le risque d'une inégalité sociale plus grande est évident. Si les expérimentations des caisses allemandes visant à mieux coordonner les soins par des mécanismes de réseau apparaissent prometteuses, c'est parce qu'elles sont fortement encadrées par un système de péréquation, par des garanties politiques d'une offre universelle et par un principe de non-lucrativité. On est loin d'un libéralisme assurantiel et contractuel à l'américaine. En France, en revanche, il a fallu l'intervention du gouvernement actuel pour rendre possible, à une plus grande échelle, l'adhésion des populations défavorisées aux mutuelles (par la loi sur la couverture maladie universelle, qui vise aussi, on le sait, l'entrée de 150 000 personnes environ dans le régime de base). On voit donc qu'un cadre de droit social reste indispensable pour garantir l'accès égal à la santé.

Il n'empêche, et ce sera la dernière conclusion, que ce cadre ne va pas de soi. Il faut que les acteurs eux-mêmes se battent pour maintenir ou consolider les principes sur lesquels est bâti le modèle solidariste de l'assurance maladie. Ils doivent affronter les nouveaux défis, à savoir une pression économique considérable sur les systèmes existants, la mise en cause de leur fonctionnement bureaucratique et, qui plus est, le fait que la mission propre des assureurs à but non lucratif – la défense collective de la santé de leurs adhérents dans un souci de solidarité morale – a souvent été perdue de vue. C'est à ce niveau que les nouveaux engagements des

caisses maladie et des mutuelles ont le plus d'importance. Ils montrent que l'on peut sortir de la crise autrement que par la privatisation (rampante) du système. Certes, pour le système des caisses locales en Allemagne, l'enjeu principal est d'éviter les retombées négatives de la compétition sur la structure des risques, et, par conséquent, le choix de la solidarité (qui s'exprime notamment par une défense des organismes chargés d'une structure de risques déséquilibrée) peut apparaître comme une stratégie par défaut. Néanmoins, dans les conditions actuelles, le maintien d'une idéologie solidariste requiert des efforts particuliers. Plusieurs voies sont possibles, entre, par exemple, investir des moyens dans la communication commerciale ou dans une rationalisation qualitative.

Les caisses ou mutuelles semblent reconnaître l'enjeu et consacrent une énergie considérable à de nouvelles pratiques de solidarité. Dans les expérimentations allemandes, la réaffirmation locale de la mission solidariste fait bouger les acteurs de terrain. Dans leur activité politique, en outre, les acteurs ne réagissent pas aux conséquences de la nouvelle régulation du système par la seule adaptation de leurs structures économiques, mais ils continuent d'influencer – par leurs réseaux (inter)fédéraux – l'ordre institutionnel lui-même. Ainsi parviennent-ils, au moins partiellement, à réactualiser leur mission traditionnelle dans un souci de solidarité morale. La Mutualité française va dans le même sens, même si la portée des nouveaux projets de solidarité peut apparaître limitée et même si l'activité classique visant à fournir une protection sociale à une grande part de la population tend à se « banaliser » du fait d'un moindre degré de redistribution dans les opérations gestionnaires. En tout cas, l'engagement solidariste qui persiste est de nature à rappeler les principes du mouvement à ses propres administrateurs, ainsi qu'au public à l'échelle locale et nationale. Cela est loin d'être négligeable, car la confiance dans l'institution que représente une assurance maladie solidaire est aussi une question de légitimité conférée à ceux qui la gèrent. Or, cette légitimité a été fragilisée, ces dernières décennies, par un relâchement bureaucratique des organismes assureurs à but non lucratif. Finalement, la déréglementation qui s'impose à eux pourrait leur rendre le sens social indispensable à leur pérennité. Sous cet angle de vue, elle n'est pas seulement une source de troubles, mais également une nouvelle chance de survivre. ●

Bibliographie

- Bidet, Eric** (1998), *L'économie sociale : un secteur d'avenir?* Paris, La Documentation française, « Problèmes économiques et sociaux », n° 798.
- Bode, Ingo** (1997), « Le difficile altruisme des groupes d'intérêt, les cas du syndicalisme CFDT et de la mutualité ouvrière », *Revue française de sociologie*, n° 38 (1997) 2, pp. 267-300.
- Bode, Ingo** (1998), « Entscheidende Momente, Nonprofit-Organisationen im Krankenversicherungswesen zwischen Markt und Solidarität », in Arbeitskreis Nonprofit-Organisationen (ed.), *Nonprofit-Organisationen im Wandel. Das Ende der Besonderheiten oder Besonderheiten ohne Ende? Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, Kohlhammer, Frankfurt/Main, pp. 47-74.
- Bode, Ingo** (1999), *Solidarität im Vorsorgestaat, der französische Weg sozialer Sicherung und Gesundheitsversorgung*, Frankfurt-New York, Campus.
- Butterwege, Christoph** (1997), « Globalisierung der Ökonomie – Amerikanisierung des Sozialstaats? » *Sozialer Fortschritt* (46) 12, pp. 278-284.
- Dumont, Jean-Pierre** (1995), « Mutualité française, Sécurité sociale et compagnies d'assurance », *Recma*, n° 257 (55), pp. 17-34
- Evers, Adalbert** (1993), « The Welfare Mix Approach, Understanding the Pluralism of Welfare Systems », in Evers, Adalbert, Swetlik, I. (ed.), *Balancing Pluralism, New Welfare Mixes in Care for the Elderly*, Aldershot, Avebury, pp. 3-31
- Friot, Bernard** (1998), *Puissances du salariat, emploi et protection sociale à la française*, Paris, La Dispute.
- Hechter, Michael** (1987), *Principles of Group Solidarity*, Berkeley, University of California Press.
- James, Estelle** (1989), *The Nonprofit Sector in International Perspective, Studies in Comparative Culture and Policy*, New York, Oxford University Press.
- Mauroy, Hervé** (1996), *La mutualité en mutation, les pratiques solidaristes en question*, Paris, L'Harmattan.
- Mechanic, David, Rochefort, David A.** (1996), « Comparative Medical Systems », *Annual Review of Sociology*, n° 22, pp. 239-270.
- Merrien, François-Xavier** (1997), *L'Etat-providence*, Paris, Puf.
- Moran, Michael** (1994), « Reshaping the Health-Care State », *Government and Opposition*, (29) 1, pp. 48-63.
- Olson, Mancur** (1978), *Logique de l'action collective*, Paris, Puf.
- Rapport Boulard** (1998), *Pour une couverture maladie universelle de base et complémentaire, rapport au gouvernement*, Paris.
- Rupprecht, Frédéric, Tissot, Bruno, Chatel, Frédéric** (1998), « Le système de santé allemand : vers un plus grande responsabilisation de l'ensemble des acteurs », *Economie et Statistique*, n° 318, pp. 17-40.
- Stegmüller, Klaus** (1996), *Wettbewerb im Gesundheitswesen. Konzeptionen zur « Dritten Reformstufe » der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Hamburg, VSA.
- Toucas-Truyen, Patricia** (1998), *Histoire de la mutualité et de l'assurance : l'actualité d'un choix*, Paris. Syros.