

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

Monique KERLEAU

(Centre d'Économie de la Sorbonne, Université Paris 1, CNRS UMR 8174)¹

Résumé

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.

Mots-clefs : Protection sociale complémentaire – Mutuelles santé – Entreprises – Concurrence

¹ E-mail : kerleau@univ-paris1.fr

Introduction

Devenue depuis quelques années objet de politique publique, la protection sociale complémentaire voit son rôle économique et politique s'affirmer au fur et à mesure que les régimes obligatoires de base, affaiblis par leurs difficultés récurrentes de financement, refluent et peinent à couvrir des besoins sociaux croissants. Branche déficitaire et poste important des dépenses sociales, l'assurance maladie est emblématique des transformations d'un État social qui remet graduellement une part de la couverture des risques entre les mains des acteurs privés : les organismes assureurs d'une part, vers lesquels les charges sont transférées, les entreprises, d'autre part, incitées à prendre leurs responsabilités sociales.

La protection complémentaire acquise dans l'entreprise occupe une place importante dans la Loi Fillon de 2003 portant réforme de retraites. Avec la réforme de l'assurance maladie de 2004 qui la complète, et avec les nombreuses productions réglementaires qui les ont précisées, le dispositif incitatif destiné à soutenir l'offre collective de couvertures en santé a été révisé en profondeur. Dans le même temps les partenaires sociaux ont été invités, aux différents niveaux de la négociation collective, à œuvrer dans le sens de la généralisation des couvertures d'entreprise. L'assurance santé privée a été ainsi conduite à une série d'ajustements dont on peut supposer qu'il n'impacte pas de la même façon les différents acteurs de ce secteur d'activité. En première approche, le modèle d'assurance santé complémentaire « préféré » par le décideur public apparaît favoriser une protection complémentaire collective, obligatoire et négociée par les partenaires sociaux. *A priori*, ce modèle peut fragiliser les mutuelles qui, à la différence des institutions de prévoyance ou des compagnies d'assurance, déploient traditionnellement leur activité sur le marché de l'assurance santé individuelle et qui, lorsqu'elles interviennent en entreprise, privilégient plutôt les contrats facultatifs. Le papier 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 afin d'en faire ressortir l'ensemble des enjeux. La loi Fillon s'inscrit en effet dans une séquence longue de changements qui ont été profondément restructurants pour l'ensemble du secteur, placé depuis la fin des années 80 dans la logique de régulation concurrentielle qui a été impulsée par l'application des directives européennes concernant l'assurance. En modifiant les modalités de compétition, 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 et/ou 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.

Dans une *première section*, nous retraçons brièvement la dynamique de la croissance des dépenses de santé et de leur financement ; l'objectif est de situer les enjeux économiques et sociaux du transfert de charge de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire. La *deuxième section* présente le nouveau cadre institutionnel de la protection complémentaire, tel qu'il a été posé par les réformes de 2003 et de 2004. Dans une *troisième section*, nous montrons comment la diffusion du modèle du contrat collectif et obligatoire peut redistribuer les avantages et les désavantages comparatifs des différents opérateurs et nous cherchons à évaluer les capacités stratégiques des mutuelles à entrer et/ou rester sur le marché de l'assurance collective. La *quatrième section*, tire quelques conclusions de nature prospective.

1. Croissance des dépenses de santé et transfert de charges vers les organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'arrière-plan macro-économique de la question qui nous intéresse est celui de l'augmentation des dépenses de santé, quelquefois mais jamais durablement freinée (1.1) et de l'imputation des restes à charge sur les budgets des organismes complémentaires et des ménages (1.2 et 1.3). Le scénario prospectif ne semble pas pouvoir s'affranchir de ces deux tendances lourdes (1.4 et 1.5).

1.1. Une croissance soutenue de la dépense de santé tirée par des facteurs structurels

La croissance des dépenses de santé au cours de la période récente est suffisamment documentée pour qu'on ne s'y attarde pas. Le ralentissement observé en 2005 et 2006, consécutif aux économies générées par la réforme de 2004 a vite montré ses limites. En 2007, le rythme de croissance de l'ONDAM s'est accéléré avec un taux de 4% (contre + 3% l'année précédente) et courant 2008, le comité d'alerte estimait son dépassement à 700 Ms€. Ce dérapage a conduit à la mise en œuvre d'un plan d'économies et d'un financement exceptionnel à hauteur de 1 Md€ par taxation des organismes complémentaires (OCAM). Alors que les pouvoirs publics se sont donné l'objectif le retour à l'équilibre en 2011, le déficit du régime général reste élevé, malgré un léger recul en 2007.

Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé sont aujourd'hui bien connus : facteurs d'offre, facteurs de demande et facteurs institutionnels, souvent inter-reliés sont à l'origine de la pente irrésistiblement positive de la consommation de soins (Missegue et Perreira, 2005). Le vieillissement de la population est vu comme un facteur majeur de la forte croissance attendue au cours des années à venir. Les projections ne sont toutefois pas faciles à déterminer, notamment en raison de l'incertitude qui entoure l'évaluation de l'impact du progrès technique sur les prises en charge (Dormont, 2006). Selon les hypothèses retenues, les chiffrages peuvent être différents mais tous démontrent l'alourdissement de 2 ou 4 points du poids des dépenses de santé dans le PIB à l'horizon 2020 (OCDE, 2006 ; ECEPC, 2006).

1.2. Des interventions « complémentaires » croissantes...

Les dépenses de santé sont prises en charge par quatre financeurs, au premier rang desquels la Sécurité Sociale de base qui participe à hauteur de 77 % en 2006. Le second financeur est constitué de l'ensemble des organismes complémentaires dont la part représente 13% des dépenses. Viennent ensuite les ménages (8,6%) puis l'État et les collectivités locales avec (1,4%) (Bourgeois et Duée, 2007) [tableau 1]. Sur moyenne période, ces parts varient peu, ce qui semble contredire l'impression souvent ressentie d'une « marchandisation » de la protection sociale. En réalité, la stabilité apparente de la part du financement par l'assurance maladie (77,1% en 1995 et 2000, 77,3% en 2004 et 76,6% en 2007) masque deux phénomènes. D'un côté, le nombre d'assurés sociaux qui bénéficient du dispositif Affections de Longue Durée (ALD), et par conséquent d'une prise en charge à 100%, est de plus en plus élevé (7,7 millions en 2006 selon les données de la CNAMTS). D'un autre côté, et dans un mouvement opposé, la structure de la Consommation de Soins et Biens Médicaux se déforme au profit des produits les moins bien remboursés ou non remboursés par les régimes obligatoires de base (certains médicaments, l'optique, le dentaire).

Comment se répartissent les restes à charge ? Au plan global, exprimé en pourcentage de la consommation de soins et de biens médicaux, le reste à charge des ménages est orienté à la baisse (il était de 9,6% en 1995), sous l'effet de la création de la CMU complémentaire et surtout d'un financement accru par les organismes complémentaires. Le taux de croissance en valeur des dépenses des organismes complémentaires (+ 71,3% entre 1995 et 2006 soit +5% en moyenne annuelle) est plus rapide que celui de la Sécurité Sociale de base pour la même période (+ 59,5 % soit 4,3% en moyenne annuelle) et que celui des ménages. En conséquence, la part des complémentaires dans la dépense totale de certains biens et services médicaux est de plus en plus importante. Elle est ainsi passée de 31,2% en 1995 à 34,7% en 2006 pour les soins dentaires, et de 25,5 à 30% pour les autres biens

médicaux (comprenant l'optique). Mais elle baisse pour les médicaments (participation à hauteur de 18,9% des dépenses contre 20,2%) sous l'effet conjugué de l'extension de médicaments non remboursés sur lesquels les complémentaires n'interviennent pas et de la dépense forte prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale des molécules innovantes pour le traitement des maladies graves. Elle diminue également pour les médecins (20% en 1995 et 18,4% en 2006) [graphique 1].

1.3. ...mais des partages AMO/AMC et ménages non stabilisés

Au plan global le transfert de charges s'effectue en direction des OCAM pour l'essentiel et un peu moins vers l'État et les collectives territoriales. Par catégories de prestations, les transferts sont plus diversifiés. C'est ce que montre la prise en compte des effets de structure : part de différentes catégories de dépenses dans la CSBM et évolution propre des remboursements de base de chacune des catégories (Sénat, 2008). On voit notamment que si les ménages sont « gagnants » sur le poste des biens médicaux, ils sont « perdants » sur les soins ambulatoires, poste sur lequel ils augmentent leur contribution directe. Ainsi la part des honoraires médicaux a fortement augmenté dans la dépense des ménages mais a diminué dans la dépense des AMC. C'est le résultat inverse qui est observé pour les *biens médicaux* (hors médicaments) dont la part augmente très fortement dans les dépenses des AMC, mais la part qu'ils occupent est plus importante dans les dépenses des ménages. Au final un transfert de charge s'opère donc mais « sa répartition entre AMC et ménages ne paraît pas stabilisée » (Sénat, *op. cit.*, p. 21)

1.4. Quelle prospective pour les OCAM ?

Face aux difficultés de l'assurance maladie obligatoire, le scénario le plus probable aujourd'hui est celui de la sollicitation croissante des OCAM. Outre la « contribution de solidarité » évoquée précédemment, le HCAAM travaille sur l'hypothèse d'un transfert de charges de l'ordre de 3 Mds d'€ aux OCAM nécessaire pour éviter que le déficit ne se creuse. Les choix politiques ne sont pas fixés, mais le réaménagement du régime des ALD, politiquement sensible, est probable. Huit millions de personnes étaient couvertes en 2002 et les ALD représentaient une charge financière importante évaluée à 58% de la dépense totale des régimes de base (Bras et *al.*, 2007). Un ensemble de constats et de travaux montrent que ce dispositif, coûteux, non seulement ne supprime pas les restes à charges importants mais entraîne également des différences de traitement entre les populations (HCAAM, 2005 ; Briet et Fragonard, 2007).² Ils conduisent à préconiser le plafonnement des restes à charge, sous la forme d'un « bouclier sanitaire » qui annulerait le reste à charge du patient s'annule dès lors que sa dépense de soins annuelle arriverait au plafond déterminé, l'assurance maladie obligatoire intervenant alors totalement pour couvrir à 100% le ticket modérateur, à l'intérieur de ses tarifs de responsabilité. L'équilibre financier d'un tel dispositif passerait par le relèvement des tickets modérateurs actuels et pourrait être associée à une logique redistributive, par l'instauration d'un plafond fonction des revenus des ménages. Pour les OCAM, il pourrait impliquer une désaffiliation massive : certains grâce au déplafonnement des dépenses d'être couverts en cas de l'occurrence d'un gros risque, les individus pourraient être amenés à ne pas acquérir une couverture complémentaire. Cette hypothèse n'est cependant pas la plus certaine, le bouclier ne concernant *a priori* que les dépenses reconnues. En revanche, il est admis est que la disparition du système des ALD va amener à l'assurance complémentaire une population « lourde » en termes de dépenses ou alourdir, dans les portefeuilles existants, la couverture d'une population qui jusqu'alors pesait peu en raison de l'exonération liée à la maladie invalidante. Ce processus pourrait obliger les opérateurs à renouer avec une « vraie » logique assurantielle alors que, jusqu'à présent, ils se sont contentés de financer une dépense courante sans aléa (JALMA, 2007). Au final, sans doute plus que les facteurs démographiques et technologiques *per se*, ce sont les conditions de la prise en charge des populations,

² Ainsi, parmi les bénéficiaires de l'exonération ALD, les assurés qui figurent dans le vingtile supérieur des consommateurs ont un RAC supérieur à 800 €, ils sont bien dans la cible du dispositif. En revanche, parmi les 15% d'assurés ayant les plus fortes dépenses de soins, les non ALD sont majoritaires ; près de 900.000 ont un RAC moyen d'environ 1.000 € par an (principalement liées à des hospitalisations).

médicalement les plus fragiles, qui sont susceptibles de modifier le modèle économique de l'offre d'assurance complémentaire.

1.5. Et pour les ménages ?

Sur moyenne période, le reste à charge global des ménages est, nous l'avons vu, orienté à la baisse. Il n'en demeure pas que la santé occupe une place croissante dans la consommation totale des ménages. C'est ce que montrent les données de la Comptabilité nationale : les dépenses de santé restant à la charge des ménages (couvertes ou non par une assurance complémentaire) augmentent depuis 2004 à un rythme supérieur à celui de l'ensemble de la consommation. En 2007, la hausse est de + 4,8 % en volume, comparable à celles de 2005 et 2006. En revanche, la hausse des prix continue de s'inscrire sur une tendance inférieure à 1% (+ 0,5% en 2007) (Consales, 2008). En outre, la stabilité de la contribution des ménages ne s'observe que sur la demande finale de soins médicaux. Les ménages achetant leurs couvertures complémentaires, la santé au sens large occupe une part croissante de leurs ressources. Entre 1996 et 2006 la participation des ménages au financement du risque maladie qui inclut la CSG et les impôts et taxes affectées à la Sécurité sociale et les cotisations aux assurances complémentaires s'est accrue de 12 points passant à 55% (35 % proviennent des entreprises et 10 % des administrations publiques) (Hennion, 2008). L'alourdissement de la fiscalité « sociale » en prend sa part, mais les cotisations et primes versées aux assureurs complémentaires ont augmenté à un rythme rapide. La dépendance aux couvertures privées exige un effort financier accru de la part du ménage, d'autant plus important que ses ressources sont faibles : on estime à 10% le taux d'effort des ménages aux revenus les plus faibles, soit un taux d'effort trois fois plus élevé que celui des ménages aux revenus plus élevés (Kambia-Chopin *et al.* 2008). Encore convient-il d'ajouter que ces efforts plus ou moins importants s'associent à des « retours », sous forme de prestations garanties, plus ou moins généreux (Arnould *et al.*, 2007).

*

*

*

Face au besoin accru de couvertures santé complémentaires, les deux dispositifs protecteurs déjà mis en place continuent de jouer leur rôle. D'une part, les ménages aux faibles revenus bénéficient avec la CMU-C d'une couverture complémentaire gratuite. D'autre part, les moins chanceux continuent de bénéficier, avec le système des ALD, de l'exonération du ticket modérateur. Mais le premier ne résout pas l'accès à la couverture complémentaire des individus dont les salaires sont faibles mais néanmoins supérieurs au seuil d'éligibilité à la CMU-C. Et comme nous l'avons vu, beaucoup de questions sont posées aujourd'hui quant à l'efficacité et à l'équité du mécanisme des affections longues et coûteuses. Pour autant l'individu, ni pauvre ni malchanceux, n'est pas complètement « abandonné » au marché. Le transfert de charges aux assurances complémentaires s'appuie sur un ensemble de mécanismes incitatifs qui prennent la forme classique d'aides à l'achat. Ainsi, les autorités publiques ont mis en place un dispositif destiné à limiter les effets du seuil de la CMU-C, 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 CMU-C, majoré de 20 %, peuvent désormais obtenir un « chèque-santé » qui finance tout ou partie coût de la couverture complémentaire. Cette formule qui peine à prouver son efficacité a été préférée, pour des raisons de coût, au crédit d'impôt que la Mutualité propose depuis plusieurs années pour alléger l'effort d'acquisition d'une couverture individuelle et rétablir ainsi l'équité avec les contrats collectifs qui bénéficient, eux, d'un traitement social et fiscal de faveur (Caniard, 2003). Pourtant, par le biais des dispositions législatives et réglementaires des réformes de 2003 et de 2004, le décideur public a manifesté son soutien à l'assurance privée collective, tout en révisant le cadre antérieur. Ont été ainsi encouragées, tout en respectant le caractère volontaire de la démarche d'assurance, des formes obligatoires, et responsables, de protection complémentaire santé en entreprise, favorisant *de facto* la négociation collective.

2. La préférence du décideur public pour les couvertures collectives sur un marché régulé et normalisé

La protection complémentaire acquise dans l'entreprise occupe une place importante dans la réforme de 2003 portant réforme de retraites qui en modifie le traitement social et fiscal. La réforme de 2004, relative à l'assurance maladie et surtout la convention tripartite introduisant Derrière un ensemble de mesures techniques se profilent des choix qui restructurent en profondeur la physionomie des assurances collectives. La fiscalité prend place par ailleurs dans un ensemble d'instruments par lesquels l'État sollicite les partenaires sociaux.

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

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, dans la limite d'un plafond, les cotisations versées par le salarié à ses régimes complémentaires de son revenu imposable. Les cotisations patronales au profit des salariés sont quant à elles exclues de l'assiette des charges sociales propres à chaque salarié, mais dans certaines limites. La limite de déductibilité est fixée à partir d'une formule composite qui fait, pour partie, dépendre du salaire l'amplitude des exonérations ; il en est de même pour la limite d'exonération des cotisations sociales. Lorsque ces limites sont dépassées, les cotisations versées sont requalifiées en complément de salaire et réintégrées dans la rémunération imposable dans le premier cas, dans le salaire soumis aux charges sociales, dans le second.

Les changements techniques opérés en 2003 – désolidarisation de la retraite supplémentaire et de la prévoyance (au sens large), modification des plafonds et des règles de calcul – 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.³ Mais ils doivent être appréciés au regard de la rupture plus radicale qu'introduisent les nouvelles conditions qui ouvrent droit aux avantages aux seuls contrats collectifs obligatoires. La couverture complémentaire doit en effet être rendue *obligatoire* pour pouvoir bénéficier de la règle de neutralité sociale alors que le régime antérieur ouvrait le droit à l'exonération indépendamment des modalités retenues dans le contrat d'assurance qui pouvait être collectif ou individuel, à affiliation obligatoire ou facultative. Dorénavant 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 elle est opposable (sauf quelques cas dérogatoires) à tous les salariés. En revanche, le caractère obligatoire était une condition d'ouverture du droit au bénéfice fiscal, et bien entendu il le reste, mais d'autres conditions d'éligibilité ont été introduites. Ainsi les cotisations doivent comporter une *participation effective de l'employeur* et elles doivent être fixées à un *taux uniforme* à l'égard de toutes les personnes appartenant à une même catégorie objective de personnel. Il est également précisé que les contributions patronales ne doivent pas se substituer à d'autres éléments de rémunération.

³ Qu'est ce qui a changé ? Dans le système antérieur, les contributions aux régimes de retraite, de prévoyance et de santé n'étaient pas distinguées. Un régime généreux en retraite supplémentaire pouvait ainsi grignoter l'intégralité de l'effort non taxable. Le nouveau traitement désolidarise les risques et permet aux entreprises d'avoir des marges de manœuvre plus étendues quant à leur offre d'assurances complémentaires. Qu'en est-il de l'amplitude de l'incitation ? Le changement opéré dans les règles d'exonération de charges ou de déductibilité a pour effet de repousser vers le haut de la hiérarchie de rémunération le montant de la rémunération du salarié qui consomme intégralement le disponible fiscal ou social pour les couvertures complémentaires. En revanche, les nouvelles dispositions sont moins favorables pour les salaires inférieurs pour lesquels elles peuvent engendrer des réintégrations dans les rémunérations chargées ou imposées, lorsque les couvertures collectives sont de bon niveau donc fortement consommatrices de l'enveloppe de déductibilité ou d'exonération. Le changement des règles est donc plutôt en faveur des très hauts salaires pour lesquels les entreprises trouvent, par rapport au système antérieur, plus de latitude pour ajuster vers le haut l'offre de couvertures santé. On ajoutera que l'effet du traitement fiscal joue à plein pour les hauts revenus qui ont des taux marginaux d'imposition élevé et une préférence pour des couvertures sociales elles-mêmes élevées (Kerleau *et al.* 2008).

L'autre nouveauté ultérieurement introduite en application de la réforme de 2004 relative à l'assurance maladie est la limitation de traitement social et fiscal favorable aux seuls contrats *responsables*. On sait que les incitations au respect du parcours de soins ont pris la forme de sanctions signifiant la baisse du taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour les actes hors parcours de soins. Les contrats dits « responsables » sont des contrats qui s'engagent à ne pas compenser les restes à charge supportés par un patient qui n'aurait pas respecté le parcours de soins. Seuls désormais les contrats « responsables » permettent aux entreprises et aux assurés de conserver les avantages fiscaux et sociaux attachés à leur complémentaire santé. Ultérieurement le caractère « responsable » a été étendu aux contrats prévoyant une prise en charge renforcée en matière d'actions de prévention.

2.2. Des couvertures collectives négociées

L'incitation socio-fiscale n'est pas le seul instrument utilisé par les pouvoirs publics pour encourager la diffusion des couvertures complémentaires et les rendre obligatoires à l'ensemble des salariés de l'entreprise. Les protections sociales complémentaires sont traditionnellement un champ d'intervention de la négociation collective. Mais 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,⁴ les organisations patronales considérant comme étant plus pertinente la négociation menée au niveau de l'entreprise. Pour rendre effective cette dernière, les employeurs non couverts par un accord de branche sont tenus d'ouvrir la négociation annuelle obligatoire portant sur les salaires au thème de la prévoyance santé.⁵ Dans l'obligation de se concerter, les parties ne sont toutefois pas tenues d'aboutir. Partant de cette donnée et du constat de la faiblesse du nombre de petites et de moyennes entreprises offrant une couverture complémentaire (DARES, 2006), les autorités publiques ont invité, en 2007, les partenaires sociaux à engager des négociations, dans un cadre interprofessionnel, afin de rendre la complémentaire maladie obligatoire dans les petites et moyennes entreprises (mémoire Larcher).⁶ Différents arguments économiques militent en effet en faveur des accords collectifs à adhésion obligatoire négociés au niveau d'une branche professionnelle. Premièrement, ils permettent d'organiser une mutualisation des risques entre un vaste ensemble de salariés, ce que ne peut pas faire une petite entreprise. Deuxièmement, ils permettent d'offrir des garanties plus favorables à un coût plus accessible. Troisièmement, 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 par leurs représentants qui ont accueilli avec beaucoup de réserve l'initiative du politique, initiative qui a, par ailleurs, eu tendance à se dissoudre dans un agenda social très chargé.

2.3. Des droits « prolongés »

Le contrat collectif est enfin celui qui favorise la mise en place de couvertures à caractère viager, à condition tarifaire acceptable pour le salarié. La pierre angulaire de cette protection « sécurisée » est la loi du 31 décembre 1989, dite loi Évin « *renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques* ». La protection acquise par la souscription d'un contrat à 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

⁴ Depuis 1999 (loi du 27 juillet mettant en place la couverture médicales 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).

⁵ Article L. 132-27 du Code du travail

⁶ 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.

certaines maladies. Cette même loi prévoit les conditions du maintien individuel d'une couverture collective dans certaines situations. La première concerne les situations de rupture de contrat de travail. 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 en pré-retraite ou en retraite. La liberté tarifaire de l'assureur pour ce nouveau contrat, devenu contrat individuel est par ailleurs limitée : les tarifs applicables ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs applicables aux salariés actifs. La deuxième situation ouvrant droit au maintien des garanties (quel que soit dans ce cas le risque couvert) concerne les cas de résiliation ou de non-renouvellement d'un contrat collectif à adhésion obligatoire. Le contrat doit prévoir les modalités et conditions tarifaires selon lesquelles l'organisme assureur, peut maintenir la couverture, à titre individuel, sans période probatoire ou questionnaire médical. Mais à la différence de la situation précédente, la tarification de l'organisme assureur qui accepte le contrat individuel est libre. Il est indéniable que la loi Évin protège les salariés assurés collectivement et obligatoirement dans le cadre de leur entreprise. En conséquence tout encouragement ciblé sur cette modalité contractuelle contribue à étendre le champ d'application des protections contre les excès du marché assurantiel (sélection des risques, résiliation ou/et révision des garanties contractuelles).

*

* *

En résumé, ce qui caractérise la séquence ouverte au début des années 2000, c'est moins la diversité des instruments de régulation que le fait qu'ils soient mobilisés, simultanément, par un acteur public cherchant, d'une part, à généraliser, dans un contexte de repli de l'assurance de base, les couvertures complémentaires et témoignant, d'autre part, sa préférence pour un modèle de protection complémentaire obligatoire, largement mutualisé, négocié entre les partenaires sociaux, responsable et normalisé. Un modèle finalement plus proche du modèle « d'assurance de salaire » au fondement de la Sécurité sociale, que du modèle « assurantiel pur » à la double différence près (importante il est vrai) que l'incitation l'emporte sur l'obligation (et donc préserve le droit d'option des entreprises), d'une part, que l'assurance complémentaire est financée par subventionnement d'une demande dédiée et gérée par des opérateurs privés sur un marché concurrentiel, d'autre part. Nous reviendrons sur l'interprétation que l'on a de cette politique publique. Regardons d'abord les effets qu'elle peut avoir sur l'organisation sectorielle.

3. Les avantages et désavantages comparatifs des mutuelles santé sur des marchés concurrentiels

Les réformes de 2003 et 2004 doivent être resituées dans le déroulement d'un processus plus long afin d'en faire ressortir l'ensemble des enjeux. L'aménagement des couvertures collectives d'entreprise s'inscrit en effet dans une séquence de changements institutionnels qui ont été profondément restructurants pour l'ensemble du secteur puisque ce dernier est entré, au cours des années 80, dans la logique de régulation marchande impulsée par l'application des directives européennes concernant l'assurance (3.1). La suppression des barrières réglementaires a accentué l'intensité concurrentielle sur un marché constitué d'opérateurs hétérogènes (3.2). En modifiant les modalités de compétition, 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 et/ou en construire de nouveaux. C'est dans ce contexte que l'on doit apprécier le « choc » que représente le dispositif Fillon en faveur des contrats collectifs obligatoires (3.3).

3.1. Les « chocs » des années 90

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

L'offre mutualiste de protection sociale s'inscrit dans une histoire longue, plus longue que celle de l'offre mutualiste complémentaire qui, elle, accompagne la Sécurité sociale depuis 1946. Adossée à la construction de l'État-providence, l'offre complémentaire a évolué en fonction des vicissitudes de ce dernier mais dans un contexte institutionnel relativement stable. Ce n'est qu'à partir de 1985, qu'un certain nombre d'étapes législatives ont contribué à élaborer un cadre juridique renouvelé de la protection sociale complémentaire, individuelle ou collective. Un double objectif dominait alors : celui d'une mise en ordre d'un domaine dont les structures ont évolué, en quarante ans, selon une logique propre et celui, d'ailleurs lié au précédent, d'améliorer les garanties de prévoyance dont pouvaient bénéficier les assurés-salariés dans leur entreprise. Ce mouvement de rationalisation s'inscrivait dans le cadre communautaire, puisqu'au même moment, la construction européenne, par la voie de la transposition des directives assurances dans le droit français, modifiait sensiblement les règles du jeu pour l'ensemble des acteurs du marché. Cette période a débuté et s'est bouclée par les deux réformes du Code de la Mutualité. Entre temps, ont pris place les processus législatifs de 1989 (loi Évin) et 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, 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 dont les positions paraissent alors asymétriques : les uns, les assureurs, en phase « naturellement » avec l'approche libérale européenne, les autres, les institutions de prévoyance et surtout les mutuelles, sommées de faire preuve de flexibilité, principielle et organisationnelle, pour s'adapter au cadre « libéral » des directives européennes sur l'assurance.

À partir de 2001, l'aménagement des textes régissant les activités d'assurance en application des directives européennes est achevé. A l'issue de ce processus tous les acteurs se sont vus reconnaître le droit d'exercer toutes les activités d'assurance, ce qui met fin à l'existence de barrières à l'entrée sur certains segments pour certains intervenants. En conséquence, 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) (Lafitte et Borderie, 2006). 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 IP, jusqu'alors cantonnées dans l'assurance collective, sont désormais autorisées à accepter les adhésions individuelles lorsqu'elles proposent des poursuites de contrats à leurs membres adhérents qui quittent le champ d'application des couvertures complémentaires collectives et obligatoires. Enfin, la suppression de la taxe de 7% sur les contrats complémentaires solidaires est étendue aux sociétés d'assurance alors que jusqu'alors seules les IP et les mutuelles étaient concernées.

3.1.2. De nouveaux entrants

La suppression des barrières à l'entrée a donc eu pour principal effet d'homogénéiser les conditions et contraintes d'activité entre les familles historiques. Ce n'est le seul effet car les firmes installées ont été privées d'avantages particuliers par rapport aux nouveaux entrants. Or, selon la théorie, la possibilité réglementaire d'entrée sur un marché fait de ce dernier un marché « contestable » dès lors que les coûts fixes d'entrée ne comportent aucune irréversibilité (coûts irrécupérables). Lorsque ces conditions sont réunies, et si le prix excède le coût moyen de nouveaux entrants, les entrants « menacent » les positions acquises et cette simple menace peut conduire à une tarification concurrentielle. Le marché de la complémentaire santé n'a certes pas fonctionné comme un marché contestable – on n'a pas observé de baisse généralisée des prix et nombre de nouveaux entrants reste relativement faible –, il n'en demeure pas moins que les opérateurs en place ont du faire face à l'arrivée de concurrents particulièrement offensifs, avec une offre de produits attractifs en rapport qualité-prix, soit parce qu'il peuvent tirer partie de la puissance de leurs réseaux (bancassureurs), soit parce qu'il ont capacité à « multi-équiper » les clientèles qu'ils couvrent en assurance IARD (MAAF, MACIF).

3.2. La diversité des profils des intervenants sur un marché saturé

Le niveau de pression concurrentielle sur un marché est aussi conditionné par le degré de diversité des profils des entreprises en compétition sur ce marché. Cette diversité peut s'apprécier au niveau des caractéristiques des opérateurs mais également au niveau de leurs objectifs et plus largement de l'enjeu que représente pour eux la présence sur le marché.

3.2.1. 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. 2.088 mutuelles reconnues comme actives sont recensées (source : ACAM, 2007). Plus de la moitié (1.270) pratiquent une activité d'assurance, 6 sur 10 disposent d'agrèments 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 – qui permettent une vue homogène des contributions des différents opérateurs – 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 Md€. Entre 2001 et 2006, il a progressé au rythme annuel moyen de 8%, l'évolution récente semble marquer le pas après les fortes progressions enregistrées entre 2002 et 2005 qui étaient tirées par des réajustements tarifaires conséquents. 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 Institutions de prévoyance (- 1,5 points) dont le poids global est toutefois nettement plus faible (17% en 2006 versus 18,7% en 2001). Ces tassements se font au profit des sociétés d'assurance qui enregistrent de 2001 à 2006 des taux de croissance supérieurs à leurs compétiteurs mutualistes et paritaires. Elles gagnent donc des parts de marché : elles représentent le 1/4 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 [tableau 2].

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 17,1 milliards d'€, dont plus de 88% proviennent de l'activité non vie qui est prédominante. Le montant de la collecte en épargne-retraite et en prévoyance décès ne représente que 12% des cotisations totales (source : FNMF, 2007). Les mutuelles consacrent donc l'essentiel de leur activité au marché de la santé et une part beaucoup plus faible en prévoyance et en retraite. Les institutions de prévoyance réalisent quant à elles l'essentiel de leur activité (environ 90% des primes encaissées) en frais de soins et 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 frais de soins est faible au regard de l'activité en épargne-retraite ; elle se concentre à hauteur des 2/3 sur la prévoyance « lourde » (invalidité-incapacité-retraite). Trois quarts environ des cotisations encaissées sur le segment de la complémentaire santé, le sont sur des produits individuels, ce chiffre tombe à 60% pour les garanties indemnités journalières, incapacité et invalidité. Si les mutuelles continuent d'occuper une position dominante en assurance individuelle (71% contre 24% et 5% respectivement pour les sociétés d'assurance et les IP), l'activité est mieux distribuée en assurance collective. Les institutions de prévoyance dominent avec près de 40% des parts de marché, elles sont suivies par les sociétés d'assurance (33%), les mutuelles réalisant 28 % du marché de l'assurance collective.

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

La présence sur le marché de la complémentaire santé est un enjeu important pour les organismes qui y déploient l'essentiel de leur activité, c'est le cas des mutuelles moins diversifiées sur les activités connexes que leurs concurrents. Mais c'est un marché qui aujourd'hui est relativement « saturé » : le taux d'équipement des ménages (en incluant la CMU-C) est en effet 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 raisonnable de penser qu'il est important pour les mutuelles qui se voient « contester » sur leur cœur de métier (l'assurance-santé individuelle), non seulement de fidéliser leurs clientèles, 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 [tableau 3]. Si ce pourcentage est en augmentation, il faut néanmoins reconnaître qu'il est difficile d'anticiper clairement le trend de croissance du marché collectif. Comme nous l'avons vu précédemment, dans ses orientations récentes, la politique publique « remet » aux entreprises le soin d'organiser la protection complémentaire en assurance santé, à un moment où la protection sociale de base est perçue comme étant insuffisante en quantité. Cette remise sur le marché est toutefois pilotée. L'incitation est en faveur de formes collectives de prévoyance-santé et au sein de celles-ci, et bien que les entreprises gardent un droit d'option, plutôt en faveur de couvertures obligatoires. Le modèle collectif obligatoire vers lequel le décideur public veut amener employeurs et salariés donne une solidité certaine aux droits acquis par les salariés dans leurs entreprises. Il permet de tirer 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 dans lesquelles ils travaillent. 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.⁷ Les bénéfices futurs de l'entrée sur le marché du collectif sont certes incertains pour les mutuelles santé, mais la décision rationnelle est dans ce contexte « d'y aller » sauf à accepter de se priver des gains de positionnement sur ce marché s'il devenait clairement porteur.

3.2. Un nouveau régime de concurrence et de nouveaux modèles économiques

L'évolution de l'environnement institutionnel et les caractéristiques du marché de l'assurance santé complémentaire vont donc dans le même sens pour durcir les mécanismes de sélection. Essayons de préciser ce mouvement en examinant les terrains sur lesquels se déroule la compétition.

3.2.1. Les trois modalités génériques de concurrence

On distingue traditionnellement trois modalités génériques de concurrence. La concurrence par les prix revient pour les entreprises à être les « moins-disant », à offrir les prix les plus bas à qualité donnée ou du moins à rétrocéder aux destinataires finals 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.

⁷ Les dispositions de l'article 14 de l'ANI 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 la Cour de Cassation interprète étroitement l'article 4 de la loi Évin (relatif au maintien de la couverture santé des retraités) peuvent conduire les entreprises à limiter leurs engagements.

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.

Le rôle du prix est fonction de la sensibilité de l'acheteur au montant de la prime ou de la cotisation, ou en termes plus techniques, de l'élasticité-prix de la demande. Il joue de façon d'autant plus importante que les produits sont peu différenciables ; lorsque les différentes variétés d'un même produit apparaissent comme d'étroits substituts aux yeux d'un consommateur, celui-ci arbitre plus aisément en faveur de la compétitivité-prix. En revanche, celle-ci est atténuée lorsque l'acquisition par les acheteurs de l'information sur le positionnement en prix et en qualité du produit représente un coût important. Un vendeur baissant isolément ses prix aura peu de chances de bénéficier en retour d'un accroissement significatif de ses ventes puisque peu d'acheteurs en seront informés. De même, l'appréciation de la qualité dépend de la complexité du produit et de la capacité de l'acheteur à en observer les caractéristiques *ex ante*. En situation d'asymétrie informationnelle sur la qualité du bien, le consommateur peut difficilement discipliner les offreurs, ceux-ci pouvant d'ailleurs pratiquer des politiques de prix élevés afin d'émettre un signal de qualité vers les acheteurs. Des arguments identiques peuvent être avancés concernant les services, même si l'importance grandissante de la différenciation-service va dans le sens des attentes des consommateurs soucieux de l'environnement de leur consommation. Mais de telles stratégies peuvent être génératrices de coûts fixes importants rentables seulement sur des marchés étendus. De façon plus générale, les différenciations service ou produit peuvent difficilement constituer un levier concurrentiel quand le turn-over des consommateurs est important.

Il y a donc tout lieu de penser que la disparition des barrières tant à l'entrée dans le champ de la complémentaire qu'à la mobilité entre ses différents segments va élever le degré de concurrence potentielle, en disciplinant non seulement les comportements tarifaires (a) mais également en suscitant la recherche de différenciation (b). Le durcissement de la compétition n'est en effet pas dû seulement à un nombre de concurrents plus élevé mais au fait également que les nouveaux entrants peuvent apporter des nouveautés sur le marché.

Quelle orientation spécifique ces modes de concurrence prennent-ils dans le champ de la complémentaire santé ? Comment sont-ils dosés sur le segment du collectif ?

3.2.2. Les formes de concurrence sur le marché de la complémentaire santé

Les politiques tarifaires

En première approche, on observe que, d'un point de vue global, 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 de 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 – à défaut de pouvoir entrer de façon plus approfondie dans l'économie des contrats – 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 on sait que globalement, tous les opérateurs ont restauré, dans une période de bonne conjoncture assurantielle, leurs ratios techniques avec le souci, partagé, d'assainir les 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, quand bien même la loi des grands nombres permet de faire baisser le coût moyen de fabrication des contrats. 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 P/C des contrats collectifs est l'une des raisons qui ont amené les assureurs à réajuster les taux de cotisations pour rendre leurs portefeuilles économiquement viables sous contrainte de préservation ou de gains de parts de marché. On conçoit par ailleurs facilement que dès lors qu'il a un poids économique certain, l'acheteur a la capacité de « faire le prix » du contrat. On doit s'attendre en conséquence à ce que la compétitivité-prix soit 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. Il y a dans ce domaine plusieurs voies d'innovation possibles pour les assureurs santé. La première est celle « classique » de l'innovation sur les garanties. Dans ce cadre une « prime » est donnée aujourd'hui à la prévention. 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 de risque, ou des transferts très partiels. Du point de vue des assureurs, l'attente forte des assurés pour des garanties plus séduisantes sur des postes de 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).

Une deuxième stratégie innovante s'appuie sur de nouveaux mécanismes assurantiels dont sont emblématiques le *low cost* et franchise prépayée. Dans les deux cas, la cible est celle des faibles consommateurs qui souhaitent avoir accès à des produits adaptés. Présentés par leurs promoteurs comme relevant du souci d'apporter des solutions au plus près des préférences des consommateurs-assurés, ces produits participent, dans une logique pure d'économie assurantielle, 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.⁸ Si ces produits visent les petits budgets, la franchise prépayée cible quant à elle, les personnes qui consomment peu mais qui, 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/faible demande de remboursement. La contrepartie est une mise plus importante que celle d'un contrat classique : la surprime. S'il consomme peu, l'assuré se verra restituer une partie de sa prime, s'il a beaucoup consommé, il sera remboursé à hauteur des garanties achetées, mais il aura payé plus cher sa couverture.⁹ 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 forts consommateurs. La volonté d'infléchir les comportements n'est pas absente de ces pratiques de segmentation mais elle est plus clairement centrale dans les produits développés par les acteurs mutualistes et destinés aux populations à revenus modestes mais non éligibles aux dispositifs CMU-C ou d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. L'idée est d'offrir à l'assuré une bonne couverture à un prix raisonnable à condition de respecter le parcours de soins, de payer le reste à charge sur les médicaments à vignette bleue : en dehors de ces conditions, il bénéficie des services habituels. Dans cet esprit, le produit Ethik'éo lancé par le groupe mutualiste Eovie est accompagné de la signature d'une charte d'engagement sur un comportement responsable.

⁸ Différents produits apparaissent sur le marché qui 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)).

⁹ 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 d'occurrence du risque, 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.

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, formaté par le respect d'un ensemble de contraintes, 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

Celle-ci 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 consommateurs. L'innovation « service » renvoie à la fourniture de services annexes aux prestations. La pratique du tiers payant avec dispense d'avances de frais est encore inégalement diffusée : institutionnalisée pour la pharmacie, assez large pour les hôpitaux et les cliniques, en progression pour certaines professions (radiologie par exemple). Les freins sont connus : le tiers-payant contribue à l'expression de comportements de risque moral. Mais ne pas proposer ce service est un vrai désavantage pour les organismes assureurs. Certains organismes complémentaires pensent maintenir le premier en se protégeant du deuxième par la constitution de 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 sélectionnés qui s'engagent sur des tarifs et des normes de qualité. Si le prix demandé à l'assuré semble trop élevé, la plate-forme peut le négocier à la baisse, ou orienter le patient vers un membre de réseau qui consentira des prix inférieurs. 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 la capacité d'assumer. La capacité des opérateurs à offrir des services de *reporting* et de suivi des contrats performants peut dès lors être considéré comme un atout compétitif.

3.3. Le modèle économique des mutuelles face à un nouveau régime de concurrence

Quelles sont les avantages et désavantages comparatifs des mutuelles ? 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 d'une part, au regard de leur capacité à pénétrer le marché de l'assurance collective où elles ont, comme on l'a vu des positions faibles, d'autre part, à rester dans l'entreprise lorsqu'elles y sont implantées par le biais de « mutuelles maison ».

3.3.1. Entrer dans l'entreprise : la capacité de l'offre mutualiste à se déployer ou 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,

l'impression qui prévaut est que sauf événement important, ces interrogations du marché ne constituaient 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.

Les deux marchés sont aujourd'hui accessibles, réglementairement, à l'ensemble des opérateurs. La question qui est ici posée est celle de la capacité de l'offre mutualiste collective à prendre des parts de marché à des compétiteurs offensifs. De manière générale, dans le contexte de durcissement de la pression concurrentielle, les différentes modalités de la concurrence ont tendance à s'équilibrer. Les organismes complémentaires sont dans leur ensemble de plus en plus tenus d'assurer un niveau satisfaisant de compétitivité sur leurs prix, leurs produits et leurs services. C'est particulièrement le cas en offre individuelle, cela le reste en offre collective, même si comme nous l'avons vu, le marché paraît *a priori* plus routinier et conservateur. La compétitivité-prix est ce qui permet de fidéliser, alors que la sensibilité de la demande au prix a tendance à augmenter et que l'attention aux performances (rapport qualité/prix) des contrats s'aiguise. La compétitivité sur les produits est importante aux yeux d'assurés consommateurs et aux yeux des directions d'entreprise à la recherche de formules innovantes articulant individualisation/standardisation. La compétitivité-service est valorisée par des consommateurs finaux (les assurés-salariés et les directions d'entreprise) soucieux de l'environnement de leur consommation ou du contrôle de leurs coûts. Ces trois modes de concurrence amènent les opérateurs à réfléchir leurs stratégies au niveau opérationnel de l'ensemble des composantes, organisationnelles et marketing, de leur modèle économique (Demil et Lecocq, 2008).

La taille comme source d'avantages concurrentiels

Dans le nouveau régime de concurrence que nous avons décrit, *la taille* constitue un atout nécessaire. Il est nécessaire parce que la taille permet d'engranger les gains d'échelle qui permettent de construire une politique de minimisation des coûts. Or l'existence d'économie 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. La recherche de la taille minimale « optimale » revêt donc un caractère crucial. C'est un élément déterminant des stratégies de concentration observés dans le secteur, renforcé il est vrai par l'effet de l'imposition des normes prudentielles.

Le secteur des mutuelles a ainsi connu une vague sans précédent de rapprochements, tant dans la Fonction publique que parmi les mutuelles interprofessionnelles. Cette concentration s'est traduite par une diminution importante du nombre de mutuelles. Pour autant, et relativement aux autres secteurs, les mutuelles constituent un secteur peu concentré. Les cinq premières réalisent 20% du chiffre d'affaires du secteur et les 30 premières 44% alors que les cinq plus grosses institutions de prévoyance réalisent plus de 50% du CA 2006. Le premier (ProBTP) à lui seul collecte 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 mutualiste peuvent constituer un avantage comparatif.

Il n'en reste pas moins que la compétition est rude avec les institutions de prévoyance et les assureurs. 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 sur l'agenda des partenaires sociaux. A la clef de cette

initiative, il y a un 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. Comme on le sait la procédure de désignation et les relations privilégiées que les IP entretiennent avec les partenaires sociaux avantagent les institutions de prévoyance 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, MSI et bancassureurs, ils constituent grâce à leurs réseaux de distribution des concurrents certains sur le marché des petites entreprises. La percée de ces nouveaux entrants relativise le rôle de la taille, certes nécessaire mais pas suffisante que ce soit dans une stratégie de consolidation ou de conquête. La capacité à se diversifier et la qualité des réseaux de distribution jouent également de façon déterminante dans le champ de l'assurance collective.

La diversification

Si la taille joue comme condition nécessaire à la construction d'avantages concurrentiels mais non suffisante, c'est en raison de la place de plus en plus importante prise par les questions de marketing. 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. La difficulté étant pour les différents opérateurs de faire preuve de compétitivité suffisante dans l'offre des différentes composantes sachant qu'elles peuvent nécessiter des compétences spécifiques.

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 décloisonnement des métiers plus ancien, ont capacité à développer des offres packagées en santé, prévoyance et retraite et avec les IP pour lesquels 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 ». En effet, en dépit de leurs relations privilégiées avec les comités d'entreprise, 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'offre de produits packagés semble en effet être considérée par les opérateurs comme répondant à une attente forte des entreprises et de leurs salariés. L'alliance conclue en 2007 entre les principaux groupes mutualistes interprofessionnels avec l'UNPMF¹⁰ 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'entreprises. 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 de distribution diversifiés, les Institutions de prévoyance 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 qui dont les interlocuteurs privilégiés des partenaires sociaux, en particulier les syndicats, qui restent sensibles à l'esprit mutualiste. Les institutions de prévoyance ont une politique similaire. Ce schéma est cependant mis à l'épreuve des stratégies nouvelles de marché. Les

¹⁰ Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française

autres assureurs ont adopté une stratégie « multi-canal » pour distribuer leurs produits d'assurance collective de personnes et de façon privilégiée, ils transitent par les intermédiaires pour la distribution de leurs produits santé/prévoyance et font appel essentiellement aux courtiers. Néanmoins, la stratégie de distribution des mutuelles et celle des IP est aujourd'hui marquée par une ouverture plus large vers les intermédiaires, en particulier les courtiers (Precepta, 2007, 2008). Cette évolution est fondée sur une convergence d'intérêts, qui commence à se dessiner entre les deux protagonistes. Les institutions de prévoyance et les mutuelles ont en effet besoin des courtiers pour accéder au marché des TPE. Ces derniers peuvent par ailleurs avoir intérêt à s'ouvrir vers l'économie sociale, dans un contexte où le nombre d'assureurs a tendance à se rétrécir. 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 une pratique courante dans les très grandes entreprises. En effet, cherchant à élargir leur domaine d'intervention en essayant de pénétrer le marché des PME et celui encore peu exploité des très petites entreprises (TPE), les différents opérateurs bâtir une force de frappe distributive adaptée à cette cible. Pour les IP et les mutuelles, celle-ci s'oriente vers un plus grand recours au courtage, qui est donc appelé à se renforcer. Pour les IP, la recherche de partenariats avec les mutuelles, compte tenu de la bonne image qu'ont ces dernières auprès des TPE peut constituer une stratégie payante.

La recherche de partenariats

En tout état de cause, l'arrivée de nouveaux entrants et le décloisonnement des métiers ont contribué à relever l'intensité concurrentielle sur les deux segments de la complémentaire santé. Les mutuelles ne sont pas sans atouts sur le marché de « conquête » que représentent les PME et les TPE où leur image peut jouer comme un actif spécifique. De façon plus offensive, les mutuelles de santé ont revu leurs « modèles économiques », notamment au niveau marketing (quelle offre ? quelle tarification ?) et au plan de la distribution (quels canaux utiliser ?), de façon à générer plus de revenus, tout en se protégeant (et en protégeant leurs adhérents) de la démutualisation engagée par les stratégies très agressives du secteur assurantiel. Les possibilités de différenciation au regard des pratiques des concurrents sont toutefois étroites. Le fait que la concurrence tend à réduire l'hétérogénéité est bien établi par les économistes industriels, et la période ouverte par le nouveau millénaire ne peut que confirmer la tendance à l'alignement des pratiques de tarification (Mauroy, 1995) ou des pratiques commerciales (Kaminski, 2003) déjà observées et analysées, y compris sur le segment collectif (Del Sol et Turquet, 2001). Sans doute faut-il insister – sans pouvoir développer en l'absence d'une analyse plus approfondie – sur les « nouvelles stratégies partenariales » qui se font jour. Les alliances et partenariats qui se développent entre les mutuelles et entre les mutuelles et les groupes de prévoyance prennent des formes multiples et le degré d'intégration est plus ou moins poussé. L'idée commune est que la « taille critique » ne passe pas nécessairement par fusion et absorption mais par rapprochements, qu'il soit 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 co-opétition (mélange de compétition et de coopération) qui se nouent autour d'outils ou de savoir-faire spécifiques considérés comme éléments stratégiques de la chaîne de valeur (Precepta, 2008). Au final, que ce soit en terme de choix de positionnement ou de choix des moyens pour conduire la stratégie de développement, les mutuelles disposent de variables d'action mais 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, dans le cas des mutuelles de santé, valeur d'exemple.

3.3.1. 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'entreprises peuvent constituer des sections dans les différents établissements de l'entreprise (Code de la Mutualité). Du fait de leur histoire¹¹, on retrouve les mutuelles d'entreprise plutôt dans le secteur public et parapublic et dans le secteur manufacturier traditionnel. On évalue leur nombre aujourd'hui à 400, dont une centaine adhère à l'UNME (soit une population adhérente d'environ 2 millions de personnes), structure fédérative créée en 1986 dans le but d'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. Certaines sont facultatives, d'autres obligatoires.

Du fait de leur relation organique avec les entreprises, la situation des mutuelles d'entreprise dépend de celle des entreprises mères : quand 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. Ce sont le plus souvent des entreprises anciennes, fordistes, à forte tradition de marchés internes dans lesquelles les relations entre le salarié et son entreprise sont des relations de long terme. Dans ces entreprises l'ancienneté moyenne est élevée et la pyramide des âges élargie dans sa partie supérieure. Il en découle une sinistralité plus lourde des portefeuilles des mutuelles d'entreprise. Le risque démographique comporte cependant une autre dimension lourde d'enjeux : elle concerne les parts respectives actifs/retraités couverts par la mutuelle. Expliquons.

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). Ainsi si l'entreprise s'est engagée, dans le cadre d'un accord d'entreprise, à prendre en charge la couverture médicale ou le régime de prévoyance de ses salariés lors du départ de l'entreprise, elle est liée par un engagement viager à l'égard de ses ex-salariés et tenue de l'évaluer et de le comptabiliser. 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 à 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

¹¹ Le format de cette contribution ne permet pas de développer l'histoire des mutuelles d'entreprise. Rappelons seulement a) que leur émergence est étroitement liée au patronage patronal que l'on voit apparaître dans les grands sites industriels de l'époque à l'initiative de certains employeurs, soucieux de fixer la main d'œuvre et de l'enrôler dans l'industrialisation naissante (Hatzfeld, 2004), b) qu'elles sont maintenues par l'ordonnance du 19 octobre 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 FNMF est une histoire chaotique (Toucas-Truyen, 1998)

indemnités de fin de contrats de travail. Les engagements sociaux de l'entreprise peuvent représenter un coût important dans leur composante prévoyance compte tenu de l'évolution prévisible de l'évolution de la consommation médicale selon l'âge, ce qui pose très clairement le problème de la soutenabilité de son effort contributif. Le cabinet MERCER Human Consulting Group a ainsi chiffré, à partir des rapports annuels des entreprises du CAC 40, à 185 Mds €, 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.

Le processus de normalisation comptable expose donc aujourd'hui les entreprises à l'alourdissement du coût de leurs engagements sociaux qui pèsent d'autant plus sur leurs comptes que les pyramides des âges sont vieillissantes. C'est dans ce cas que la solidarité actifs/retraités trouve ses limites et sous cet aspect, les plus touchées sont les entreprises « mûres » dans lesquelles les ratios retraités/actifs sont élevés. Ce sont aussi celles au sein desquelles on trouve fréquemment, pour la couverture santé des salariés et des ex-salariés, les mutuelles d'entreprises qui ont accompagné le développement de l'entreprise fordiste. La quasi-totalité d'entre elles offre 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.

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, bien que le retour d'informations ne soit aujourd'hui pas complet, 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, comme avec les 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 inter-générationnelle existants mais elles ont aussi quelquefois conduit 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 Ressources Humaines dans les entreprises n'est pas favorable au maintien des « mutuelles maison ».

4. Conclusion : Les mutuelles de santé à l'épreuve des changements institutionnels de la protection sociale complémentaire

Au regard de la séquence de moyenne période, qui a été rappelée brièvement, l'inflexion marquée par les réformes de 2003 et de 2004 est forte : il ne s'agit plus seulement d'introduire les principes communautaires d'une régulation concurrentielle, mais de faire de la protection sociale complémentaire un objet de politique publique. Ceci posé, nombreuses sont les ambiguïtés d'une politique 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 en effet 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 il doit s'acquitter en participant à la politique de maîtrise des dépenses de santé, telle est la philosophie du contrat responsable.

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'État 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, et d'autant plus que la négociation collective est elle-même en profonde transformation et avec elle la gestion paritaire dans son ensemble (Jacquier, 2009).

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.

Le deuxième élément sur lequel nous souhaitons revenir se situe à un niveau « méso-économique ». 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. Ces trois familles ont des identités propres et sont porteuses d'intérêts différents. 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. Une telle structuration du marché de l'assurance maladie privée autour d'entités porteuses de finalités différentes n'est pas nouvelle. Elle a des racines lointaines qu'historiens et sociologues se sont attachés à analyser en montrant comment les trajectoires des unes (les non lucratives) et des autres (les lucratives) n'ont cessé de se croiser au cours du temps au sein de dynamiques rythmées par les changements de règles du jeu introduites par les autorités publiques (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'État continue d'exercer une action de sélection, de renforcement ou d'affaiblissement de l'un ou de certains protagonistes. En faveur d'une protection complémentaire d'entreprise et du modèle « obligatoire », les choix publics des années récentes 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 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 s'avèrent être 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.

Ceci nous amène à une troisième remarque tirée de l'analyse menée au niveau micro-économique. Nous avons vu que, mal placées au regard de la dynamique politique, les mutuelles de santé ne sont pas, par ailleurs, sans faiblesses du point de vue d'une problématique industrielle. Constitué d'entités de petite taille et relativement moins concentré que les secteurs concurrents, 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 que se durcissaient, face à la compétition accrue et aux normes de solvabilité, les exigences de 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 par rapport auxquelles les mutuelles doivent identifier leurs avantages concurrentiels et interroger leurs modèles économiques, poussent cependant à la concentration (mouvement déjà largement entamé) et à la constitution de partenariats de distribution inter-familiaux (mouvement plus embryonnaire) où s'entremêlent acteurs et logiques mutualistes et paritaires. Le développement de ces processus de co-opétition, 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. Concernant les décisions les plus opérationnelles, et ainsi que l'ont montré un ensemble de travaux, la sélection du (par le) marché aidant, le mimétisme des pratiques a eu, au cours des années récentes, tendance à l'emporter sur les formes fortes de solidarité, évolution dont rend compte la tendance à la « banalisation » fréquemment décrite de l'offre mutualiste et dont on a pris précédemment la mesure à l'exemple des mutuelles d'entreprise. Pour ces dernières, la palette des variables actionnables est de faible amplitude 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 pour conquérir les segments non couverts du marché. La question qui reste posée est celle de savoir si le processus de sédimentation préserve le cœur de l'institution mutualiste ou s'il augure d'une véritable conversion.

Bibliographie

- ARNOULD M-L, RATTIER M-O, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 ». *DREES, Études et Résultats*, n°635, mai 2008.
- BINST M., « Innovation en assurance santé : un nouveau souffle », *Risques*, n° 70, juin 2007, p. 83-86.
- BOURGEOIS A., DUEE M. « Les comptes de la protection sociale en 2006 ». *DREES, Études et résultats*, n° 609, novembre 2007
- BRAS P-L, GRASS E., OBRECHT O. « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit Social*, n° 4, avril 2007.
- BRIET R., FRAGONARD B., « Mission Bouclier Sanitaire », Rapport, septembre 2007.
- CANIARD E. « Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection sociale complémentaire », *Droit Social*, n°5, 2003, pp. 518-521
- CANIARD E., MEYER-MEURET C. « L'assurance maladie complémentaire dans la régulation : vers un modèle coopératif ? », *Revue d'Économie Financière*, 2004, n° 76.
- CHOPART J.-N., GIBAUD B. *Concurrences, solidarités, la protection sociale complémentaire depuis 1945*. LERS, ISTS, Rapport pour le CGP, 1986.
- CONSALES G., « En 2007, la consommation des ménages demeure solide », *INSEE-Première*, n° 1192, mai 2008.
- DAGNINO GB, LE ROY F., YAMI S. « La dynamique des stratégies de coopération ». *Revue Française de Gestion*, n°176, 2007, pp. 87-98.
- DARES, *La négociation collective en 2006*. Ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité, Paris, 2007.
- DEL SOL M., TURQUET P., *Les spécificités mutualistes à l'épreuve de la protection sociale d'entreprise*. Rapport pour la Mire, mai 2001.
- DEMAILLY I. « Les complémentaires tentées par le low cost », *La Tribune de l'Assurance*, n°113, juin 2007.
- DEMIL B., LECOCQ X. « (Re)penser le développement des organisations. L'apport du modèle économique ». *Revue Française de Gestion*, n°181, 2008, pp. 113-122.
- DORMONT B. « Dépenses de santé et vieillissement. État des lieux et réflexions prospectives », Lettre du Collège des Économistes de la Santé, mars 2006.
- EUROPEAN COMMISSION AND ECONOMIC POLICY COMMITTEE « The impact of the ageing on public expenditures : projections for the EU25 member states on pensions, health care, long term care, education, and employment transfers (2004-2050) », *Special Report* n°1, 2006.
- EUROSTAF, *La consolidation du secteur des mutuelles 45*, Paris, 2005.
- GAVANOU J.-F. et VALIN G. *Gouvernance sociale et fonds de pension*, Paris, Economica, 2004.
- GIBAUD B., *Mutualité, assurances. 1850-1914, les enjeux*. Paris, Economica, 1998.
- HATZFELD H., *Du paupérisme à la sécurité sociale 1850-1940. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2004.
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, *Note sur les affections de longue durée*, HCAAM, mai 2005
- HENNION M. Le financement de la protection sociale : une analyse par risque social, *DREES/Études et résultats*, n° 648, août 2008.
- JACQUIER J-P (2009) Le paritarisme a-t-il un avenir ? *Droit Social*, janvier 2009, 3-5.

JALMA, *Panorama de l'assurance santé en 2007*, Paris, 2007

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. « L'effort commercial des mutuelles de santé », *RECMA*, n° 287, février 2003, pp 41-67

KERLEAU M., DURAND F., FRETTEL A., HIRTZLIN I., *Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire en entreprise*. Rapport pour la MiRe, Centre d'Économie de la Sorbonne, janvier 2008.

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

LAFITTE M., BORDERIE A., in *Les groupes de protection sociale. Évolutions depuis 1945 et perspectives en France et en Europe*. Paris : Revue Banque Edition, 2006, p. 187 et suiv.

MAUROY H., *La mutualité en mutation*. Paris, l'Harmattan, 1995.

MISSEGUE N., PEIREIRA C. « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°1, janvier-mars 2005

MOATTI P., *Méthode d'étude sectorielle*. CREDOC, Cahiers de recherche, Paris, juin 1995.

PRECEPTA (XERFI), *L'assurance face au défi internet*, Paris, juin 2007

PRECEPTA (XERFI), *Les stratégies dans l'assurance santé. Constitution de pôles fédérateurs et politiques de différenciation*, Paris juin 2008.

SENAT, VASSELLE A., *Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charge entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages*. Annexe au procès verbal de la séance du 11 juin 2008

OCDE « Projecting OCDE Health and Long term expenditures: What are the main drivers? », *OCDE Economics Department Working papers*, 2006.

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

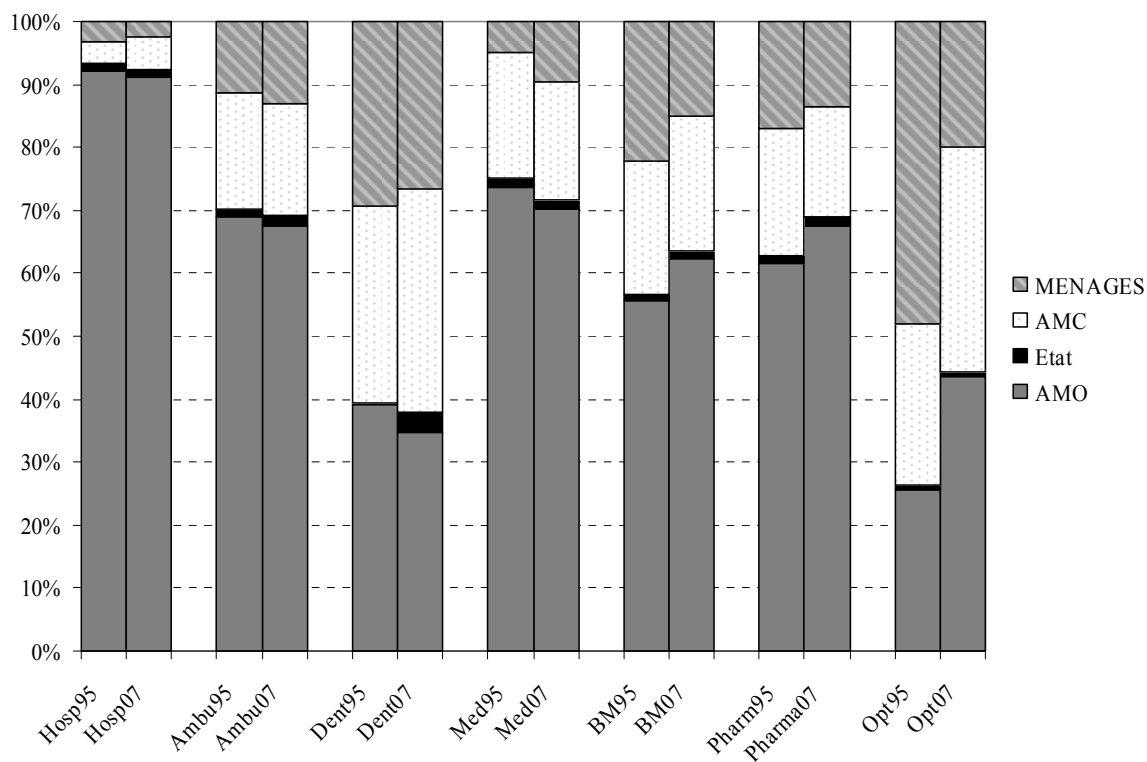
TOUCAS-TRUYEN P. « Histoire de la mutualité et des assurances. L'actualité d'un choix ». Paris, Editions la Découverte et Syros, 1998.

Tableau 1: Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (1960-2007)

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Sécurité sociale	54,9	72,8	80,0	77,4	77,1	77,1	77,1	76,8	76,6
Etat et collectivités locales	9,5	5,7	3,1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4
Assurances complémentaires	nd	nd	nd	nd	12,2	12,8	13,3	13,4	13,6
■ Mutuelles	5,4	4,7	5,3	6,4	7,3	7,7	7,7	7,8	7,9
■ Institutions de prévoyance					3,3	2,7	3,1	3,2	3,2
■ Compagnies d'assurance	30,2	16,9	11,7	15,0	1,6	2,4	2,5	2,4	2,5
Ménages					9,6	9,0	8,4	8,4	8,5

Source : Drees, rétropolation des comptes de la santé.

Graphique 1 : Évolution des contributions au financement selon les grands postes de la consommation de soins et de biens médicaux.



Source : DREES

Tableau 2 : Évolution du chiffre d'affaires en assurance santé des organismes complémentaires

Chiffre d'affaires	Sociétés d'assurance	Institutions prévoyance	Mutuelles	Total	Sociétés d'assurance	Institutions prévoyance	Mutuelles
	Mions€	Mions€	Mions€	Mions€	%	%	%
2001	3692	3279	10596	17567	21,0	18,7	60,3
2002	3391	3573	11264	18228	18,6	19,6	61,8
2003	4538	3809	12129	20476	22,2	18,6	59,2
2004	5239	4041	13366	22646	23,1	17,8	59,0
2005	5788	4225	14452	24465	23,7	17,3	59,1
2006	6343	4376	15322	26041	24,4	16,8	58,8
2007	6724	4694	15950	27368	24,6	17,2	58,3
Taux croissance							
2002/01	-8,2	9,0	6,3	3,8			
2003/02	33,8	6,6	7,7	12,3			
2004/03	15,4	6,1	10,2	10,6			
2005/04	10,5	4,6	8,1	8,0			
2006/05	9,6	3,6	6,0	6,4			
2007/06	6,0	7,3	4,1	5,1			
2006/01	71,8	33,5	44,6	48,2			

Source : Fonds de financement de la CMU, 2007

Tableau 3 : Taux de couverture selon le type de contrat et la tranche de revenus

Décile de niveau de vie	Collectif	Individuel	CMUC	Sans couverture	Total
Decile 1	9	33	38	19	100
Decile 2	19	50	17	14	100
Decile 3	23	60	6	11	100
Decile 4	29	60	3	8	100
Decile 5	36	57	2	5	100
Decile 6	38	56	1	5	100
Decile 7	41	54	1	5	100
Decile 8	41	53	1	5	100
Decile 9	42	54	1	4	100
Decile 10	43	53	0	4	100
Ensemble	32	53	7	8	100

Champ : France métropolitaine

Source : Enquête SPS, IRDES - Traitement DREES, DREES Etudes et résultats, n°663, octobre 2008