

**L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de
l'entreprise : de fortes inégalités malgré l'existence d'une réglementation
plus favorable**

Turquet Pascale
Maître de conférences de science économique
Directrice du Lessor (Laboratoire d'Economie et de Sciences Sociales de Rennes)
Université Rennes II
Place du Recteur Henri Le Moal
CS 24 307
35 043 Rennes cédex
Tél : 06 70 11 80 26
Mél : pascale.turquet@uhb.fr

La Sécurité sociale couvre un large spectre de dépenses, mais impose des taux de participation financière (ou co-paiement) assez élevés aux particuliers, y compris en matière de soins de premier recours (couramment gratuits dans d'autres pays : visites chez le généraliste, par exemple). Sa part dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux n'a cessé de croître jusqu'en 1980 (passant de 53% en 1960 à 78% en 1980), mais a régressé depuis lors sous l'effet de la mise en œuvre de politiques de maîtrise des dépenses¹. En 2002, la Sécurité sociale ne finance plus la dépense courante de soins et biens médicaux qu'à hauteur de 75,7% (FENINA et GEFFROY, 2003). Ce taux moyen cache cependant d'importantes disparités : le taux de prise en charge par la Sécurité sociale reste important en ce qui concerne l'hospitalisation (91,5%), mais tombe à 64% en ce qui concerne la médecine ambulatoire² et n'est plus que de 59,7% en matière de biens médicaux (médicaments, prothèses...) (FENINA et GEFFROY, 2003).

Le système de co-paiement s'applique donc aux biens et services pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il porte plutôt sur les soins ambulatoires et les biens médicaux³. Restent aussi à la charge du patient le forfait hospitalier ainsi que les « dépassements d'honoraires » pratiqués par les médecins en secteur 2 : d'où le caractère au total assez hybride de ces paiements résiduels. La réassurance du co-paiement est cependant possible (mais non obligatoire) auprès d'organismes privés dits organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM)⁴. Ceux-ci jouent un rôle déterminant dans l'accès aux soins, tout particulièrement pour certains biens et services médicaux faiblement pris en charge par la Sécurité sociale : optique et dentaire, notamment. Les organismes complémentaires d'assurance maladie ont financé la dépense courante de soins et biens médicaux à hauteur de 12,7% en 2002 (FENINA et GEFFROY, 2003). Si 86% des français disposent à l'heure actuelle

¹ Cette tendance continue de se faire sentir : d'importantes mesures dites de déremboursement concernant des médicaments dont le « service médical rendu » a été jugé insuffisant ont été initiées en 2002 et 2003 et devraient se poursuivre jusqu'en 2005. La hausse du forfait hospitalier a également eu lieu en 2004 alors qu'il était gelé depuis 1996. Ces mesures visent à faire face au creusement du déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale qui s'accroît depuis 2002 et devrait dépasser les 10 milliards d'euros en 2003 selon la Commission des Comptes de la Sécurité sociale. Alors que la conjoncture économique actuellement très défavorable conduit à un net ralentissement du rythme de croissance des recettes, celui des dépenses du champ de l'ONDAM enregistre au contraire une tendance à l'accélération : il a dépassé 7% en 2002.

² Au sein de laquelle on recense également de fortes disparités : le taux de prise en charge des dépenses par la Sécurité sociale est de 70,4% en ce qui concerne les honoraires médicaux, mais seulement de 34,2% pour les soins dentaires.

³ Ce co-paiement fait cependant l'objet de modulations en fonction de l'état de santé : en cas de maladie longue ou coûteuse ainsi que d'acte chirurgical lourd, l'assuré bénéficie d'une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale. De même, les médicaments pour pathologies graves se voient appliquer un ticket modérateur nettement plus faible que les médicaments dits « de confort ».

⁴ La couverture complémentaire en santé peut être fournie par trois types d'organismes différents : les sociétés d'assurance, les institutions paritaires de prévoyance et les mutuelles. Les deux derniers offreurs sont, contrairement aux sociétés d'assurance, à but non lucratif. Les mutuelles occupent la première place sur le marché de l'assurance complémentaire santé.

d'une couverture complémentaire de ce type⁵ (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004a), ils n'étaient « que » 69% en 1980 (BLANPAIN et PAN KE SHON, 1997).

La notion d'assurance complémentaire en santé ne revêt de sens que dans un système de type bismarckien nécessitant le recours à un tiers-payeur (Sécurité sociale), dans le cas où ce dernier ne prend pas en charge la totalité des dépenses de soins (existence de co-paiements au sein du système obligatoire). Le co-financement d'un même service par un opérateur public et un assureur complémentaire est alors rendu nécessaire afin de garantir un bon accès aux soins. Il semble bien que cette situation soit une singularité que d'aucuns qualifient même de spécificité française (CHONE et alii, 2001 ; GRIGNON, 2002). En France, la prestation versée par l'assureur privé a vocation à compléter celle que sert le régime obligatoire pour un même soin (laquelle sert le plus souvent de base de calcul au montant de la prestation complémentaire). Il n'existe pas en France de segmentation entre assurance maladie publique et privée en fonction de populations différentes (Pays Bas, Allemagne) ou de prestataires de soins ou de niveaux de qualité différents (Grande Bretagne).

Alors que la plupart des pays qui recourent aux systèmes de franchise ou de co-paiement afin de réduire le risque moral en santé⁶ en interdisent la réassurance, tel n'est pas le cas de la France. La participation financière des usagers en France s'apparente donc plutôt à « une politique "par défaut" (...) elle se définit au gré des déremboursements et des modifications de taux de remboursement, sans que préside à ces décisions une politique clairement définie au préalable. Le résultat est un ensemble opaque, peu cohérent, peu efficace et souvent inéquitable » (ROCHAIX, 1995, p.198). De fait, l'assurance complémentaire est au fil des années devenue une sorte de « soupape » permettant des ajustements de la couverture publique (MOREAU, 1995), et non un mode de responsabilisation des assurés sociaux.

Inefficace en matière de responsabilisation, ce système de co-paiement réassurable apparaît en outre inéquitable : alors que les couvertures complémentaires devraient révéler la disposition des individus à payer, elles traduisent plutôt leur capacité à payer en fonction de leur revenu et de leur situation sur le marché du travail (GRIGNON, 2002). Le taux de couverture des assurances complémentaires ainsi que le niveau des garanties des contrats augmentent en effet avec le revenu (BOCOGNANO A. et alii, 2000). HENRIET et ROCHET parlent de « redistribution à l'envers : les effets de risque moral et d'inégalité socioculturelle d'accès aux soins renforcent le caractère faiblement redistributif d'une assurance publique incomplète » (HENRIET et ROCHET, 1999, p.128). Dès lors, il paraît important d'examiner les modalités de souscription aux contrats d'assurance complémentaire en santé, ainsi que leur contenu.

La couverture complémentaire maladie peut être individuelle ou collective (couverture d'entreprise dans le cadre d'un contrat dit « de groupe » ou plus rarement, de branche). La répartition des assurés entre contrats collectifs et individuels est à l'heure actuelle de l'ordre de 60%-40%, alors qu'elle était plutôt du type 55%-45% au milieu des années quatre-vingt-dix (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004b). La couverture collective -premier mode d'obtention d'une assurance complémentaire maladie- enregistre donc une nette tendance au développement. La réglementation en vigueur, qui lui est favorable, n'est pas étrangère à cette situation. Les entreprises françaises jouent ainsi un rôle important dans l'accès à une garantie complémentaire en santé (et partant, dans l'accès aux soins). Les contrats collectifs

⁵ Ce pourcentage s'élève à 91% si l'on tient compte des personnes couvertes par la CMUC (volet complémentaire de la CMU : Couverture Maladie Universelle).

⁶ On se réfère ici au risque moral de deuxième espèce : il désigne la propension des assurés, une fois le sinistre advenu, à consommer davantage de soins médicaux que leur état ne le justifierait (BOCOGNANO et alii, 1999). Si le recours à un TMOP (Ticket Modérateur d'Ordre Public, c'est-à-dire interdiction légale pour les organismes complémentaires de rembourser la totalité de la somme déboursée par le bénéficiaire) a parfois été envisagé, il n'a jamais fait l'objet d'une application.

concernent précisément 58,7% des assurés (mais 63,4% des personnes couvertes⁷). Ils peuvent être obligatoires (20,3% des assurés) ou facultatifs (38,4% des assurés).

Si les contrats d'entreprise se révèlent plus avantageux et *a priori* plus solidaires pour leurs bénéficiaires que les contrats individuels, les inégalités d'accès et de contenu en matière de couverture complémentaire ne se limitent pas, loin s'en faut, au champ de l'assurance individuelle ou à la distinction contrat individuel/contrat collectif. Une étude qualitative réalisée pour la MiRE (Mission Recherche du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) avait pour objectif de mieux cerner les enjeux de la protection sociale d'entreprise, c'est-à-dire (DEL SOL et TURQUET, 2001) :

- les principales raisons d'instauration de ce type de dispositif dans les entreprises enquêtées (identité et objectifs de ses instigateurs) ainsi que le rôle éventuel joué par les différents types d'OCAM en la matière,

- les modalités d'adoption et de financement des contrats,

- le niveau des garanties adoptées, le type de salariés couverts et les solidarités à l'œuvre en entreprise.

Les résultats de cette étude feront l'objet de cette communication. Ils montrent que les niveaux de couverture complémentaire maladie obtenus dans le cadre de l'entreprise se révèlent très variables, tandis que les solidarités générées sont pour le moins restreintes.

La première partie de cette contribution rappelle brièvement les dispositions fiscales et sociales en vigueur, qui encouragent la souscription par les entreprises de contrats collectifs d'assurance maladie complémentaire.

L'hétérogénéité des garanties proposées aux salariés dans les entreprises enquêtées est mise en évidence dans la seconde partie, où l'on s'efforce également de comprendre les origines de telles inégalités.

La troisième partie expose ensuite le caractère assez limité des solidarités organisées dans le cadre des contrats de groupe (périmètres de mutualisation et modes de tarification).

La quatrième partie souligne quant à elle l'absence d'influence des OCAM sur les caractéristiques de la couverture collective, à une exception près : celle des mutuelles d'entreprise.

La conclusion évoque les risques d'affaiblissement de la solidarité nationale liés à un développement de l'assurance privée en matière de santé.

1. Des dispositions favorables aux contrats collectifs d'entreprise

Des dispositions sociales et fiscales favorisent la souscription par les entreprises de contrats collectifs d'assurance maladie complémentaire pour leurs salariés en abaissant le coût d'acquisition des garanties par de très larges exonérations :

- la contribution des employeurs destinée au financement des prestations complémentaires de prévoyance⁸ (risques décès, incapacité et invalidité d'une part, remboursement de frais de

⁷ Les contrats collectifs couvrent en moyenne un nombre de personnes plus élevé que les contrats individuels : 2,3 contre 1,8 (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004b).

⁸ Comme d'ailleurs de retraite.

soins d'autre part) est en effet exclue de l'assiette des cotisations sociales dans des limites assez larges ;

-« les cotisations et primes versées aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire sont déductibles du revenu imposable » (article 83-2 du CGI). Cette déduction ne s'applique à la protection sociale en entreprise que si le contrat est obligatoire pour une, plusieurs ou toutes les catégories de salariés de l'entreprise. Les contributions ne sont donc pas déductibles en cas de contrat à adhésion facultative.

Ces possibilités de réductions d'assiette des charges sociales pour les employeurs et de déductions fiscales pour les salariés sont loin d'être négligeables. La Cour des Comptes (2002) chiffre en effet les concours publics à 50% du coût de la couverture complémentaire pour les contrats obligatoires et à environ 25% pour les contrats à adhésion facultative (d'où des pertes de recettes non négligeables pour l'Etat et la Sécurité sociale). De tels avantages n'existent pas dans le domaine de la couverture individuelle pour laquelle l'assuré supporte seul la totalité du poids de la cotisation (pas de contribution patronale), sans pour autant bénéficier d'avantages fiscaux.

Dans le cadre d'un contrat de groupe, la couverture médicale fait l'objet d'une cotisation forfaitaire (montant mensuel fixe par personne protégée, identique pour tous ceux qui sont couverts par le même dispositif) ou en pourcentage du salaire (APROBERTS et REYNAUD, 1998) : la discrimination tarifaire en fonction de l'âge, voire de l'état de santé est ainsi rendue impossible. En outre, concernant la sélection des risques, les assureurs ne disposent pas du droit d'opérer « d'écramage » parmi les membres composant le groupe de salariés dans le cadre d'un régime obligatoire (loi Evin du 31 décembre 1989). Les pratiques assurantielles sont en conséquence plus solidaires sur le terrain de la couverture collective que dans le champ de la prise en charge individuelle de la complémentaire santé où s'opèrent couramment discrimination tarifaire et sélection des risques⁹.

Dès 1997, une enquête menée par BLANPAIN et PAN KE SHON faisait ressortir que 96% des salariés ayant la possibilité de contracter une assurance complémentaire maladie par leur entreprise étaient couverts, contre 78% des salariés ne possédant pas cet avantage. La même étude soulignait d'ailleurs que les salariés bénéficiant d'un contrat d'entreprise étaient au total mieux protégés et à moindre coût que les autres assurés (BLANPAIN et PAN KE SHON, 1997). Les enquêtes ESPS 2000 et 2002 (Enquêtes Santé et Protection Sociale réalisées par le CREDES) confirment que les contrats collectifs sont de nettement meilleure qualité que les contrats individuels. Les chercheurs du CREDES ont dans ce cadre identifié quatre types de contrats : les « faibles » (bas niveaux de remboursement dans tous les domaines), les « moyens », les « forts en dentaire » et les « forts en optique » (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004a). 27% des garanties obtenues par le biais d'un contrat collectif sont de type « faible », contre 62% dans le cas d'une couverture individuelle. Les contrats « forts » sont quant à eux deux fois plus nombreux parmi les contrats collectifs (2 sur 10) que parmi les contrats individuels (1 sur 10) (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004a).

Toujours d'après les enquêtes ESPS 2000 et 2002 du CREDES, le caractère collectif de la complémentaire atténue également les disparités d'accès aux très bonnes garanties. Dans la classe des personnes fortement couvertes en dentaire, on observe en effet plus de bas revenus et d'ouvriers que dans les classes des personnes moyennement couvertes et fortement couvertes en optique. Ces résultats sont encore plus marqués si on se restreint aux contrats

⁹ Mais dans tous les cas, l'exclusion ex post pour surconsommation médicale est interdite au-delà d'un délai de deux ans d'adhésion par la loi Evin de 1989.

collectifs : les ouvriers qualifiés sont alors sur-représentés dans la catégorie « fort en dentaire » (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004a). « La couverture complémentaire d'entreprise a donc permis à des ménages d'ouvriers, aux revenus peu élevés, de bénéficier d'une complémentaire de qualité » (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004a, p.5).

2. L'assurance complémentaire santé en entreprise : inégalités d'accès et de contenu

Comme on vient de le voir, la réglementation en vigueur avantage nettement les contrats collectifs. Grâce à la contribution de l'employeur et parfois à celle du comité d'entreprise¹⁰, les contrats de groupe se révèlent nettement plus accessibles et plus avantageux -c'est-à-dire moins coûteux et de meilleure qualité- pour leurs bénéficiaires que les contrats individuels¹¹. L'entreprise joue donc un rôle important dans l'accès à une garantie complémentaire de bon niveau et partant, dans l'accès aux soins. Ce constat ne doit cependant pas occulter la grande hétérogénéité qui caractérise la protection sociale complémentaire obtenue par ce biais.

Les résultats de l'étude qualitative réalisée pour la MIRE (portant exclusivement sur le volet collectif de la couverture complémentaire¹²) révèlent en effet une grande hétérogénéité des contrats de groupe (DEL SOL et TURQUET, 2001). Les différences de couverture ainsi mises en évidence s'expliquent à la fois par la taille, le secteur et le niveau de salaire pratiqué dans l'entreprise. Mais le type de relations professionnelles ainsi que la conception qu'ont les différents acteurs sociaux de la protection sociale complémentaire n'y sont pas non plus étrangers. L'accès à un « bon » niveau de couverture dépend en grande partie du type d'entreprise, mais également, dans une certaine mesure, de la catégorie socio-professionnelle.

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

Ce classement, s'il n'a qu'une portée indicative (car il n'est pas réalisé sur la base d'un échantillon représentatif), montre cependant bien qu'il existe de très grandes différences de prise en charge d'un contrat à l'autre, c'est-à-dire le plus souvent d'une entreprise à l'autre (mais parfois également au sein d'une même entreprise car plusieurs options peuvent être

¹⁰ Courante dans le cas de contrats facultatifs.

¹¹ Les entreprises font jouer la concurrence entre OCAM et disposent auprès d'un organisme assureur - contrairement à l'assuré individuel- d'un pouvoir de négociation leur permettant de faire baisser le prix des garanties. C'est d'ailleurs pour toutes ces raisons que la FNMF réclame depuis quelques années l'instauration d'un système de crédit d'impôt qui permettrait aux personnes physiques de bénéficier d'une réduction de l'IRPP pour les cotisations payées dans le cadre d'adhésions individuelles. Cette question a notamment été soulevée lors des débats précédant le vote de la CMU à l'Assemblée Nationale et lors de la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003. Elle sera vraisemblablement soulevée lors des discussions sur la réforme de l'assurance maladie.

¹² Les deux étapes de l'enquête sont brièvement retracées en annexe 1, tandis que la liste des entreprises enquêtées apparaît en annexe 2. Mais à ce stade, une précision s'impose : le caractère qualitatif de l'étude, ainsi que la faible dimension de l'échantillon, incitent bien sûr à la prudence en ce qui concerne une éventuelle généralisation des résultats.

proposées aux salariés ; une même entreprise peut en conséquence être présente à la fois dans différentes catégories). Pourquoi de tels écarts ? On s'est efforcé de caractériser les entreprises dont les salariés sont couverts par un certain type de contrat.

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

<p>Contrats «de base»</p>	<p>-prise en charge du ticket modérateur en soins courants et hospitalisation</p> <p>-remboursement de la chambre particulière à l'hôpital : entre 30 et 40 € (seulement en chirurgie pour une des entreprises enquêtées)</p> <p>-remboursement des prothèses acceptées par la Sécurité sociale : entre 130 et 180% du tarif de convention (remboursement des prothèses refusées : au maximum 100% de ce tarif)</p> <p>-prise en charge d'une paire de lunettes : entre 150 et 240 €</p>
<p>Contrats «intermédiaires»</p>	<p>-prise en charge du ticket modérateur en soins courants et hospitalisation</p> <p>-remboursement de la chambre particulière à l'hôpital : de 40 à 50 €</p> <p>-remboursement des prothèses acceptées par la Sécurité sociale : entre 180 et 300% du tarif de convention</p> <p>-prise en charge d'une paire de lunettes : entre 240 et 285 €</p>
<p>Contrats «de haut de gamme»</p>	<p>-remboursement des dépassements d'honoraires en matière de soins courants (plus de 100% du tarif de convention dans tous les cas)</p> <p>-prise en charge d'une chambre particulière à l'hôpital : en frais réels ou au-delà de 50 €</p> <p>-remboursement des prothèses acceptées : au delà de 300% du tarif de convention (entre 100 et 375% de ce tarif pour les prothèses refusées)</p> <p>-prise en charge d'une paire de lunettes : plus de 285 €</p>

Les contrats « de base » concernent en général les salariés de PME d'implantation régionale dans lesquelles l'adoption d'un contrat de ce type traduit assez souvent la volonté de ne pas trop peser sur des salaires faibles ou moyens : cas de l'industrie agro-alimentaire en Bretagne¹³, par exemple. Cela est d'autant plus vérifié que le financement de l'employeur se fait rare dans ce type d'entreprise : les contrats sont plutôt de type facultatif et bénéficient uniquement d'une participation du comité d'entreprise. Il peut également s'agir de

¹³ En Bretagne, le nombre de praticiens en secteur 2 est inférieur à la moyenne nationale, ce qui explique par ailleurs que le remboursement de dépassements d'honoraires ne s'impose pas.

rééquilibrer un régime en difficultés en optant pour des garanties moins coûteuses. Les responsables d'OCAM ainsi que les partenaires sociaux interrogés au moment de l'enquête étaient tout à fait conscients que le niveau plancher en termes de prestations tendrait désormais à se définir en référence à la CMU (Couverture Maladie Universelle), laquelle fournit un niveau de couverture plus élevé que certains contrats « de base ».

Les instigateurs de ce type de couverture (représentants des salariés, le plus souvent) sont à la fois acheteurs d'assurance et gestionnaires des régimes ainsi constitués. En tant qu'acheteurs, leur préoccupation majeure est généralement la limitation du coût global de la garantie afin de freiner leurs propres dépenses et/ou le montant des prélèvements sur salaire. Le contrat facultatif présente en effet un risque de sélection adverse : les « bons risques » (jeunes salariés faiblement rémunérés) peuvent choisir de ne pas s'assurer s'ils trouvent la couverture trop coûteuse, contribuant ainsi à une augmentation du montant des cotisations¹⁴.

Les contrats de « haut de gamme » concernent en revanche des salariés de grandes entreprises dont l'implantation est nationale. Ce choix peut donc s'expliquer par l'ajustement du contenu des garanties à l'offre de soins dans la région où celle-ci est la plus coûteuse (Ile-de-France, PACA). Ces contrats peuvent cependant aussi comprendre une option « intermédiaire », voire « de base » laissant une possibilité de choix aux assurés. Généralement, le niveau de salaire est nettement plus élevé dans ces entreprises que dans les précédentes, et le financement de l'employeur s'y révèle non négligeable : les contrats sont le plus souvent de type obligatoire. La protection sociale d'entreprise fait alors partie de la politique de rémunération, la plupart du temps activement négociée avec des représentants de salariés bien implantés dans l'entreprise.

Dans ce dernier cas, l'adoption d'une couverture complémentaire obligatoire relève de la politique sociale de l'entreprise, voire de la politique de rétribution au sens large. L'employeur la définit généralement comme un avantage salarial. Sa participation au financement peut se substituer à des augmentations de salaire, lui permettant ainsi de bénéficier des avantages sociaux afférents, lesquels expliquent en bonne partie son choix. Cette protection sociale d'entreprise va donc de pair avec un niveau de couverture très élevé qui permet à la fois d'attirer et de retenir certaines catégories de main d'œuvre : logique d'incitation et de fidélisation¹⁵. En revanche, si le contrat est à adhésion facultative, la participation de l'employeur n'est pas requise tandis que celle du comité d'entreprise est assez courante : on se situe plutôt dans le domaine de « l'œuvre sociale », avec des niveaux de garantie plus faibles.

L'existence d'options traduit quant à elle :

-l'impossibilité pour les partenaires sociaux de se mettre d'accord sur un niveau unique de couverture,

¹⁴ Lorsque le contrat est obligatoire, ce risque d'anti-sélection n'existe pas : tous les salariés adhèrent au régime, quel que soit le niveau et le prix des garanties. Ils y ont d'ailleurs tout intérêt : la participation patronale au financement fait bien sûr nettement baisser le montant de la cotisation restant à leur charge, la couverture dont ils bénéficient défie alors toute concurrence de la part d'un contrat individuel. Mais les contrats « de base » sont rarement dans ce cas.

¹⁵ Dans ce cas, les raisons qui conduisent à la mise en œuvre d'un tel dispositif se rapprochent de celles qui sont à l'origine de l'adoption d'un système d'intéressement, ou plus largement d'épargne salariale (voir par exemple APROBERTS et alii, 2000). Tel est aussi le cas lorsque la couverture de santé est catégorielle et ne couvre que le personnel d'encadrement (le niveau de garanties est alors très élevé), elle est généralement assortie d'un contrat de prévoyance et d'un système de retraite surcomplémentaire très généreux. Cette situation paraît plus rare : rencontrée une seule fois dans notre échantillon, elle a cependant été évoquée par les responsables d'OCAM interrogés qui sont parfois confrontés à ce type de démarche.

-la volonté de laisser le choix aux salariés en fonction du coût des soins dans la région où ils sont domiciliés,

-le souhait que les salariés se répartissent entre les différentes options en fonction de leur catégorie ou niveau de salaire.

Ce dernier motif émane plutôt des employeurs qui, dans certains cas, ferment des options à certaines catégories de personnel ou financent différemment en fonction de la catégorie de personnel ou du choix de l'option¹⁶. En revanche, lorsque les représentants des salariés sont associés à la démarche, ils font généralement valoir un souci d'égalité et se montrent assez sensible à l'adoption d'un contrat unique (garanties identiques quel qu'en soit le niveau) pour l'ensemble du personnel.

3. Périmètres et formes de solidarité entre assurés

Mais l'étude d'un contrat complémentaire en santé ne se limite pas à celui du contenu ou des niveaux de garanties car l'accès à ce type de couverture dépend également du périmètre de mutualisation du risque et du mode de tarification pratiqué au sein de l'entreprise, lesquels traduisent l'ampleur et le type de solidarités à l'œuvre.

Dans le cadre de l'assurance santé individuelle prévaut généralement un système de tarification par tranche d'âge et par niveau de couverture : recherche d'un équilibre prestations-cotisations période par période pour chaque groupe de risque (GEOFFARD, 2000), d'où l'absence de solidarité horizontale¹⁷. En matière de protection sociale d'entreprise, celle-ci est présente mais se limite le plus souvent au groupe des adhérents. Lorsqu'il est de taille suffisante, il correspond en effet au périmètre de mutualisation du risque : au delà du seuil de cinquante salariés environ, le montant des cotisations est calculé en fonction des caractéristiques propres de ce groupe (démographie, secteur, etc.) et donc du coût du risque qui lui est associé. Chaque régime est supposé s'équilibrer et des réserves peuvent être constituées en cas d'excédent.

Le groupe des assurés ne se confond pas systématiquement avec celui des salariés de l'entreprise. Il peut être plus restreint : tel est le cas lorsque la couverture est facultative ou catégorielle, mais aussi lorsque différentes options de garantie sont proposées aux salariés (qui constituent alors autant de sous-groupes au sein desquels cotisations et prestations doivent s'équilibrer). Il peut être plus large si sont également couverts les anciens salariés de l'entreprise : retraités, chômeurs (à l'issue d'un licenciement ou d'une fin de CDD, par exemple). Cette dernière situation paraît peu répandue : ne sont la plupart du temps couverts par le contrat collectif que les salariés effectivement en poste dans l'entreprise. Rares sont les entreprises (ou les comités d'entreprise) qui continuent de financer une partie de la couverture des retraités, surtout lorsque le régime tend à se déséquilibrer sous l'effet du vieillissement¹⁸.

¹⁶ Financement dans ce cas supérieur pour les cadres et/ou pour les garanties de plus haut niveau auxquels ces derniers adhèrent plus volontiers (cf la logique d'incitation/fidélisation déjà évoquée). Quoiqu'il en soit, la répartition des salariés entre les différentes options reflète généralement la hiérarchie des qualifications et des salaires dans l'entreprise (les garanties plus élevées se révélant dans tous les cas plus coûteuses).

¹⁷ La redistribution horizontale s'exerce entre classes de risque tandis que la redistribution verticale s'exerce entre classes de revenu.

¹⁸ Un tel déséquilibre peut être aggravé par le phénomène d'anti-sélection résultant de la prise en charge des retraités si le contrat de groupe est de type facultatif : les salariés les plus jeunes peuvent être tentés de ne pas adhérer à cause du montant élevé de la cotisation. La solidarité avec les retraités peut alors faire fuir les «bons risques».

Les OCAM se conforment alors strictement au respect des termes de la loi Evin (concernant les contrats à adhésion obligatoire) : l'organisme assureur doit être en mesure de proposer aux sortants une garantie identique à celle dont ils bénéficiaient dans l'entreprise, à un tarif qui ne peut excéder de plus de 50% le précédent.

Une fois opérée la pesée du risque afin de déterminer le coût global de la garantie choisie par l'entreprise ou ses représentants, il revient ensuite à ceux-ci de déterminer le mode de tarification individuelle. Le plus courant est de type forfaitaire : le montant de la cotisation varie alors en fonction du nombre de personnes couvertes (le salarié et ses ayants-droit), excluant de fait une solidarité des célibataires vers les chargés de famille (la cotisation est parfois de type isolé-famille : un tarif unique pour la famille, quelle qu'en soit la taille, mais ce cas est plus rare). La redistribution horizontale s'opère donc uniquement entre classes de risque à l'intérieur du groupe des assurés, tandis que la redistribution verticale (entre classes de revenu) est le plus souvent absente. Les cotisations proportionnelles au salaire (encore pratiquées par certaines mutuelles fermées de fonctionnaires par exemple) sont en effet très peu répandues. Leur existence a pu être relevée dans deux grandes entreprises enquêtées (où cette pratique est fortement ancrée et défendue par des représentants de salariés qui y sont très attachés).

Bien qu'en apparence plus solidaire que la couverture complémentaire individuelle, la protection sociale d'entreprise ne met donc en œuvre que des périmètres de mutualisation du risque assez restreints, caractéristiques d'une « solidarité fragmentée » pour reprendre le terme utilisé par Lucy APROBERTS (1999).

4. L'influence du type d'organisme assureur sur le contenu de la garantie

On l'a dit, la couverture complémentaire en santé peut être fournie par trois types d'organismes différents : les sociétés d'assurance, les institutions paritaires de prévoyance et les mutuelles. Les deux derniers offreurs sont, contrairement aux sociétés d'assurance, à but non lucratif. Les mutuelles occupent la première place sur le marché de l'assurance complémentaire santé¹⁹ dont elles détiennent 63% en matière individuelle et 57% en collectif (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004b). Les institutions paritaires, issues du monde de l'entreprise²⁰, sont en revanche plus présentes en collectif qu'en individuel (23% des contrats contre 7%) (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004b). Les résultats de l'enquête ESPS mettent en évidence la surreprésentation des contrats mutualistes parmi les contrats « moyens » tandis que les institutions paritaires de prévoyance le sont dans la catégorie des contrats « forts ». Les compagnies d'assurance sont présentes à la fois dans les catégories les plus faibles et les plus élevées (COUFFINHAL et PERRONNIN, 2004a). Ces résultats concernent à la fois contrats individuels et collectifs ; les auteurs font par ailleurs valoir que la surreprésentation des contrats mutualistes parmi la catégorie « moyenne » est en partie due au poids des adhérents MGEN. On peut également supposer que la surreprésentation des institutions de prévoyance

¹⁹ C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles mutuelles et entreprises assurées par un organisme mutualiste sont surreprésentées dans notre échantillon. Mais nous avons également pour objectif d'analyser les pratiques mutualistes en matière de protection sociale d'entreprise afin de vérifier si elles se banalisent, concourant à faire des mutuelles des offreurs comme les autres ou si, au contraire, elles conservent une certaine spécificité.

²⁰ Elles sont administrées paritairement par des membres adhérents (les employeurs) et des membres participants (les salariés ou anciens salariés des entreprises adhérentes ainsi que leurs ayants droit). Ces institutions paritaires ont vocation à compléter le régime légal de Sécurité sociale (retraite complémentaire, retraite surcomplémentaire, prévoyance au sens strict).

dans la catégorie des contrats « forts » est liée à leur meilleure implantation dans le monde de l'entreprise, où le niveau des contrats s'avère nettement plus élevé qu'en individuel.

On caractérise par ailleurs traditionnellement les mutuelles de santé adhérant au Code de la Mutualité par leur attachement à l'éthique solidariste. En matière d'assurance maladie complémentaire, celui-ci se traduit à la fois par (MAUROY, 1996 a) :

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

La couverture maladie ne doit pas non plus favoriser la surconsommation médicale, ni s'avérer trop coûteuse car une augmentation des tarifs exclut les mutualistes aux revenus les plus faibles. Ces principes solidaristes ont cependant rendu les mutuelles ouvertes particulièrement sensibles aux phénomènes d'anti-sélection bien connus en économie de l'assurance, qui les ont peu à peu conduites, face au développement de la concurrence, à réviser leurs pratiques dans le domaine de l'assurance santé individuelle. L'offre des mutuelles en santé s'est en conséquence profondément transformée depuis les années quatre-vingt (MAUROY, 1996 b et 1999) : celles-ci ont adopté un système de tarification par tranche d'âge et ont multiplié les niveaux de couverture proposés²¹.

Le respect des principes solidaristes, transposés au marché de la protection sociale d'entreprise, devrait également se traduire par la mise en œuvre dans ce cadre :

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

Les résultats de notre enquête montrent au contraire que les mutuelles ne semblent pas en mesure de faire clairement valoir ces principes car, sur ce segment très concurrentiel, elles se plient à la demande qui leur est adressée, tant en termes de contenu que de mode de tarification des garanties. Elles offrent en conséquence un grand choix de niveaux de couverture pour un risque donné et n'hésitent pas à fournir des garanties de très haut niveau afin de conserver le marché. Nous n'avons donc pas mis en évidence de spécificité de l'offre des mutuelles sur le segment de la protection sociale d'entreprise et notre étude tend à accréditer la thèse d'une certaine banalisation de leurs pratiques en matière de protection sociale complémentaire collective (TURQUET, 2003). Celle-ci doit cependant être nuancée en ce qui concerne les mutuelles d'entreprise, plus proches des principes solidaristes précédemment évoqués.

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

²¹ Le nouveau Code de la Mutualité rappelle et impose cependant un certain nombre de principes « éthiques » en matière d'assurance complémentaire maladie :

- suppression du délai d'observation de deux ans (pendant lequel l'exclusion est rendue possible par la loi), les mutuelles devant conserver leurs assurés aussi longtemps qu'ils le souhaitent,
- interdiction de moduler les cotisations en fonction de l'état de santé du souscripteur,
- interdiction de recourir à des questionnaires médicaux.

d'équilibrer le régime sans recourir à une augmentation du montant des cotisations susceptible de trop peser sur les salaires les plus modestes. Elles optent en général pour des garanties « de base »²², moins coûteuses et susceptibles, selon leurs gestionnaires, de freiner la surconsommation médicale.

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

Quant aux tarifications pratiquées par les mutuelles d'entreprise, elles s'expriment (contrairement à la plupart de celles que nous avons étudiées) assez couramment en pourcentage du salaire (mais celui-ci est généralement plafonné, ce qui limite la redistribution verticale, néanmoins présente). Le contrat est dans ce cas de type obligatoire et bénéficie en conséquence d'un financement de l'employeur. Lorsque la couverture est facultative, c'est en revanche un contrat de type individuel qui lie la mutuelle d'entreprise à ses adhérents (dans et hors de l'entreprise)²³. Une tarification par tranche d'âge peut dans ce cas être pratiquée afin de faire face à la sélection adverse. Mais le nombre de tranches d'âge est généralement assez restreint (aux alentours de trois ou quatre) et n'écarte pas toute forme de redistribution : la cotisation est généralement calculée de façon que les jeunes, contrairement aux plus âgés, paient un peu plus qu'ils ne consomment. Les solidarités familiales sont également davantage présentes : la couverture des enfants peut être gratuite ou uniquement payante pour le premier enfant.

Mis à part le cas très particulier des mutuelles d'entreprise, les contrats collectifs étudiés ne se distinguent donc pas vraiment en fonction du type d'organisme assureur qui les fournit. Compte tenu du caractère exacerbé de la concurrence sur ce qu'il convient bien d'appeler le marché de la protection sociale d'entreprise, les OCAM se plient en effet à la demande qui leur est adressée.

Conclusion : Les risques liés au développement de l'assurance privée

Reste aux différents salariés exclus d'une prise en charge collective -auxquels on peut ajouter les chômeurs et les inactifs- à contracter une assurance individuelle (en moyenne de moins bonne qualité). Ainsi que le montrent les enquêtes du CREDES, les catégories de population ne se répartissent pas entre les différents types de contrats (classés selon le degré de couverture qu'ils fournissent à leurs bénéficiaires) en fonction de leur état de santé, mais plutôt de leur revenu et de leur catégorie socio-professionnelle (BOCOGNANO et alii, 2000). Ces résultats sont confirmés par l'enquête ESPS 2002 : seules 55,3% des personnes dont le revenu mensuel moyen par unité de consommation est inférieur à 550 € disposent d'une couverture complémentaire (hors CMU) tandis que ce pourcentage s'élève à 95,5% pour les personnes dont le revenu mensuel moyen par unité de consommation est supérieur à 1300€. Mettre

²² Parfois « intermédiaires », mais jamais de « haut de gamme ».

²³ Contrairement aux contrats de groupe facultatifs signés avec un organisme extérieur qui ont un caractère collectif et doivent proposer une cotisation unique pour un groupe de salariés donné.

l'accent sur la diversité des contrats ne doit pas non plus occulter leur incomplète diffusion : les chômeurs sont proportionnellement moins couverts par une complémentaire maladie que les actifs occupés (AUVRAY et alii, 2003).

La situation des actifs occupés, bien que très hétérogène, se révèle donc meilleure que celle que celle des chômeurs et des inactifs. Coupés de l'entreprise, ceux-ci ne peuvent bénéficier de contrats de groupe, tandis que la faiblesse de leurs revenus ne leur permet pas toujours de conclure un contrat individuel. D'où des difficultés d'accès aux soins pour les personnes dénuées de couverture complémentaire : en 1998, 30% d'entre elles déclaraient en effet avoir renoncé à des soins sur l'année (BUCHMUELLER et alii, 2002). C'est d'ailleurs cette diffusion incomplète de l'assurance complémentaire privée qui a rendu nécessaire l'instauration du volet complémentaire de la CMU (Couverture Maladie Universelle) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

La protection sociale d'entreprise fournit quant à elle à ceux qui en bénéficient un niveau de couverture nettement plus élevé que celui qui caractérise les contrats individuels. Ce contexte nettement plus avantageux ne doit cependant pas occulter les inégalités qu'elle est susceptible de générer entre salariés en fonction de leur statut, de leur catégorie et de l'entreprise qui les emploie. Elle contribue en tant que telle à la segmentation du marché du travail. Les salariés des grandes entreprises sont généralement mieux couverts que ceux des PME (dans lesquelles ce type de dispositif est moins répandu). Les cadres peuvent bénéficier de régimes catégoriels de très haut niveau tandis que les salariés précaires ne sont que rarement concernés. De tels résultats soulignent ainsi l'incapacité de l'assurance privée, même dans un cadre favorable, à garantir une certaine homogénéité en matière de couverture maladie complémentaire, donc une égalité d'accès aux soins pour ses bénéficiaires.

Après la réforme des retraites réalisée en 2003, une réforme en profondeur de l'assurance maladie devrait avoir lieu en 2004. Afin de la préparer, le gouvernement a mis en place en octobre 2003 le *Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, chargé d'établir un diagnostic sur l'état du système de santé français. Certaines orientations de cette réforme se dessinent d'ores et déjà. Lors de l'installation de ce conseil, le chef du gouvernement a en effet évoqué « des débats à ouvrir : quel est le juste équilibre entre solidarité collective et responsabilité individuelle »²⁴. Sans doute une révision du partage des rôles entre organismes complémentaires et Sécurité sociale se profile-t-elle. Celle-ci était déjà évoquée par le rapport CHADELAT (Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, 2003). Ce rapport penchait pour un système à trois étages : une couverture maladie de base obligatoire gérée par la Sécurité sociale, puis une assurance maladie complémentaire de base (AMCB) gérée par les compagnies d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance et enfin, une couverture supplémentaire facultative. Les populations les moins aisées pourraient bénéficier d'une aide à l'achat dégressive afin de souscrire au second niveau. Les questions laissées en suspens par le rapport CHADELAT étaient nombreuses et une partie des pistes évoquée par ce rapport semble d'ores et déjà abandonnée. Reste que l'idée d'une assurance maladie à trois niveaux, ou du moins d'un élargissement du champ dévolu à l'assurance complémentaire privée²⁵, semble toujours d'actualité.

Dans un tel schéma, la concurrence entre les organismes d'assurance complémentaire est supposée jouer un rôle dans la régulation des dépenses de santé, mais celle-ci est rendue très difficile par la grande opacité des contrats. Alors que les entreprises semblent les mieux à même de faire jouer cette concurrence, le rapport CHADELAT prévoyait cependant la

²⁴ M. Raffarin, Premier Ministre, cité par *Le Monde* du 15 octobre 2003.

²⁵ Et son corollaire : le désengagement des régimes de base.

suppression des incitations sociales et fiscales dont elles bénéficient actuellement²⁶ afin de financer l'aide dégressive à l'achat pour le second niveau. Une telle mesure contribuerait donc à affaiblir le rôle joué par les partenaires sociaux en matière de mise en concurrence des OCAM²⁷, et aussi d'accès à des garanties de bon niveau pour certaines catégories socio-professionnelles qui n'en bénéficieraient pas par ailleurs (ouvriers).

Les OCAM sont bien sûr favorables au développement de l'assurance complémentaire maladie. Les sociétés d'assurance souhaitent obtenir la possibilité de rembourser certains soins au « premier euro » (et n'être plus ainsi cantonnés au rôle de strict complément des régimes obligatoires). La Mutualité envisage pour sa part une forme de cogestion de l'assurance maladie entre caisses d'assurance maladie et mutuelles dans le cadre des 25 propositions rendues publiques pour rénover l'assurance maladie²⁸. Elle est favorable à la mise en œuvre d'un crédit d'impôt destiné à aider tous les français à souscrire à une assurance maladie complémentaire (et dont l'octroi serait conditionné à la signature d'un contrat solidaire : voir note n°22 relative au nouveau Code de la Mutualité), tandis que le gouvernement (ou du moins le chef de l'Etat) semble pencher pour une aide fiscale cantonnée aux plus démunis²⁹.

Mais les garanties fournies par les OCAM ne semblent guère à même de procurer une couverture homogène à toute la population, loin s'en faut. Un tel recul de l'assurance obligatoire conduirait inévitablement à un renforcement des inégalités en matière d'accès à une couverture complémentaire et partant, d'accès aux soins. On voit mal comment une aide dégressive à l'achat (dont la mise en œuvre revient à prendre acte du désengagement de la Sécurité sociale) pourrait contrecarrer cette tendance.

Dans ce genre de scénario, il s'agit avant tout, semble-t-il, de transférer une partie des dépenses de la branche maladie vers la sphère privée afin de réduire la part des coûts financés par prélèvements obligatoires mais ce, au prix d'un affaiblissement de la solidarité nationale. Ce type de projet s'inscrit parfaitement dans les orientations néo-libérales défendues par un grand nombre d'experts internationaux parmi lesquels ceux du FMI, de la Banque Mondiale ou de l'OCDE qui préconisent des stratégies de privatisation, d'individualisation, de contractualisation et de ciblage des politiques sociales (MERRIEN, 2003). Dans un contexte de déficit de l'assurance maladie, les dépenses supportées par la sphère publique sont jugées trop lourdes, « fardeau insupportable » pour paraphraser la formule de la Banque Mondiale (World Bank, 1994)³⁰. L'incitation fiscale est alors le moyen utilisé afin de promouvoir un développement des services et assurances privées et partant, un recul de la protection sociale de base. Ce sont bien des mesures de ce type, initiées par les pays anglo-saxons, qui se sont ensuite diffusées en Europe et ont contribué au repli des systèmes de protection sociale³¹ (GEORGE et TAYLOR-GOOPY, 1996).

²⁶ Les institutions de prévoyance, davantage présentes en entreprises, sont opposées à cette suppression.

²⁷ Cette suppression des avantages fiscaux et sociaux accordés aux entreprises et aux salariés dans le cadre des contrats de groupe tend à retirer la négociation de ce type de couverture aux représentants des salariés et aux employeurs, laissant en quelque sorte l'individu isolé face à une multitude d'offres différentes.

²⁸ Document consultable sur www.mutualite.fr

²⁹ Mais dans ce cas, quid de la CMU ?

³⁰ Voir aussi World Bank (2003) pour une version plus récente de ces analyses.

³¹ Dans le cadre de travaux comparatifs, GEORGE et TAYLOR-GOOPY ont eux aussi montré que -au-delà de la diversité des politiques sociales mises en œuvre en Europe- on pouvait retrouver dans tous les pays les mêmes tendances en matière de protection sociale : restriction des critères d'éligibilité pour l'accès aux prestations, ciblage de prestations auparavant universelles, réduction du niveau de ces mêmes prestations, augmentation de la charge laissée aux usagers, développement des services et assurances privés, etc. (GEORGE et TAYLOR-GOOPY, 1996).

Bibliographie

- APROBERTS L. (1999), « La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée », *Revue de l'Ires*, n°30
- APROBERTS L. et REYNAUD E. (1998), *Un panorama de la protection sociale complémentaire*, Rapport pour la Mire
- APROBERTS L. et alii (2000) *Retraite et épargne salariale, les initiatives d'entreprise*, Rapport pour la MiRe.
- AUVRAY L., DOUSSIN A. et LE FUR P. (2003), « Santé, soins et protection sociale en 2002 », *Questions d'Economie de la Santé*, n°78, décembre
- BLANPAIN N. et PAN KE SHON J.-L. (1997), « L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale », *Insee Première*, n°523, juin
- BOCOGNANO A., COUFFINHAL A., DUMESNIL S. et GRIGNON M. (2000), La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?, Biblio n°1317, CreDES
- BUCHMUELLER T., COUFFINHAL A., GRIGNON M., PERRONIN M. et SZWARCENZSTEIN K. (2002), « Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins », *Questions d'économie de la santé*, n°47, janvier
- CHONE P., GRIGNON M. et MAHIEU R. (2001), « Quelles fonctions économiques pour des opérateurs de soins dans le système de santé français ? », *Revue Française d'Economie*, 1, juillet
- Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, Groupe présidé par M. J.-F. Chadelat, 2003
- COUFFINHAL A. et PERRONIN M. (2004a), « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquêtes ESPS 2000 et 2002 », *Questions d'Economie de la santé*, n°80, février
- COUFFINHAL A. et PERRONIN M. (2004b), « Couvertures complémentaires, couvertures individuelles : un panorama statistique », *Journées FNMF de la complémentaire santé*, janvier
- DEL SOL M. et TURQUET P. (2001), *Les spécificités mutualistes à l'épreuve de la protection sociale d'entreprise*, Rapport pour la MiRe, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- FENINA A. et GEFFROY Y. (2003), « Les comptes de la santé en 2002 », *Etudes et résultats*, n°246, juillet
- GEOFFARD P.Y. (2000), « Assurance maladie : la gestion du risque long », *Revue d'économie politique*, 110 (4), juillet-août
- GEORGE V. et TAYLOR-GOOPY P.-F. (eds) (1996), *European welfare policy*, London, MacMillan
- GRIGNON M. (2002), « Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, avril-juin

- HENRIET D. et ROCHET J.-C. (1999), « Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé », in M. MOUGEOT, *Régulation du système de santé*, Conseil d'Analyse Economique n°13
- MAUROY H. (1996 a), *La mutualité en mutation*, L'Harmattan
- MAUROY H. (1996 b), « L'adaptation des mutuelles ouvertes à la concurrence : un méfait de la sélection adverse ? », *Recma*, n°262, 4ème trimestre
- MAUROY H. (1999), « Les mutuelles ouvertes face à la sélection adverse : une mutation des pratiques », *L'économie sociale. Formes d'organisation et institutions*, XIXèmes Journées de l'AES, L'Harmattan
- MERRIEN F.-X. (2003), « Quelques pistes de réflexion sur la mondialisation, les organisations internationales et les réformes des politiques sociales », *Forum sur les systèmes de protection sociale dans une Europe en voie d'élargissement*, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, Paris, mars
- MOREAU J.-P. (1995), « L'assurance privée dans la couverture du risque maladie », *Revue d'Economie Financière*, n°34
- ROCHAIX L. (1995), « Le financement par les particuliers : la boîte de Pandore », *Revue d'Economie Financière*, n°34
- TURQUET P. (2003) « Les mutuelles de santé face à la concurrence sur le marché de la protection sociale d'entreprise », *Recma, Revue Internationale de l'économie sociale*, n°288
- World Bank (1994), *Adverting the old age crisis. Policies to protect the old and promote growth*, Washington
- World Bank (2003), *Pension Reform in Europe : Process and Progress*, Washington

ANNEXE 1 : LES DEUX VOLETS DE L'ENQUETE REALISEE SUR LE MARCHE DE LA PROTECTION SOCIALE D'ENTREPRISE

Une démarche en deux temps a été suivie afin de mener à bien cette recherche.

En premier lieu, il s'est agi de caractériser les offres (produits proposés, tarifications, services, formes de mutualisation, etc.), mais également les offreurs présents sur le marché des assurances collectives de personnes (leur politique ainsi que leur mode d'organisation). Cette étape initiale a donné lieu à une enquête menée auprès de différents types d'OCAM (mutuelles à recrutement général, de compagnies d'assurance et d'institutions paritaires de prévoyance). Dans tous les cas, des contrats-types ont fait l'objet d'une analyse détaillée.

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

- de responsables de fédérations mutualistes (FNMF et FMF), de la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurance), du BCAC (Bureau commun des assurances collectives),
- des différentes directions de quatre grandes mutuelles à recrutement général issues de regroupements (leurs diverses composantes départementales ont également été enquêtées), de directeurs et présidents d'unions mutualistes du grand Ouest, de responsables de compagnies d'assurances et d'institutions de prévoyance.

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

Des entretiens ont ainsi été menés dans une vingtaine d'entreprises au total, auprès des services de ressources humaines et/ou des représentants de salariés ayant pris part à la négociation de la couverture complémentaire. Celle-ci était donc assurée soit par une mutuelle à recrutement général (presque la moitié de l'échantillon), une mutuelle d'entreprise, une société d'assurance ou une institution de prévoyance. Le contrat d'assurance complémentaire santé (et, le cas échéant, l'accord d'entreprise) ont dans tous les cas fait l'objet d'une étude approfondie.

Différents secteurs d'activité ainsi que différentes tailles d'entreprise étaient représentés dans l'échantillon (voir liste en annexe 2) :

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

ANNEXE 2 : LISTE DES ENTREPRISES ENQUETEES³² (ET FONCTION OCCUPEE PAR L'INTERVIEWE AU SEIN DE CHAQUE ENTREPRISE)

Entreprises assurées par une mutuelle

- BANQUE, secrétaire du comité d'entreprise (Banque, 1300 salariés)
- PUBLIC, membre du comité d'entreprise (Etablissement public, 1400 salariés)
- PRESSE INFO, directrice des ressources humaines (Edition, 250 salariés)
- EQUIPEMENTIER, membre de la direction des ressources humaines (Equipementier automobile, 7000 salariés)
- CHIMIE, directeur des ressources humaines (Chimie, 11 000 salariés)
- CARTON/EMBALLAGE, trésorier du comité d'entreprise (Cartonnerie, 200 salariés)
- COOP, représentants syndicaux membres du comité d'entreprise (Coopérative agricole, 4300 salariés)
- CONSEIL, directeur

Entreprises disposant d'une mutuelle d'entreprise

- TRANSPORT AERIEN, directeur de la mutuelle (150 000 personnes protégées)
- AERONAUTIQUE, président de la mutuelle (28 000 personnes protégées)
- CHANTIER NAVAL, président + vice-président + trésorier de la mutuelle (19 000 personnes protégées)
- TRANSPORTS EN COMMUN, présidente + vice-président de la mutuelle (1900 personnes protégées)
- ELECTRICITE INDUSTRIELLE, président de la mutuelle (200 personnes protégées)

Entreprises assurées par une institution de prévoyance

- INGENIERIE, directeur financier (Ingénierie en projets industriels, 15 salariés)
- GROUPE ELECTROGENES, secrétaire de direction (Maintenance, 16 salariés)

Entreprises assurées par une société d'assurance

- CHAUDIERES, directeur des ressources humaines + responsable du personnel (Chauffage, 1133 salariés)
- BOIS et MATERIAUX, directeur des ressources humaines (Matériaux de construction, 350 salariés)
- AGRI, membre de la direction des ressources humaines (Coopérative agricole)

³² Afin de conserver la confidentialité des résultats, les noms des entreprises sont bien sûr fictifs.