

50374
1994
222

x50374
1994
222

UNIVERSITE DE LILLE I
FACULTE DE SCIENCES ECONOMIQUES ET SOCIALES

LA MUTUALITE FACE A LA SELECTION ADVERSE :
LES PRATIQUES DES MUTUELLES OUVERTES SUR LE TERRAIN DU
COMPLEMENT MALADIE INDIVIDUEL EN MUTATION

THESE POUR LE DOCTORAT DE SCIENCES ECONOMIQUES

présentée et soutenue par
Hervé MAUROY

Directeur de recherche : Nicolas VANEECLOO

Jury :

Guy CAIRE, Professeur à l'Université de Paris X
Jean-Louis CAYATTE, Professeur à l'Université de Paris XII
Jean GADREY, Professeur à l'Université de Lille I
Franck VAN DE VELDE, Maître de Conférences à l'Université de Lille I
Nicolas VANEECLOO, Professeur à l'Université de Lille I

16 Décembre 1994



50374
1994
222

2

20102930
50374
1994
222

Je tiens à exprimer ici toute ma reconnaissance à Monsieur le Professeur Nicolas VANEECLOO pour l'attention et le temps qu'il m'a consacrés tout au long de cette recherche. Ses critiques et ses encouragements m'ont grandement aidé à mener ce travail à son terme.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	13
PARTIE I. MUTUALITE CONTRE SOCIETES D'ASSURANCE ET INSTITUTIONS DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE : LE DEFI DE LA CONCURRENCE	19
CHAPITRE 1. LA MUTUALITE : UN MOUVEMENT SOLIDARISTE CENTRE SUR LA MALADIE.....	20
1. Une action centrée sur le complément maladie.....	20
1.1. L'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale	21
1.1.1. Un poids substantiel.....	21
1.1.2. Une action facilitée du fait d'une participation à la gestion des régimes maladie de base de la Sécurité sociale.....	22
1.2. Les réalisations de type sanitaire et social.....	24
1.3. Prévoyance hors maladie et retraite	26
1.3.1. Les règles du jeu	26
1.3.2. Niveau d'intervention	27
1.4. Bilan chiffré : le caractère nettement dominant du complément maladie	27
2. La mutualité de base.....	29
2.1. Principes des mutuelles de base.....	29
2.1.1. Règles d'action en matière d'assurance	29
2.1.2. Principes de fonctionnement.....	30
2.2. Les types de mutuelles de base.....	31
2.2.1. Les mutuelles ouvertes	32
2.2.2. Les mutuelles fermées.....	32
2.2.2.1. Les mutuelles d'entreprise.....	32
2.2.2.2. Les mutuelles professionnelles au sens large.....	33
2.2.3. Les mutuelles spécialisées.....	34
2.3. Bilan quantitatif	34
3. Les structures fédératives de la mutualité.....	36
3.1. L'action des fédérations nationales supérieures	37
3.1.1. La Fédération Nationale de la Mutualité Française.....	37
3.1.1.1. L'organisation.....	38
3.1.1.2. FNMF : la référence doctrinale.....	39
3.1.2. Le rôle de la FNMF.....	39
3.1.2.1. Le rôle de la FNMF dans les changements effectués sur le terrain du complément maladie...	40
3.1.2.2. Une politique d'offre globale.....	41
3.1.2.2.1. Une diversification concentrique	42
3.1.2.2.2. Nature du mouvement opéré.....	43
3.1.3. La Fédération des Mutuelles de France	46
3.1.3.1. Les origines.....	46
3.1.3.2. Différences avec la FNMF.....	47
3.2. L'action des structures fédératives intermédiaires.....	49
3.2.1. Les unions territoriales à champ de compétence géographique restreint.....	50
3.2.2. Les unions départementales	50
3.2.3. Les unions nationales spécifiques	51

CHAPITRE 2. SOCIÉTÉS D'ASSURANCE ET INSTITUTIONS DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE : DES CONCURRENTS MASSIFS.....	53
1. Sociétés d'assurance : présence massive sur le terrain du complément maladie	54
1.1. Principes des sociétés d'assurance.....	54
1.1.1. Règles d'action en matière d'assurance	54
1.1.2. Principes de fonctionnement.....	55
1.2. Sociétés d'assurance : un champ d'intervention considérable ouvert sur le complément maladie	56
1.2.1. Un poids global substantiel.....	56
1.2.2. Le champ du complément maladie	57
1.3. Le complément maladie : un marché stratégique	59
1.3.1. Nature de l'intérêt porté au complément maladie.....	59
1.3.2. Une action facilitée du fait d'une participation à la gestion des régimes maladie de base de la Sécurité sociale.....	60
1.3.2.1. L'assurance maladie des exploitants agricoles....	61
1.3.2.2. L'assurance maladie des travailleurs indépendants	62
2. Institutions de retraite et de prévoyance : analyse de leurs activités de base.....	64
2.1. La question de la prise en charge des régimes de retraite des salariés .	65
2.1.1. Le premier niveau d'assurance-vieillesse obligatoire des salariés	65
2.1.2. Délimitation des domaines d'intervention des institutions de retraite et de prévoyance sur le terrain de la retraite	66
2.2. L'AGIRC	68
2.2.1. Les origines.....	68
2.2.2. Les grands principes du fonctionnement actuel.....	69
2.2.2.1. Les principes d'intervention clés.....	69
2.2.2.2. Le rôle attribué aux institutions de base relevant de l'AGIRC.....	70
2.3. L'ARRCO	72
2.3.1. Les origines.....	72
2.3.2. Les grands principes du fonctionnement actuel	73
2.3.2.1. Les principes d'intervention	73
2.3.2.2. Le rôle attribué aux institutions de base relevant de l'ARRCO.....	74
2.4. Les régimes de retraite hors AGIRC et ARRCO	75
2.4.1. Les régimes de retraite complémentaire ne relevant pas de l'AGIRC ou de l'ARRCO	76
2.4.2. Les régimes de retraite sur-complémentaire des salariés	78
3. Institutions de retraite et de prévoyance : entrée massive sur le terrain du complément maladie	79
3.1. Modalités de l'intervention en propre dans le champ de la maladie	79
3.1.1. Le mouvement de diversification opéré.....	80
3.1.2. Champ d'intervention des institutions concernées.....	81
3.1.2.1. Scission juridique de la retraite et de la prévoyance.....	81
3.1.2.2. Un processus de scission avancé au début des années quatre-vingt-dix	82
3.1.2.3. Une scission désormais obligatoire.....	83
3.1.3. Poids de l'intervention en matière de complément maladie..	84
3.1.3.1. Un poids global important	84
3.1.3.2. Zone de compétence des institutions concernées.	86
3.1.3.3. Présence sur le terrain du complément maladie individuel	87

3.2. Formes d'intervention indirectes dans le champ du complément maladie	88
3.2.1. L'action des institutions de retraite et de prévoyance comme intermédiaires des sociétés d'assurance	89
3.2.1.1. Intermédiation de première espèce	89
3.2.1.2. Intermédiation de seconde espèce	90
3.2.2. Les groupes d'intervention issus des institutions de retraite et de prévoyance	91
3.2.2.1. Présentation des groupes constitués	92
3.2.2.2. Elargissement des possibilités d'action par l'entremise de "filiales"	94

PARTIE II. MUTATION DES MUTUELLES OUVERTES SUR LE TERRAIN DE LA GARANTIE MALADIE INDIVIDUELLE : LES FONDEMENTS THEORIQUES..... 96

CHAPITRE 3. LA SELECTION ADVERSE : FONDEMENT DE LA MUTATION OPEREE 99

1. La sélection adverse : un processus susceptible d'être enduré par la mutuelle de référence en l'absence de concurrence	101
1.1. L'action de la mutuelle de référence : formalisation	102
1.1.1. Les hypothèses	102
1.1.2. Fixation du tarif demandé hors prise en compte des frais de gestion et de transaction et d'une erreur éventuelle de jugement	103
1.1.3. Prise en compte d'une erreur éventuelle de jugement.....	104
1.1.4. Prise en compte des frais de gestion et de transaction	105
1.2. Fondements du choix des adhérents potentiels.....	106
1.2.1. Différence espérée entre la valeur des frais de maladie subis et la cotisation à payer en cas d'adhésion	106
1.2.2. Formalisation du choix des adhérents	107
1.2.2.1. Les hypothèses.....	108
1.2.2.2. Fondements de l'adhésion	108
1.2.2.3. L'influence de l'aversion pour le risque.....	110
1.2.2.4. Nature du déséquilibre des entrées.....	111
1.3. Mise en oeuvre du cercle vicieux de la sélection adverse.....	111
1.3.1. Un rapport sinistres/primes tendanciellement plus élevé que prévu	112
1.3.2. Augmentation du tarif demandé : modalités et conséquences	112
2. Un cercle vicieux de la sélection adverse potentiellement considérable en présence d'une société d'assurance	116
2.1. L'action d'une société d'assurance : formalisation.....	117
2.1.1. Tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis.....	117
2.1.2. Tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis et de la variabilité des frais de maladie à acquitter	118
2.1.2.1. Les hypothèses	118
2.1.2.2. Prise en compte du risque encouru en propre par une personne donnée	119
2.1.2.3. Effet de la production de prévisibilité grâce à la Loi des grands nombres.....	120

2.1.2.4. Prise en compte d'une erreur éventuelle de jugement	121
2.1.2.5. Prise en compte des frais de gestion et de transaction	121
2.2. Fondements du choix des adhérents potentiels.....	122
2.2.1. Fondements dans le cas d'une tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis.....	122
2.2.1.1. Préférence des personnes à risque maladie faible pour la société d'assurance	122
2.2.1.2. Cycle comportemental des assurés.....	124
2.2.2. Fondements dans le cas d'une tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis et de la variabilité des frais de maladie à acquitter.....	125

CHAPITRE 4. LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LA SELECTION ADVERSE : TENANTS ET ABOUTISSANTS..... 128

1. La sélection adverse : les principes généraux de son contournement	129
1.1. Instauration d'un mécanisme de tarification plus ou moins discriminant.....	129
1.2. Institution de mécanismes restrictifs non tarifaires.....	131
1.2.1. Délais d'attente	131
1.2.2. Sélection des risques à l'entrée	131
1.2.3. Exclusion ex post des adhérents.....	132
1.3. Modulation du niveau de la garantie offerte ou multiplication des niveaux de couverture	133
1.3.1. L'offre d'une garantie maladie unique et de bas niveau	133
1.3.2. L'offre de plusieurs niveaux de couverture.....	138
2. L'impact de la concurrence d'une société d'assurance sur les mesures à prendre 139	
2.1. En l'absence d'une société d'assurance : nécessité d'un changement modéré.....	140
2.1.1. Première mesure à prendre : l'offre d'une garantie unique de bas niveau	140
2.1.2. Autres mesures à prendre si l'offre d'une garantie unique de bas niveau est insuffisante.....	141
2.2. En présence d'une société d'assurance : nécessité d'une mutation importante.....	142
2.2.1. L'offre d'une garantie maladie de bas niveau dans un cadre solidariste : un outil insatisfaisant.....	142
2.2.2. Mesures impératives : transformation profonde de la tarification et instauration de mécanismes restrictifs non tarifaires.....	143
2.2.3. Le butoir du hasard moral	144
2.2.3.1. La notion de hasard moral	145
2.2.3.2. Conséquence du hasard moral : une perte de compétitivité	145
2.3. La préservation d'une éthique propre : une arme pour la mutualité	148
2.3.1. Le caractère agressif d'une société d'assurance en matière d'assurance individuelle.....	148
2.3.2. Renforcer le capital symbolique : une action efficace.....	150
2.3.2.1. L'intérêt du désintéressement.....	150
2.3.2.2. Exemples de renforcement du capital symbolique	151

**PARTIE III. MUTATION DES MUTUELLES OUVERTES SUR LE
TERRAIN DE LA GARANTIE MALADIE INDIVIDUELLE :
MODALITES PRATIQUES 153**

**CHAPITRE 5. LES PRATIQUES DES SOCIETES D'ASSURANCE :
ETALON DES TRANSFORMATIONS OPEREES..... 154**

1. Les pratiques tarifaires.....	155
1.1. Des tarifs croissants avec l'âge atteint	156
1.1.1. Prise en compte de l'âge atteint : modalités	156
1.1.1.1. Tranches d'âge et âge limite d'augmentation des tarifs	157
1.1.1.2. Présentation graphique	158
1.1.2. Force de la prise en compte de l'âge atteint	163
1.1.2.1. Mesure synthétique	163
1.1.2.2. Autres indicateurs.....	165
1.2. Déterminants autres que l'âge atteint.....	166
1.2.1. Le sexe : prise en compte à des degrés divers	166
1.2.1.1. Intensité de la prise en compte.....	166
1.2.1.2. Diversité de la prise en compte	167
1.2.2. Le nombre d'enfants : prise en compte systématique.....	170
1.2.3. Autres variables	171
1.2.3.1. Mesures de l'état de santé.....	171
1.2.3.2. Sports, loisirs, moyens de transports et autres... ..	172
2. Les pratiques non tarifaires.....	173
2.1. Les formules de remboursements offertes	174
2.1.1. Une offre diversifiée.....	174
2.1.2. Une comparaison difficile.....	175
2.1.3. Des gammes de garanties très étendues	175
2.2. Les mécanismes restrictifs non tarifaires.....	177
2.2.1. Délais d'attente : pratique généralisée.....	177
2.2.2. Sélection des risques sans recherche particulière d'informations : âge limite d'adhésion	179
2.2.3. Sélection des risques avec recherche particulière d'informations : sélection sur la base de l'état de santé.....	180
2.2.4. Exclusion ex post des adhérents	183

**CHAPITRE 6. MODALITES DES TRANSFORMATIONS OPEREE PAR
LES MUTUELLES OUVERTES 185**

1. Les pratiques tarifaires : mutation profonde.....	188
1.1. Des tarifs croissants avec l'âge atteint : la transformation majeure.....	189
1.1.1. Le tempo de la mutation opérée	189
1.1.2. Exemple type de la transformation opérée	191
1.1.3. Prise en compte de l'âge atteint en moyenne.....	193
1.1.3.1. Tranches d'âge et âge limite d'augmentation des tarifs	194
1.1.3.2. Mesure synthétique	195
1.1.3.3. Autres indicateurs.....	197
1.1.3.4. Résumé graphique	199
1.1.4. Diversité des stades d'évolution.....	200
1.1.4.1. Présentation graphique	201
1.1.4.2. Comparaison avec les sociétés d'assurance.....	205

1.2. Déterminants autres que l'âge atteint.....	207
1.2.1. Les variables retenues par les sociétés d'assurance et rejetées par les mutuelles ouvertes	208
1.2.1.1. Le sexe	208
1.2.1.2. Variables types état de santé, sports, loisirs, moyens de transports.....	208
1.2.2. Différenciation personne seule/couple : un alignement en cours sur les sociétés d'assurance	209
1.2.3. Le nombre d'enfants : vers une prise en compte quasi- systématique.....	210
1.2.4. Prise en compte de l'âge à l'adhésion	213
1.2.4.1. Mixage des usages originels et des pratiques des sociétés d'assurance	213
1.2.4.2. Une prise en compte tendancielle conjuncturelle.....	214
1.2.4.2.1. La cible.....	214
1.2.4.2.2. Sur-cotisation immédiate et sur- cotisation différée.....	216
1.2.4.2.3. Hauteurs des sur-tarifcations	218
2. Les pratiques non tarifaires : l'adaptation.....	223
2.1. Les formules de remboursements offertes : une transformation sous contrôle.....	224
2.1.1. L'offre d'une garantie unique de bas niveau : un usage en voie de dépassement.....	224
2.1.1.1. Multiplication des garanties.....	224
2.1.1.2. Elargissement de l'offre.....	225
2.1.1.3. Le butoir du hasard moral.....	225
2.1.2. Comparaison avec les sociétés d'assurance.....	226
2.2. Les mécanismes restrictifs non tarifaires : entre mutation et volonté de conserver le capital symbolique accumulé.....	228
2.2.1. Délais d'attente : des règles du jeu en partie modifiées	228
2.2.1.1. Changement partiel de statut.....	228
2.2.1.2. Modification tendancielle de la cible	230
2.2.2. Age limite d'adhésion : mesure d'appoint non systématisée	231
2.2.3. Sélection sur la base de l'état de santé : le refus de l'alignement sur les sociétés d'assurance	233
2.2.4. Exclusion ex post des adhérents : le rejet	234
3. Bilan des usages	235
3.1. Classification automatique sur les usages tarifaires.....	235
3.1.1. Fondements de la construction.....	236
3.1.2. Découpage en classes	236
3.1.3. Les résultats.....	238
3.2. Analyse factorielle des correspondances multiples.....	240
3.2.1. Cartographie sur la base des variables tarifaires centrales...	240
3.2.2. Projection de variables supplémentaires	243
3.2.2.1. Variables supplémentaires reflétant les usages ...	243
3.2.2.2. Variables supplémentaires de type état civil.....	245
3.2.2.3. Résultats	245
3.2.2.3.1. L'influence de l'effectif couvert et de l'appartenance fédérative.....	246
3.2.2.3.2. Parallélisme des transformations.....	247

CONCLUSION	249
BIBLIOGRAPHIE	255
ANNEXES	273
Annexe I : liste des mutuelles habilitées à jouer le rôle de sections locales.....	274
Annexe II : résolution du Congrès général FNMF de Nice (juin 1988).....	276
Annexe III : résolution du Congrès général FNMF de Grenoble (juin 1991).....	279
Annexe IV : liste des institutions de retraite sur-complémentaire.....	285
Annexe V : nombre d'institutions L4 par types de garanties de prévoyance.....	287
Annexe VI : institutions de retraite et de prévoyance par risque de prévoyance couvert....	289
Annexe VII : liste des 33 groupes (d'envergure) d'institutions de retraite et de prévoyance investis (1991-1992).....	292
Annexe VIII : circulaire AGIRC n° 4540 / SJ datée du 6 avril 1993 et circulaire ARRCO du 21 mai 1992.....	305
Annexe IX : pratiques mises en oeuvre par les sociétés d'assurance concernant la question des tranches d'âge.....	309
Annexe X : figures représentant l'évolution de la cotisation demandée d'une part aux hommes, d'autre part aux femmes en fonction de l'âge atteint (pour les sociétés d'assurance).	313
Annexe XI : force de la prise en compte de la variable "âge atteint" par les sociétés d'assurance.....	318
Annexe XII : mesures diverses de la prise en compte de la variable "âge atteint" par les sociétés d'assurance.....	322
Annexe XIII : prise en compte du sexe selon l'âge atteint par les sociétés d'assurance....	326
Annexe XIV : prise en compte du nombre d'enfants par les sociétés d'assurance.....	328
Annexe XV : mesures des écarts entre les garanties maladie proposées (sociétés d'assurance).....	330
Annexe XVI : les formules de garantie maladie individuelle proposées par les sociétés d'assurance.....	332
Annexe XVII : les questionnaires médicaux des sociétés d'assurance.....	339
Annexe XVIII : pratiques mises en oeuvre par les mutuelles ouvertes concernant la question des tranches d'âge.....	349
Annexe XIX : force de la prise en compte de la variable "âge atteint" par les mutuelles ouvertes.....	353
Annexe XX : mesures diverses de la prise en compte de la variable "âge atteint" par les mutuelles ouvertes.....	355
Annexe XXI : force de la différenciation couple / personne seule chez les mutuelles ouvertes.....	357
Annexe XXII : présentation graphique de la différenciation personne seule / couple chez les mutuelles ouvertes.....	360
Annexe XXIII : prise en compte du nombre d'enfants par les mutuelles ouvertes.....	364
Annexe XXIV : les formules de garantie maladie individuelle proposées par les mutuelles ouvertes.....	366
Annexe XXV : mesures des écarts entre les garanties maladie proposées (mutuelles ouvertes).....	371
Annexe XXVI : aides à l'interprétation de l'analyse factorielle des correspondances multiples réalisée (pratiques des mutuelles ouvertes relativement à celles des sociétés d'assurance.....	373

ILLUSTRATIONS

I- Tableaux

Tableau 1.1. : Nature des prestations maladie versées par les groupements mutualistes de plus de 3500 personnes protégées (1991).....	22
Tableau 1.2. : Structure de financement de la dépense de soins et de biens médicaux (en %)	22
Tableau 1.3. : Les réalisations de type sanitaire ou social de la mutualité (1990).....	25
Tableau 1.4. : Nature des organismes mutualistes concernés par les réalisations de type sanitaire et social (1990).....	25
Tableau 1.5. : Concentration du mouvement mutualiste (1991).....	35
Tableau 1.6. : Poids respectifs des différentes catégories de mutuelles de base de plus de 3500 personnes protégées (1990).....	35
Tableau 1.7. : Détention du capital d'EUROMUT à sa création	45
Tableau 2.1. : Intervention des sociétés d'assurance en 1991.....	58
Tableau 2.2. : Organisation du régime AMEXA, caractères principaux.....	61
Tableau 2.3. : Les assujettis au régime AMEXA, chiffres clés (1986).....	62
Tableau 2.4. : Organisation du régime AMTI, caractères principaux.....	63
Tableau 2.5. : Assurance vieillesse obligatoire des salariés : les deux étages.....	67
Tableau 2.6. : Assurance vieillesse obligatoire des salariés : les deux étages, présentation résumée (début des années quatre-vingt dix)	77
Tableau 2.7. : Montant par risques des prestations de prévoyance octroyées par les institutions de retraite et de prévoyance (1986).....	85
Tableau 2.8. : Nombre d'institutions L4 réalisant des opérations de prévoyance en fonction de leur type d'intervention : présentation risque par risque (début 1988)	87
Tableau 5.1. : Sociétés d'assurance : âge limite d'augmentation des tarifs, nombre de tranches d'âge	158
Tableau 5.2. : Sociétés d'assurance : prise en compte de la variable âge atteint (données moyennes).....	165
Tableau 5.3. : Sociétés d'assurance : progression des cotisations en fonction de l'âge atteint (données moyennes formules Ticket Modérateur).....	165
Tableau 5.4. : Sociétés d'assurance : prise en compte du sexe (données moyennes).....	167
Tableau 5.5. : Sociétés d'assurance : la question de la gratuité de la couverture pour les enfants.....	170
Tableau 5.6. : Sociétés d'assurance : niveau des tarifs enfants en fonction du nombre d'enfants	171

Tableau 5.7. : Etendue de la gamme de garanties (données moyennes).....	177
Tableau 5.8. : Sociétés d'assurance : délais d'attente.....	178
Tableau 5.9. : Sociétés d'assurance : âge limite d'adhésion.	180
Tableau 5.10. : Sociétés d'assurance : contenu résumé des questionnaires médicaux de base	182
Tableau 6.1. : Mutuelles ouvertes : indications de base	187
Tableau 6.2. : Mutuelles ouvertes : âge limite d'augmentation des tarifs, nombre de tranches d'âge.....	195
Tableau 6.3. : Mutuelles ouvertes : prise en compte de la variable âge atteint (données moyennes)	196
Tableau 6.4. : Mutuelles ouvertes : progression des cotisations en fonction del'âge atteint (données moyennes formules Ticket Modérateur)	198
Tableau 6.5. : Mutuelles ouvertes : gratuité de la couverture pour les enfants.....	211
Tableau 6.6. : Mutuelles ouvertes : niveau des tarifs enfants en fonction du nombre d'enfants	212
Tableau 6.7. : Mutuelles ouvertes : sur-tarification pour adhésion tardive	215
Tableau 6.8. : Mutuelles ouvertes : forme de la sur-tarification pour adhésion tardive	217
Tableau 6.9. : Etendue de la gamme de garanties.....	227
Tableau 6.10. : Mutuelles ouvertes : délais d'attente.....	229
Tableau 6.11. : Mutuelles ouvertes : conditions sur la nature de l'organisme assureur antérieur	231
Tableau 6.12. : Mutuelles ouvertes : âge limite d'adhésion	232
Tableau 6.13. : Mutuelles ouvertes : description de la prise en compte des risques aggravés.....	234

II- Figures

Figure 1.1. : L'action en propre de la mutualité en 1991.....	28
Figure 1.2. : Schéma de fonctionnement d'une mutuelle.....	31
Figure 1.3. : Organisation de la FNMF	38
Figure 1.4. : Mutualité : diversification concentrique	43
Figure 2.1. : Diversification concentrique des institutions de retraite et de prévoyance	81
Figure 3.1. : Gain tiré de l'adhésion auprès de la mutuelle de référence	107
Figure 3.2. : Augmentation du tarif demandé : conséquences	114

Figure 3.3. : Gain tiré de l'adhésion auprès de la mutuelle de référence et d'une société d'assurance.	123
Figure 4.1. : Fixation de la hauteur de la garantie maladie proposée par la mutuelle de référence en situation de monopole.	135
Figure 4.2. : Fixation de la hauteur de la garantie maladie proposée par la mutuelle de référence confrontée à la concurrence d'une société d'assurance.....	136
Figure 4.3. : Demande de soins et hasard moral	146
Figures 5.1. : Sociétés d'assurance : prise en compte de l'âge atteint (moyenne du tarif mensuel demandé à un homme et du tarif mensuel demandé à une femme).....	160
Figure 5.2. : Le Ticket Modérateur	164
Figure 5.3. : Sociétés d'assurance : $\frac{\text{Cotisation moyenne femme 21-84 ans}}{\text{Cotisation moyenne homme 21-84 ans}}$ (données moyennes formules TM).....	168
Figures 5.4. : Sociétés d'assurance : prise en compte du sexe selon l'âge atteint (formules TM).....	169
Figures 6.1. : Mutuelle ouverte 20 : un exemple historique typique de prise en compte de l'âge atteint.....	192
Figure 6.2. : Mutuelles ouvertes contre sociétés d'assurance : prise en compte de l'âge atteint (formules TM)	200
Figures 6.3. : Mutuelles ouvertes : prise en compte de l'âge atteint.....	202
Figure 6.4. : Mutuelles ouvertes : coefficient de variation corrigé 21-84 ans (toutes formules TM).....	206
Figure 6.5. : Sociétés d'assurance : coefficient de variation corrigé 21-84 ans moyenne homme femme (toutes formules TM)	206
Figures 6.6. : Mutuelles ouvertes : Niveau de la sur-tarifification pour adhésion tardive (toutes formules concernées)	219
Figure 6.7. : Mutuelles ouvertes : Résultat de la classification ascendante hiérarchique....	238

III- Cartes graphiques

Carte graphique 6.1. : Mutuelles ouvertes : cartographie des usages tarifaires centraux ...	242
Carte graphique 6.2. : Les usages des mutuelles ouvertes : présentation globale	246

INTRODUCTION

La solidarité dans un cadre capitaliste

Lorsqu'on exerce une activité dans un cadre capitaliste, est-il possible de manifester un comportement véritablement solidariste, sans remettre en cause son existence ?

Depuis J-J. ROUSSEAU, pour qui l'ordre naturel passe par l'association non contraignante des hommes, et jusqu'à ces dernières années, cette question était centrale : l'idée qu'il était possible d'être significativement différent dans un cadre capitaliste demeurait inflexible et forte.

L'idée ne présente plus la même force en ce début des années quatre-vingt-dix. C. FOURIER et son phalanstère coopératif, R. OWEN et l'Echange équitable, P-J. PROUDHON et son mutuellisme, ou encore F. LE PLAY et sa réforme sociale, sont totalement passés de mode. Et les théoriciens marxistes qui s'intéressaient à la question d'un Ordre nouveau, naguère si nombreux dans les cercles de réflexion économique, ne sont plus légions.

Désormais, la toute puissance du capitalisme apparaît comme une idée sûre, sans possibilité de détours : que l'on soit une personne, une entreprise ou même une nation, il faut s'y adapter ou disparaître.

Il existe un signe caractéristique de l'évolution doctrinale actuelle. Au milieu des années quatre-vingt, l' "Economie sociale", au sens d'économie du Tiers secteur, était au goût du jour, on peut même dire à la mode.

Le Tiers secteur, qui regroupe (selon la nomenclature usuelle) les associations, les coopératives et les organismes assureurs de type mutualiste, apparaissait alors comme un moyen de s'inscrire véritablement dans un cadre altruiste, fondé sur l'idée de la réciprocité et dans le cadre duquel se trouvait bannie toute idée de mercantilisme. Le tiers

secteur était alors "chanté" par des théoriciens comme H. DESROCHE¹, tandis que des auteurs considérés souvent comme secondaires, à l'image de C. GIDE (appréhendé comme l'un des pères de l'Economie sociale), étaient presque remis à l'ordre du jour.

En ce début des années quatre-vingt-dix, la mode est passée. L'Economie sociale est devenue un concept des plus marginal : nonobstant quelques cercles bien esseulés, les idées véhiculées en la matière ne sont plus considérées en général comme pouvant servir d'exemples.

Pourtant, la question de la préservation d'une dimension solidariste dans un cadre capitaliste reste des plus obsédantes. Nous nous devons de la traiter.

L'exemple de la mutualité

Nous avons choisi de traiter cette question en nous intéressant à la mutualité, c'est-à-dire au mouvement social constitué par l'ensemble des mutuelles, organisations à but non lucratif régies en France par le code de la mutualité.

Le terme de "mutuelles" est parfois utilisé à tort pour désigner les sociétés relevant du code des assurances qui sont présentées usuellement sous la dénomination de mutuelles d'assurance².

Toutefois, conformément au droit et à la réalité historique, seuls les organismes relevant du code de la mutualité seront désignés sous la terminologie de "mutuelles" dans le cadre de cette thèse. Toutes les entités définies par le code des assurances seront toujours appelées sociétés d'assurance.

L'intérêt tout particulier de la mutualité vient de ce qu'elle constitue un mouvement qui, depuis ses origines, cherche à adopter un comportement aussi solidariste que possible.

¹Cf DESROCHE H., "Pour un Traité d'Economie sociale", CIEM, 1983. Cf aussi JEANTET T., VERDIER R., "L'Economie sociale", CIEM, 1982.

²L'expression "mutuelles d'assurance" désigne en outre deux types d'organisations : des organisations fonctionnant sans recourir à des intermédiaires intéressés à la souscription des contrats (exemples : MAIF, MATMUT, MACIF, MAAF...) et des organisations qui fonctionnent en utilisant ce procédé (exemple : Les Mutuelles du Mans assurances...).

Cette volonté trouve son origine pour une grande part dans l'histoire. Comme l'a montré R. LAVIELLE et surtout J. BENNET¹, ce mouvement est issu en effet des confréries, des compagnonnages ou encore des guildes du Moyen âge. Il s'est en outre structuré idéologiquement au cours du 19^{ème} siècle, en particulier durant les premières décennies de la Troisième République, où il s'est trouvé marqué par l'Idéal Républicain et les courants solidaristes du moment. Il présente dans ces conditions une nature originale, différente de celle des sociétés d'assurance en particulier.

L'attention portée à la mutualité présente un second intérêt : l'activité principale des mutuelles consiste en pratique à proposer des remboursements de frais de santé en complément de la Sécurité sociale (on dira pour simplifier des garanties maladie ou des compléments maladie).

Or, en matière de frais de santé, la Sécurité sociale connaît un net repli : la capacité manifestée par la mutualité (confrontée à des concurrents qui ont une logique différente) de préserver une dimension réellement solidariste tend à ne plus être en rien secondaire.

Mutuelles ouvertes et fermées : la confrontation à la concurrence

Les mutuelles intervenant sur le terrain de la garantie maladie diffèrent par leur champ d'intervention.

En effet, il en existe deux types :

- d'une part les mutuelles ouvertes, qui s'adressent par définition à l'ensemble de la population, et non pas à un groupe d'individus prédéterminé,

- d'autre part les mutuelles fermées (les mutuelles "professionnelles", y compris de fonctionnaires, et les mutuelles d'entreprise).

¹Cf LAVIELLE R., "Histoire de la Mutualité", Hachette, 1964. Cf BENNET J., "La Mutualité française des origines à la révolution de 1789", CIEM, 1981.

Ouvertes ou fermées, les mutuelles se sont toujours avérées jusqu'à ces dernières années franchement solidaristes.

Même après la création de la Sécurité sociale à la Libération, qui aurait pu les perdre, elles ont continué à prôner les mêmes principes d'action : les mutuelles (ouvertes ou fermées) ne cherchaient pas à offrir un contrat d'assurance, qui, couvrant un risque, devait impliquer le paiement d'une prime proportionnée à ce risque. En effet, elles proposaient d'un point de vue général l'adhésion à un système de solidarité, où l'on partagerait (entre tous) les dommages subis par la communauté des adhérents.

Cependant, les années soixante-dix déjà, et surtout les années quatre-vingt virent se modifier le contexte dans lequel se déroulait cette action.

Concomitant d'un certain retrait de l'institution "Sécurité sociale" (qui élargissait les possibilités de développement), l'intérêt pour le marché du complément maladie s'intensifia aux yeux de concurrents ne répondant pas à la même logique.

Ce phénomène mit la mutualité dans une situation quelque peu difficile : il rendit nécessaire l'adaptation des usages mutualistes à cette "nouvelle donne".

Cette transformation signifie-t-elle que les mutuelles doivent aller jusqu'à perdre leur caractère solidariste pour survivre ?

Le sujet de l'étude

Nous avons posé précisément cette question de la survie d'un caractère solidariste à propos de l'action des mutuelles ouvertes sur le terrain de la garantie maladie individuelle¹.

Il s'agit là en effet de la catégorie de mutuelles la plus soumise à la concurrence (compte tenu de leur caractère ouvert).

¹Une assurance individuelle concerne les situations dans le cadre desquelles une garantie est "achetée" par un souscripteur pour son propre compte (et généralement celui de sa famille)

L'objet de cette thèse consistera ainsi à analyser comment (et selon quelles motivations) les mutuelles ouvertes transforment actuellement leurs pratiques dans le champ du complément maladie individuel.

Le plan de l'étude

1) Dans une première partie, nous appréhenderons le mouvement mutualiste dans son entier et la situation concurrentielle endurée par celui-ci.

En effet, les transformations mises en oeuvre par les mutuelles ouvertes en matière de complément maladie individuel tiennent aussi à l'évolution doctrinale de la mutualité prise dans son ensemble, évolution dont on verra qu'elle n'est en rien négligeable au cours des années quatre-vingt¹.

En outre, l'appréhension globale de la mutualité et de la situation concurrentielle subie par celle-ci nous donneront aussi les moyens d'apprécier pleinement les tenants et les aboutissants des usages retenus par les mutuelles ouvertes.

2) La deuxième partie, quant à elle, sera parfaitement théorique. Elle montrera que les problèmes essentiels auxquels sont confrontées les mutuelles ouvertes dans le secteur du complément maladie individuel sont, tout d'abord, le phénomène de la sélection adverse, selon la terminologie utilisée par G-A. AKERLOF dans son célèbre article de 1970 sur le marché des véhicules d'occasion², et, secondairement, celui du "hasard moral", concept introduit par K-J. ARROW durant les années soixante³.

La sélection adverse, pour un organisme assureur, est la tendance, compte tenu essentiellement du système de tarification utilisé, à se transformer en réceptacle de plus en plus privilégié de personnes à risque élevé. Le hasard moral, quant à lui, traduit le risque de voir les personnes couvertes modifier leur comportement (du fait justement qu'elles

¹Cf les notions de fonctions latentes et de fonctions expresses, SELLIER F., "Dynamique des besoins sociaux", Editions ouvrières, 1970.

²Cf AKERLOF G-A., "The market for "Lemons" : quality uncertainty and the market mechanism", QJE, vol. 74, août 1970.

³Cf ARROW K.J., "Uncertainty and the welfare economics of medical care", A.E.R., décembre 1963.

sont assurées) et accroître de ce fait le risque encouru (ou les pertes associées au risque encouru).

La sélection adverse s'avérera ainsi être le facteur déterminant de transformation des pratiques mutualistes. Nous verrons surtout en la matière que, pour être combattue par une mutuelle, elle nécessite des moyens différents selon la situation concurrentielle endurée.

3) Dans une troisième partie, nous présenterons les modalités pratiques de la transformation opérée actuellement par les mutuelles ouvertes sur le terrain de la garantie maladie individuelle.

Pour ce faire, une enquête, qui a nécessité moult entretiens et le recours à l'analyse factorielle, a été réalisée¹.

En la matière, les méthodes des sociétés d'assurance ont servi en quelque sorte d'étalon pour mesurer l'ampleur des transformations que les mutuelles ouvertes ont opérées.

Nous verrons alors explicitement si les mutuelles ouvertes conservent des traits solidaristes ou si elles se transforment en sociétés d'assurance bis.

¹Un stage de trois mois au sein d'une mutuelle ouverte a aussi été réalisé.

PARTIE 1

MUTUALITE CONTRE SOCIETES D'ASSURANCE ET INSTITUTIONS DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE : LE DEFI DE LA CONCURRENCE

Sur le terrain de l'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale, la mutualité est concurrencée par deux types d'intervenants : les sociétés d'assurance et les institutions de retraite et de prévoyance.

Pour le mouvement mutualiste, l'existence de concurrents de nature différente constitue un phénomène déstabilisant. En effet, d'un point de vue général, les mutuelles sont amenées à "adapter" leurs usages pour résister à la concurrence subie.

En pratique, les changements effectués par les mutuelles ouvertes ne peuvent être appréciés sans avoir appréhendé la mutualité dans son ensemble : il s'agit là d'un mouvement social de vaste ampleur et "structuré" d'un point de vue doctrinal. La doctrine du mouvement mutualiste pris dans son entier influe dans ces conditions sur les pratiques susceptibles d'être ou non mises en oeuvre.

On présentera donc dans un premier temps ce qu'est dans les faits la mutualité, puis ce que sont les sociétés d'assurance et les institutions de retraite et de prévoyance.

CHAPITRE 1

LA MUTUALITE : UN MOUVEMENT SOLIDARISTE CENTRE SUR LA MALADIE

Les mutuelles sont partie intégrante d'un mouvement teinté d'un idéal que l'on qualifie souvent de solidariste : la mutualité.

Contrairement aux institutions de retraite et de prévoyance, mais comme les sociétés d'assurance, l'essence doctrinale de la mutualité a des origines lointaines (Antiquité, Moyen-Age, etc...). Néanmoins, les travaux historiques réalisés ont montré que c'est surtout à la fin du XIXe siècle que la doctrine mutualiste s'est affirmée¹.

La mutualité est une organisation multiforme, dans la mesure où il existe différents types de mutuelles. Malgré les différences, il existe toutefois une doctrine d'action propre au mouvement mutualiste : en ce qui concerne les usages mis en oeuvre, toutes les mutuelles en tiennent compte.

1. UNE ACTION CENTREE SUR LE COMPLEMENT MALADIE

La mutualité propose en propre trois types de "produits" :

- 1) l'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale (on dit le complément maladie ou la garantie maladie pour simplifier)
- 2) les réalisations de type sanitaire et social
- 3) les garanties de prévoyance hors maladie et les garanties de retraite (et assimilés).

¹Cf LAVIELLE R., déjà cité. Cf aussi BENNET J., déjà cité.

La notion de prévoyance

Le terme de prévoyance ici utilisé correspond à l'ensemble des garanties sociales qui ne ressortent pas des formules de retraite (et des produits assimilés).

Le terme de prévoyance englobe ainsi à titre principal les garanties :

- **décès** (versement d'un capital ou d'une rente au profit essentiellement du conjoint survivant et/ou des enfants à charge),

- **invalidité** (attribution d'un capital ou d'une rente),

- **incapacité de travail** (allocation d'indemnités journalières),

- ainsi que **maladie** (remboursement des frais de santé).

Les garanties de **prévoyance hors maladie** correspondent ainsi à titre principal, selon la norme de vocabulaire que nous utilisons, aux garanties **décès, invalidité et incapacité de travail**.

Néanmoins, l'assurance complémentaire à la Sécurité sociale est très nettement le centre de l'action mutualiste.

1.1. L'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale

1.1.1 Un poids substantiel

En 1991, la mutualité dans son ensemble a servi en propre près de 34 milliards de francs de prestations au titre du complément maladie.

La structure des prestations maladie versées par la mutualité était alors la suivante :

Tableau 1.1.

Nature des prestations maladie versées par les groupements mutualistes de plus de 3500 personnes protégées (1991)

Types de prestations maladie	Prestations versées (en %)
Soins ambulatoires	43,2
Pharmacie Optique Orthopédie	40,1
Hospitalisation	13,7
Autres (cures thermales, transports des malades...)	3,0
Total	100

Source : Documentation Ministère des Affaires sociales, 1993.

Dans ce contexte, en 1991, la mutualité prenait en charge environ 6,2% de l'ensemble des dépenses de santé (soins et biens médicaux), contre 73,5% pour la Sécurité sociale, 1% pour l'Etat et les collectivités locales et 19,3% pour les organismes concurrents de la mutualité (sociétés d'assurance et institutions de retraite et de prévoyance) ainsi que les ménages eux-mêmes¹.

Tableau 1.2.

Structure de financement de la dépense de soins et de biens médicaux (en %)

	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Sécurité sociale	76,5	75,5	75,7	74,6	73,8	74,7	74	73,5
Etat et collectivités locales	2,9	2,3	1,4	1,3	1,3	1,1	1,1	1
Mutuelles	5	5,1	5,5	6	6,3	6,3	6,1	6,2
Ménages et assureurs non mutualistes	15,6	17,1	17,4	18,1	18,6	17,9	18,8	19,3

Source : Solidarité santé Etudes statistiques n°1-1993.

1.1.2. Une action facilitée du fait d'une participation à la gestion des régimes maladie de base de la Sécurité sociale

La présence de la mutualité sur le terrain de l'assurance maladie complémentaire est facilitée par le fait qu'elle participe à la gestion des régimes maladie de base de la Sécurité sociale.

¹Cf FNMF, "Classeur de données stratégiques : une analyse de l'environnement", Documentation interne FNMF, 1993, référence 3710.

Ainsi, le mouvement mutualiste prend part à la gestion du régime général de la Sécurité sociale. En la matière, il dispose même d'une exclusivité d'association avec les instances de la Sécurité sociale¹.

C'est la loi du 19 mars 1945, dite loi MORICE, qui a défini les conditions auxquelles est subordonnée l'intervention des mutuelles dans la distribution des prestations maladie prévues dans le cadre du régime général.

Les règles principales de l'intervention des mutuelles en cette matière sont les suivantes :

1) D'abord, une mutuelle comptant au moins cent assurés sociaux est habilitée de plein droit à jouer, sur sa demande, le rôle de "correspondant" de la Sécurité sociale pour ses membres². Elle a alors pour fonction de constituer les dossiers des individus concernés, de les transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent, puis d'assurer le paiement des prestations conformément aux indications établies (par les caisses primaires de Sécurité sociale).

2) En outre, tout groupement mutualiste, dont l'organisation lui permet d'avoir des fonctions plus étendues et dont l'effectif est supérieur à mille adhérents, est susceptible, le cas échéant, de jouer le rôle de "section locale" de Sécurité sociale³. Les mutuelles, qui se voient confier cette fonction⁴, assurent au bénéfice de leurs adhérents l'essentiel des tâches des caisses primaires de Sécurité sociale. En particulier, elles apprécient les droits et calculent les prestations (ce que ne font pas les simples correspondants).

L'habilitation d'un organisme mutualiste à constituer une section locale est laissée à l'appréciation des caisses primaires de Sécurité sociale, en dehors de quelques exceptions⁵.

¹Cf SAINT-JOURS Y. DREYFUS M., DURAND D., "La mutualité", LGDJ, 1990. Cf PIQUEMAL M., "La prévoyance sociale des fonctionnaires", Dalloz, 1991.

²Cf article L211-4 alinéa 1 du code de la Sécurité sociale.

³Cf article L211-4 alinéa 2 du code de la Sécurité sociale.

⁴Cf annexe I : les mutuelles habilitées à jouer le rôle de sections locales.

⁵Les mutuelles de fonctionnaires d'Etat et les mutuelles d'étudiants sont habilitées de plein droit à assumer la fonction de section locale (ou à défaut de correspondant des caisses primaires d'assurance maladie du régime général si la condition numérique n'est pas remplie). Les caisses de Sécurité sociale doivent en outre tenir compte des dispositions statutaires (EDF, collectivité territoriales notamment). Cf FNMF, "Guide de l'administrateur", Documentation interne FNMF, 1991.

Les mutuelles participent aussi à la gestion des régimes de Sécurité sociale des travailleurs non salariés, qu'ils soient agricoles ou non :

-le régime d'assurance maladie des exploitants agricoles (dit AMEXA), institué par la loi 25 janvier 1961,

-le régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants¹ (dit AMTI), créé par l'entremise de la loi du 12 juillet 1966 et mis en activité en 1969.

Concernant les régimes AMTI et AMEXA, la mutualité ne dispose pas d'une exclusivité d'association (contrairement à ce qu'il en est pour le régime général). Nous verrons que les sociétés d'assurance interviennent aussi en la matière.

1.2. Les réalisations de type sanitaire et social

La mutualité n'est pas uniquement concernée par l'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale.

Ainsi, pour l'année 1991, il a été recensé 1237 réalisations de type sanitaire ou social mises en oeuvre par des organismes régis par le code de la mutualité (mutuelles de base ou organismes fédératifs). Leur chiffre d'affaires était d'environ 7,8 milliards de francs².

Le Ministère des affaires sociales fournit en outre le récapitulatif suivant à propos de l'action de la mutualité sur ce terrain pour l'année 1990.

¹Sont concernées les professions artisanales, les professions industrielles et commerciales, les professions libérales.

²En 1986, 983 réalisations de type sanitaire et social étaient recensées. Leur chiffre d'affaires était de 5,8 milliards de francs.

Tableau 1.3.

Les réalisations de type sanitaire ou social de la mutualité (1990)

	Nombre d'établissements	Chiffres d'affaires (milliards de F)
Réalisations sanitaires		
lunetteries médicales et centres d'appareillage et de prothèse	309	0,88
cliniques et centres de consultation et de soins dentaires	231	0,83
dispensaires et centres de soins	80	0,47
pharmacies et laboratoires d'analyses	74	1,18
soins avec hospitalisation	66	2,65
autres activités sanitaires	60	0,19
Réalisations sociales au sens strict		
maisons de retraite et foyers-logements pour personnes âgées	75	0,41
autres	78	0,39
Réalisations sociales au sens large		
loisirs et vacances...	187	0,43
Ensemble	1160	7,43

Source : Documentation Ministère des Affaires sociales, 1992.

Environ 70% de ces réalisations sanitaires et sociales étaient alors régies par des organismes fédératifs mutualistes, chiffre qui traduit l'importance de ces derniers en matière d'"oeuvres" : les mutuelles de base sont loin d'avoir, toutes, la capacité d'agir seules sur ce terrain.

Tableau 1.4.

Nature des organismes mutualistes concernés par les réalisations de type sanitaire et social (1990)

	Nombre d'organismes régissant au moins une réalisation	Nombre de réalisations sociales régies	Chiffres d'affaires des réalisations (milliards de francs)
Organismes fédératifs	149	805	5,57
Mutuelles de base ¹	121	355	1,86
Ensemble	270	1160	7,43

Source : Documentation Ministère des Affaires sociales, 1992.

¹En cette matière, les mutuelles de fonctionnaires interviennent massivement. En 1990, 25 d'entre elles avaient créé 165 réalisations de type sanitaire et social pour un chiffre d'affaires de 1,35 milliard de francs.

La présentation de l'action menée en matière d'action sanitaire et sociale ne doit pas laisser ignorer que le mouvement mutualiste s'est ouvert aussi à la prévention, essentiellement depuis la fin des années soixante-dix.

Par exemple, la principale instance mutualiste (la Fédération nationale de la mutualité française -FNMF-) a créé en 1980 le Laboratoire d'innovations sociales (LIS), organisme de recherche à caractère scientifique en matière sanitaire et sociale. Elle a aussi institué l'association PREMUTAM en collaboration avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, pour mettre en oeuvre des actions de prévention communes¹.

Ce type d'actions participe grandement au renforcement de l'image du mouvement mutualiste.

1.3. Prévoyance hors maladie et retraite

La mutualité intervient aussi sur le terrain des garanties de prévoyance hors maladie et des garanties de retraite et assimilés.

1.3.1. Les règles du jeu

En la matière, il faut savoir que les mutuelles de base ne sont pas autorisées à proposer en propre de telles garanties, dès lors que celles-ci s'avèrent risquées (on dit aussi trop lourdes ou de long terme) :

- Lorsque les garanties de prévoyance hors maladie et les garanties de retraite et assimilés ne sont pas risquées (par exemple les allocations décès de très faible montant -type frais d'obsèques- ou les secours vieillesse d'un niveau très limité), les mutuelles versent donc elles-mêmes les prestations dues.

- Par contre, pour proposer des garanties de prévoyance hors maladie et des garanties de retraite (et assimilés) risquées tout en restant dans le cadre mutualiste, les mutuelles passent par ce qui est appelé en droit des caisses autonomes mutualistes.

¹La FNMF s'est dotée aussi d'un fonds de prévention au début des années quatre-vingt. Exemple type de l'action de la mutualité : la FNMF mène une action de grande ampleur pour développer l'offre de métadone aux drogués, afin de lutter contre l'expansion du SIDA essentiellement.

Les caisses autonomes mutualistes n'ont pas de personnalité juridique propre, c'est-à-dire distincte des organisations mutualistes qui les ont créées (les mutuelles de base et les structures fédératives mutualistes en pratique).

Elles font simplement l'objet d'un budget à part et d'une comptabilité séparée et sont soumises à des règles de gestion financière strictes.

1.3.2. Niveau d'intervention

En 1991, l'ensemble de la mutualité a versé pour environ 2,4 milliards de francs de prestations au titre des garanties de prévoyance hors maladie et de retraite (et assimilés) non risquées (c'est-à-dire sans passer par des caisses autonomes).

En 1991 toujours, il existait 80 caisses autonomes mutualistes. Le niveau des prestations servies par leur entremise était proche de 3,8 milliards de francs.

Ces 80 caisses autonomes mutualistes ont été créées soit par des organismes mutualistes de base, soit par des structures fédératives.

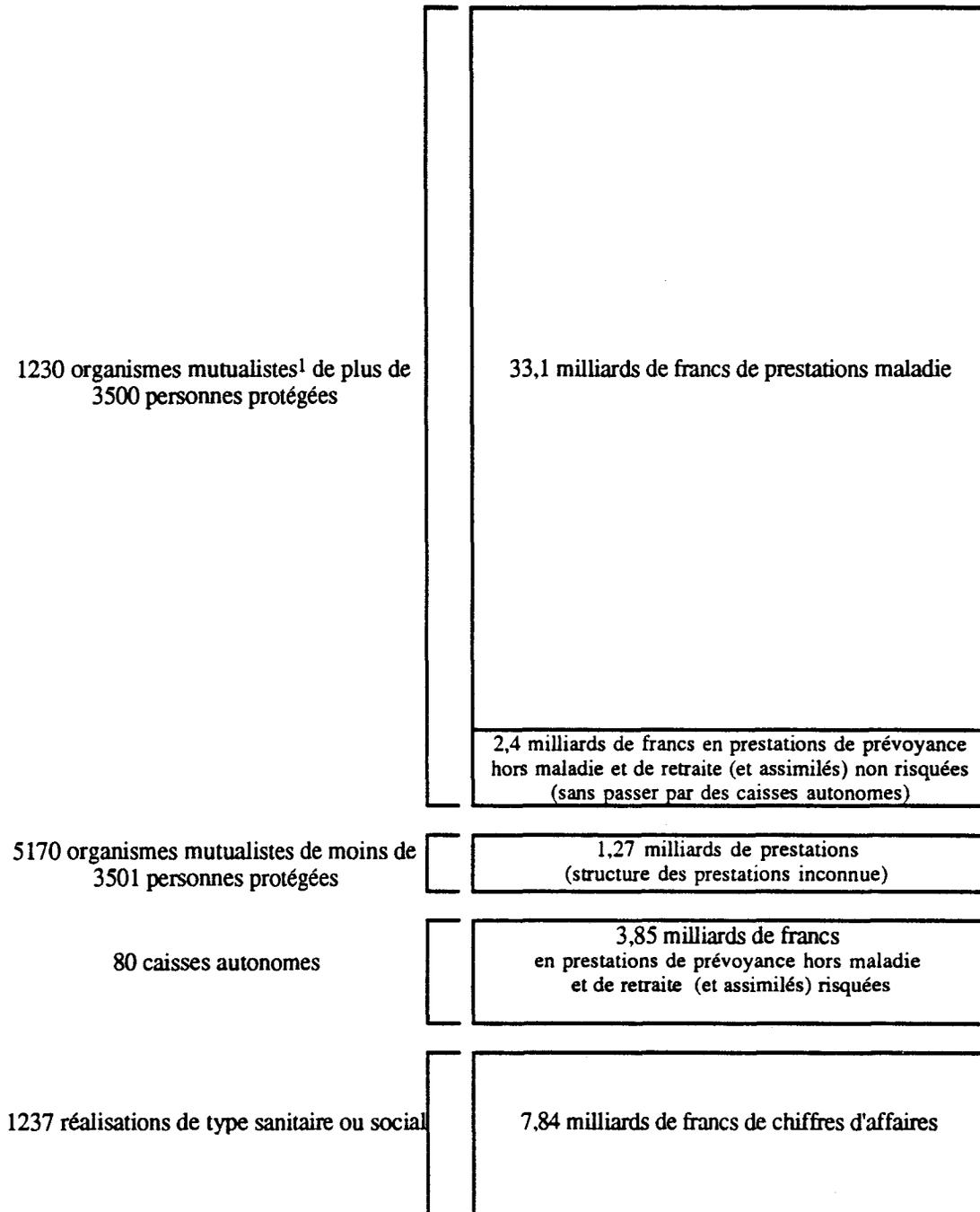
En effet, comme en matière de réalisations sanitaires et sociales, les mutuelles de base ont souvent besoin des structures fédératives auxquelles elles sont rattachées pour proposer d'autres "produits" que la garantie maladie.

1.4. Bilan chiffré : le caractère nettement dominant du complément maladie

Il est possible de rassembler en une seule figure l'ensemble des données chiffrées qui viennent d'être présentées (pour l'année 1991) :

Figure 1.1.

L'action en propre de la mutualité en 1991



Source : d'après les données du Ministère des Affaires sociales, 1993.

¹soit 930 mutuelles de base et 300 structures fédératives mutualistes (pour la réassurance).

Ce bilan chiffré de l'action mutualiste réalisée en propre manifeste bien le caractère absolument déterminant du complément maladie pour la mutualité :

-plus de 90% des prestations versées en propre par la mutualité concernent le remboursement des frais de santé (la garantie maladie),

-en tenant compte des réalisations de type sanitaire et social, plus de 70% du chiffre d'affaires de la mutualité relève du remboursement des frais de santé.

Ainsi, l'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale constitue le noyau de l'action mutualiste. Le mouvement mutualiste ne peut pas dans ces conditions ignorer les contraintes économiques rencontrées en la matière (les pratiques de ses concurrents dans le champ du complément maladie).

2. LA MUTUALITE DE BASE

Les mutuelles sont des organisations autonomes d'un point de vue juridique. Néanmoins, elles ne fonctionnent pas généralement de façon isolée : les structures fédératives mutualistes jouent un rôle conséquent dans l'évolution d'ensemble de la mutualité.

2.1. Principes des mutuelles de base

Définissons dans un premier temps les règles de fonctionnement d'une mutuelle de base.

2.1.1. Règles d'action en matière d'assurance

Usuellement, une mutuelle de base est appréhendée simplement comme une organisation cherchant à partager intégralement les sinistres survenant au sein d'un

groupe entre les membres de ce même groupe¹.

En fait, une telle définition ne suffit pas, car une mutuelle ne se définit pas simplement par son comportement tarifaire, ce dont nous avons tenu compte.

Concernant les méthodes à mettre en oeuvre en matière d'assurance, une mutuelle de base est une organisation qui cherche à mettre en oeuvre autant que possible (c'est-à-dire autant que les contraintes économiques le lui permettent) les règles solidaristes suivantes :

-1) institution d'un mécanisme de tarification non discriminant. L'idée volontariste de faire financer par certains une partie du risque subi par d'autres domine.

-2) mise en place d'un seul régime de couverture pour un risque donné. Proposer des garanties de niveaux différents constituerait en effet une entorse à l'idéal mutualiste, parce que cela reviendrait à instituer un dispositif de protection à plusieurs "vitesses".

-3) non institution de mécanismes restrictifs non tarifaires (sélection des risques, délais d'attente, exclusion ex post d'adhérents pour des motifs autres que le non-paiement des cotisations dues).

2.1.2. Principes de fonctionnement

D'autre part, l'idée de démocratie, chère aux groupements de type associatif, constitue l'un des principes fondateurs de la mutualité, principe que toute mutuelle de base cherche à respecter dans la limite du possible (économique).

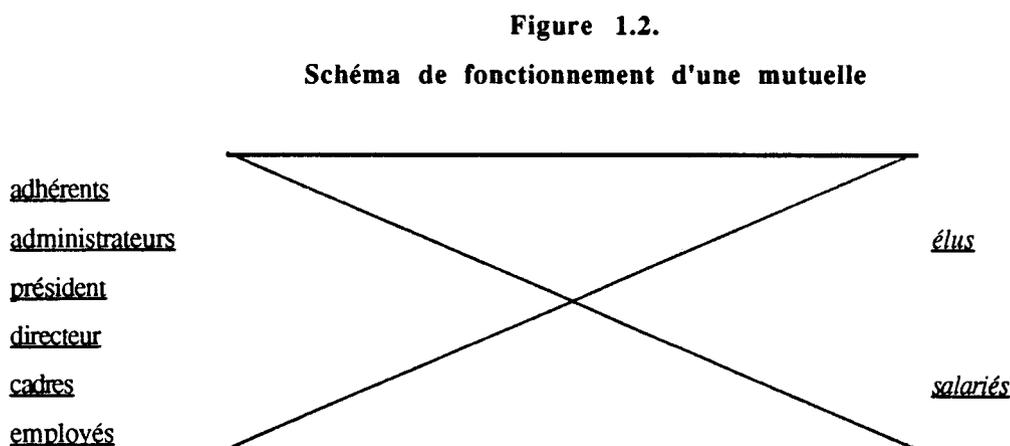
Ainsi, les "politiques" élus parmi les adhérents jouent usuellement un rôle décisif au sein des mutuelles de base : le président, qui préside par nature les conseils d'administration et les assemblées générales et qui impulse souvent les grandes décisions à prendre, est un adhérent élu par les membres du conseil d'administration². Ces derniers sont eux aussi des adhérents élus par l'ensemble des adhérents prenant le temps de participer aux assemblées générales.

¹Cf JEANNIN P., "L'exemple de la mutualité : un risque pour les associations", Associations et activités économiques, Actes de colloques, CECAM, 1982.

²Le président est associé généralement à d'autres politiques élus : un secrétaire, un trésorier (sachant qu'à ces postes peuvent être alloués des adjoints). Le président peut aussi être assisté d'un ou plusieurs vice-présidents, ainsi que d'un président d'honneur.

Le personnel salarié susceptible d'être recruté par les mutuelles de base (personnel structuré alors de façon pyramidale comme dans une entreprise classique) travaille dans ces conditions sous la responsabilité et le contrôle des politiques élus .

La relation de pouvoir traditionnelle au sein d'une mutuelle employant des salariés peut dans ce contexte être résumée de la façon suivante¹ :



Originellement, la mutualité est régie aussi par l'idée de liberté. En pratique, les mutuelles cherchent donc de préférence à mettre sur pied des mécanismes de couverture dans le cadre desquels l'adhésion des personnes concernées est totalement facultative.

Enfin, les mutuelles sont à but non lucratif.

2.2. Les types de mutuelles de base

Comme nous l'avons déjà annoncé, en ce qui concerne les organisations intervenant sur le terrain du complément maladie, deux grandes catégories de mutuelles ouvertes sont à distinguer :

-les mutuelles maladie ouvertes (que l'on désigne simplement par le terme "mutuelles ouvertes"),

-les mutuelles maladie fermées (que l'on désigne simplement par le terme

¹Cf GIRODOT J-L., LESAGE M-F., "Militantisme et/ou gestion: sortir de l'ambiguïté", dans "Performance par la démocratie et la participation dans l'entreprise d'Economie sociale", actes du colloque des 2, 3, 4 septembre 1987 à Carcans-Maubuisson, Les dossiers de La Lettre de l'Economie sociale, hors série n° 335.

"mutuelles fermées").

Aux côtés de ces deux rubriques, interviennent aussi des mutuelles qui ont un domaine d'action spécialisé autre que la maladie.

2.2.1. Les mutuelles ouvertes

En matière de remboursement des frais de santé, les mutuelles ouvertes proposent souvent à la fois des garanties individuelles et des garanties collectives (contrats collectifs d'entreprise). Parfois (de moins en moins fréquemment), elles offrent seulement des garanties individuelles.

Les mutuelles ouvertes sont souvent appelées mutuelles interprofessionnelles. Elles correspondent fréquemment à des mutuelles dites territoriales : lorsqu'elles sont territoriales, elles fonctionnent sur la base d'une zone géographique donnée, autre que nationale (agglomération urbaine, commune, canton, département...).

Elles sont aussi aisément identifiables de par le type de dénomination qui leur est conféré : La Famille, La Mutuelle familiale, La Prévoyance, Les Enfants, La Solidarité, L'Espoir, La Ruche...

2.2.2. Les mutuelles fermées

Aux cotés des mutuelles ouvertes, il existe deux types de mutuelles fermées : les mutuelles d'entreprise et les mutuelles professionnelles au sens large.

2.2.2.1. Les mutuelles d'entreprise

Les mutuelles d'entreprise¹ exercent leurs actions dans l'intérêt des salariés d'une firme ou d'un groupe de firmes (et la plupart du temps des anciens salariés ayant cessé tout travail).

¹Exemples : Mutuelle Renault, Mutuelle Schlumberger, Mutuelle Kleber-Colombes...

La terminologie de "mutuelle d'entreprise" utilisée par nos soins est générique : elle désigne aussi ce qui est appelé parfois en pratique mutuelle inter-entreprises (mutuelle s'adressant à un groupe d'entreprises déterminées).

Souvent, elles apparaissent, du fait de l'intervention plus ou moins partielle de l'employeur dans le financement des cotisations, comme les organisations gestionnaires de tout ou partie des politiques sociales du chef d'entreprise. Parfois, elles sont tout au contraire satellisées à telle ou telle tendance syndicale, par l'entremise notamment du comité d'entreprise (quand il existe).

Les mutuelles d'entreprise, qui ne sont concernées pour ainsi dire que par la garantie maladie, sont la plupart du temps à adhésion parfaitement libre pour la main-d'oeuvre concernée (bien que tout soit possible en pratique à ce niveau)

Il s'avère que les mutuelles d'entreprise ont tendance à s'ouvrir, c'est-à-dire à se transformer en mutuelles ouvertes : de nombreuses mutuelles ouvertes sont d'anciennes mutuelles d'entreprise.

2.2.2.2. Les mutuelles professionnelles au sens large

Les mutuelles professionnelles rassemblent par définition des groupes de personnes appartenant à une même profession (entendue dans son sens large), voire à plusieurs professions.

La délimitation du champ de celles-ci est des plus libres¹. Il peut s'agir des forestiers, des salariés de la Presse et du Livre, des cheminots, des étudiants²...

Parmi les mutuelles professionnelles, une place à part est souvent faite aux mutuelles de fonctionnaires qui exercent, nous le verrons, une influence conséquente sur l'ensemble du mouvement mutualiste³.

Les mutuelles professionnelles aussi tendent à s'ouvrir.

¹Exemples : Mutuelle du Livre et des professions connexes, Mutuelle des tabacs et allumettes, Mutuelle centrale des Finances, Mutuelle nationale des étudiants de France, etc...

²Cf la Mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF), créée en 1948 sur une décision de l'Union nationale des étudiants de France et les Sociétés mutualistes étudiantes régionales instituées au début des années soixante-dix (SMENO, SMEREP, SMEBA, SMECO, SMESO, SMERRA, SMEREB, MEP, MGEL).

³En pratique, compte tenu de leur importance, les mutuelles de fonctionnaires sont parfois différenciées des autres mutuelles professionnelles.

2.2.3. Les mutuelles spécialisées

En plus des catégories de mutuelles qui viennent d'être présentées, fonctionnent également des organisations étroitement spécialisées. C'est le cas des mutuelles accidents pour élèves ou sportifs.

On incorpore aussi dans cette rubrique les mutuelles se contentant de mettre en oeuvre des réalisations sanitaires et sociales.

On y intègre aussi les mutuelles de type Amicales, qui se contentent usuellement de verser des "secours" (frais funéraires, allocations de naissance, de rentrée scolaire, prestations vieillesse de très faible montant, etc...).

Ces organismes mutualistes spécialisés comportent généralement nombre d'adhérents qui relèvent par ailleurs d'une autre, voire de plusieurs autres mutuelles ouvertes, d'entreprise ou professionnelles au sens large.

2.3. Bilan quantitatif

En 1991, il existait 6100 mutuelles de base. Pour l'année 1991 toujours, en tenant compte à la fois des adhérents directs et de leurs ayants droit, l'ensemble de ces organisations touchait environ 25 millions de personnes¹.

Sur les 6100 mutuelles de base recensées en 1991, 930 regroupaient chacune plus de 3500 personnes protégées.

Ces 930 structures prenaient en charge environ 96% de la totalité des prestations versées par la mutualité de base à quelque titre que ce soit.

¹Cf Ministère des Affaires sociales, "Informations statistiques et financières sur la mutualité", Documentation ministérielle interne, 1993.

Tableau 1.5.

Concentration du mouvement mutualiste (1991)

	Nombre de mutuelles concernées	Part des prestations versées
Mutuelles de plus de 3500 personnes protégées	930	96%
Mutuelles de moins de 3501 personnes protégées	5170	4%
Total	6100	100%

Source : D'après Documentation interne Ministère des Affaires sociales, 1993.

Pour l'année 1990, le Ministère des Affaires sociales fournit les chiffres suivants pour présenter la diversité des mutuelles de base de plus de 3500 personnes protégées¹ :

Tableau 1.6.

Poids respectifs des différentes catégories de mutuelles de base de plus de 3500 personnes protégées (1990)

Types de mutuelles	Nombre de mutuelles	Nombre de personnes protégées (en milliers)	Montant des prestations versées (en millions de f)	Montant des cotisations perçues (en millions de f)
Mutuelles d'entreprise	218	3940	3800	4448
Mutuelles de fonctionnaires	89	9655	11488	13856
Mutuelles ouvertes, professionnelles (autres que de fonctionnaires) ou spécialisées dans le risque chirurgical	451	16714	14253	17671
Mutuelles pour accidents scolaires ou sportifs	96	17348	58	146
Mutuelles de type Amicales (ne versant pas de prestations maladie)	85	10878	40	121

Source : Documentation Ministère des Affaires sociales, 1992.

Le mouvement mutualiste est ainsi marqué par la présence en son sein d'un nombre relativement restreint de mutuelles de très grande taille (en général des mutuelles de fonctionnaires) et d'une myriade de mutuelles de taille plus ou moins restreinte.

¹Cf Ministère des Affaires sociales, "Informations statistiques et financières sur la mutualité", Documentation ministérielle interne, 1992.

La mutualité ne se résume pas néanmoins en une collection de mutuelles de base. Elle constitue en effet une organisation fédérative.

3. LES STRUCTURES FEDERATIVES DE LA MUTUALITE

Les mutuelles de base ont toute capacité à adhérer à des structures fédératives intermédiaires. Et ces dernières ont la possibilité de se grouper en des fédérations de niveau plus large¹.

Dans ce contexte, le mouvement mutualiste s'est doté "spontanément" d'une organisation fédérative complexe.

En 1991, 300 organismes fédératifs relevant de la mutualité étaient ainsi recensés². Ils étaient au nombre de 206 en 1986.

Bien qu'elles adhèrent généralement à des structures fédératives, les mutuelles de base conservent la plus large initiative concernant leur comportement sur le terrain du remboursement des frais de santé : elles restent maîtres en droit de leurs actions.

Toutefois, les structures fédératives mutualistes exercent d'un point de vue doctrinal une influence importante sur la fixation de ce qui peut se faire ou non au sein d'une organisation mutualiste quelconque.

Nous verrons ainsi que les changements effectués par les mutuelles ouvertes sur le terrain de la garantie maladie se sont faits en quelque sorte avec l'aval des fédérations auxquelles elles étaient rattachées.

L'aspect doctrinal ne rentre pas seulement en ligne de compte : les organismes mutualistes de base (et tout particulièrement les mutuelles ouvertes) sont soutenus par les structures mutualistes de niveau "supérieur" par des actions concrètes.

On commencera par présenter l'action des fédérations nationales supérieures avant de présenter celle des structures fédératives intermédiaires.

¹En droit, toutes les modalités d'assemblage s'avèrent possibles. Cf article L123-1 du code de la mutualité.

²En 1991, il existait donc 6400 groupements mutualistes : 6100 mutuelles de base (dont 930 ayant plus de 3500 personnes protégées et 300 structures fédératives mutualistes).

3.1. L'action des fédérations nationales supérieures

En pratique, la mutualité est dominée par deux fédérations nationales supérieures : la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et, dans une moindre mesure, par la Fédération des mutuelles de France (FMF).

La Mutualité Française est le terme consacré pour désigner l'ensemble des mutuelles relevant de la FNMF. La terminologie Mutuelles de France est utilisée pour désigner celles adhérant à la FMF.

Compte tenu des contraintes économiques, ces fédérations sont toutes deux indispensables, à leur échelle, pour la pérennité du mouvement mutualiste.

Au sein de la mutualité, il existe en pratique d'autres fédérations nationales supérieures de niveau très restreint cette fois. Néanmoins, celles-ci, à l'image du Groupe Pasteur Mutualité (issu du monde médical) et de la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles¹, ne peuvent en aucun cas être considérées comme représentatives au niveau national du mouvement mutualiste. Elles n'ont pas d'influence de type doctrinal en particulier.

3.1.1. La Fédération Nationale de la Mutualité Française

Créée en 1903 et reconnue d'utilité publique en 1929, la FNMF s'est imposée rapidement comme "Le" grand organe représentatif du mouvement mutualiste.

Au moins 73% des organismes mutualistes existants y adhéraient en 1989. Et, elle concernait en 1990 environ 12,2 millions d'adhérents directs, soit plus de 22 millions de personnes en comptant les ayants droit et hors doubles comptes².

¹En 1990, le Groupe Pasteur Mutualité (GPM) aurait disposé de quelques 60000 adhérents directs, la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM) de près de 140000. Cf PRECEPTA analyses stratégiques, "L'assurance santé individuelle", décembre 1991, p 21.

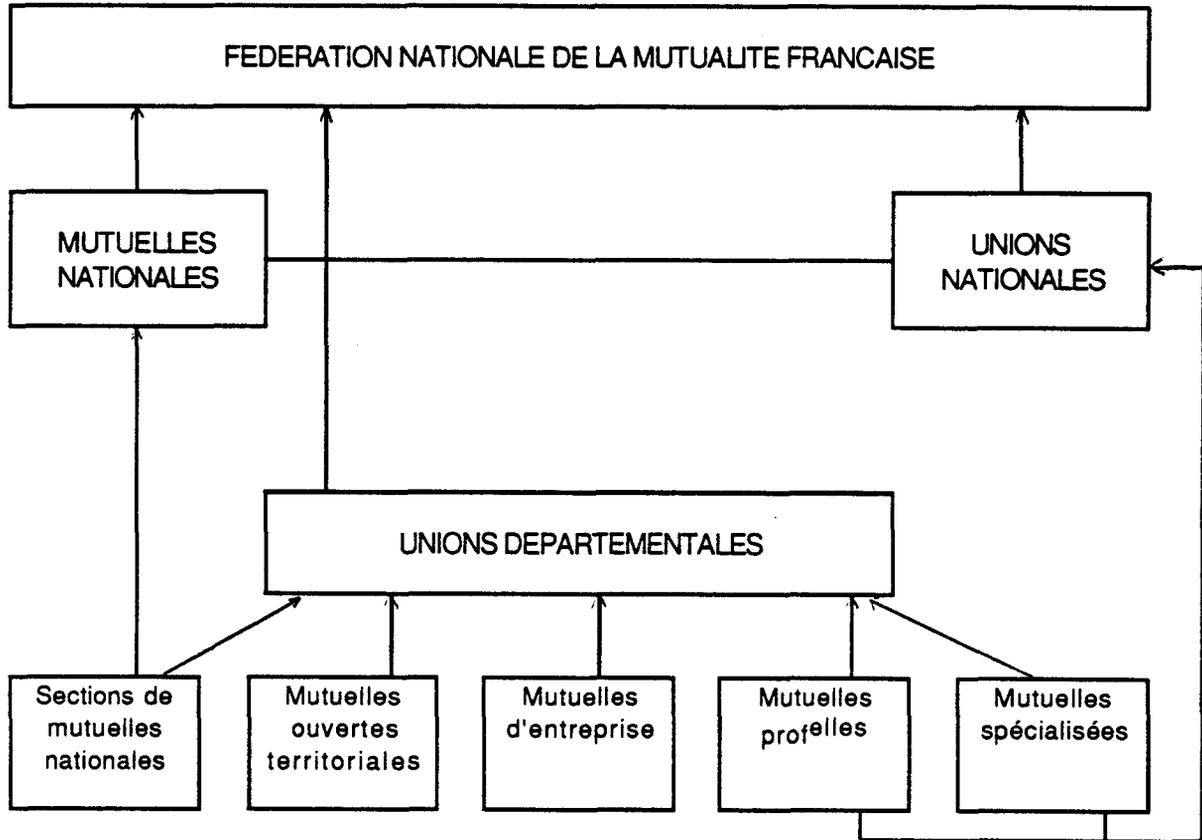
²Source : Documentation interne FNMF.

3.1.1.1. L'organisation

Au début des années quatre-vingt-dix, l'organisation de la FNMF était présentée sous une forme simplifiée ainsi :

Figure 1.3.

Organisation de la FNMF



Source : Documentations internes FNMF, 1990.

Pour comprendre pleinement ce schéma, une explication doit être apportée : les mutuelles nationales (qui sont de grande taille) se voient reconnaître le droit d'adhérer directement à la FNMF. Celles-ci constituent néanmoins des sections de mutuelles et participent ainsi à l'organisation territoriale de la Mutualité Française.

3.1.1.2. FNMF : la référence doctrinale

La FNMF est souvent présentée comme d'obédience plus ou moins socialiste. Ainsi, il est souvent avancé que R. TEULADE, ancien instituteur, fut président de la FNMF, avant d'être choisi comme Ministre chargé des Affaires sociales par F. MITTERRAND.

Le caractère "socialisant" de la FNMF tient pour partie au fait que, compte tenu de leur poids massif, les mutuelles de fonctionnaires pèsent fortement dans les décisions prises en son sein. Ainsi, R. TEULADE était originaire de la Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN), tandis que l'actuel président de la FNMF, J-P. DAVANT, est originaire de la Mutuelle des agents des impôts (MAI).

En effet, les mutuelles de fonctionnaires sont généralement régies par les syndicats de salariés. Elles peuvent donc effectivement être considérées d'un point de vue très général comme relevant de la "gauche".

Les mutuelles de base autres que de fonctionnaires, quant à elles, (en particulier les mutuelles ouvertes) sont d'origines très diverses (patronales, religieuses, municipales, etc...)¹. Elles ne peuvent être considérées dans ces conditions comme relevant de la gauche.

Néanmoins, ces mutuelles expriment des valeurs communes à celles émises par les mutuelles de fonctionnaires.

En effet, malgré son assise gigantesque et sa diversité, il existe au sein de la FNMF un mouvement de pensée commun, relevant du solidarisme : la FNMF présente ainsi une certaine unité autour de valeurs solidaristes, qui trouvent pour une grande part leurs origines dans l'idéal républicain établi durant le Troisième République.

3.1.2. Le rôle de la FNMF

La FNMF exerce effectivement une action concrète sur l'évolution du mouvement mutualiste².

¹ Cf LAVIELLE R., déjà cité. Cf SEWELL W-H., "Du compagnonnage aux sociétés de secours mutuels", Revue de l'économie sociale, n° 2, octobre-décembre 1984.

² Cf MARTINEZ F., "L'évolution idéologique de la mutualité à travers ses congrès (1948-1979)", Prévenir n° 1, octobre 1981.

3.1.2.1. Le rôle de la FNMF dans les changements effectués sur le terrain du complément maladie

La doctrine générale du mouvement mutualiste peut être considérée comme celle ressortant des assemblées générales et des congrès triennaux de la FNMF.

La FNMF fixe un état d'esprit, en déterminant plus ou moins explicitement ce qui peut être fait et ce qui ne peut pas l'être par une mutuelle de base¹.

Ainsi donc, si les mutuelles ouvertes se sont mises à modifier si brusquement leurs pratiques sur le terrain de la garantie maladie (à partir du milieu des années quatre-vingt essentiellement), c'est en grande partie parce que la "mentalité" de la FNMF a changé² : les transformations opérées globalement par les mutuelles se sont faites en pratique avec l'aval de la FNMF.

En effet, à partir du milieu des années quatre-vingt, la FNMF a développé l'idée que les mutuelles de base (ouvertes ou fermées) devaient adapter leurs usages à ceux de leurs concurrents en matière de garantie maladie.

De ce point de vue, l'extrait suivant de la Résolution générale du congrès FNMF de Nice (juin 1988) est explicite³ :

"La protection complémentaire aux régimes obligatoires reste une action essentielle de la mutualité.

Leader dans ce domaine où sévit une concurrence très vive, la mutualité entend le demeurer et étendre son influence à l'ensemble de la population, notamment les jeunes et les cadres...

Dans ce but, elle doit :

- agir sur ses principes, qui constituent son originalité et un élément fort de son image;
- adapter son offre aux besoins sociaux qui peuvent être différents selon les personnes et les groupes qui les expriment : l'adaptation nécessaire, en termes de cotisations et de prestations, tient compte, outre des besoins exprimés, de l'environnement dans lequel le groupement mutualiste exerce son activité. Ainsi,

¹Cf la Revue de la mutualité, organe quasi officiel de la FNMF : elle traduit et diffuse les positions de la Mutualité Française.

²La mutualité n'est en rien un mouvement figé d'un point de vue doctrinal. Cf CAIRE G., "Syndicalisme, Sécurité sociale et mutualité", Revue de l'économie sociale, n° 2, octobre-décembre 1984.

³La résolution du Congrès général FNMF de Nice (juin 1988) est présentée dans l'annexe II.

chaque groupement est-il responsable, tant vis-à-vis de ses adhérents que de la communauté mutualiste, de l'application qu'il fait du principe de solidarité."

Cet extrait manifeste aussi qu'aux yeux de la FNMF, l'adaptation des usages mutualistes à la concurrence ne doit pas aller jusqu'à la transformation des mutuelles en sociétés d'assurance bis : les mutuelles doivent conserver des particularismes.

En pratique, il s'avérera que les mutuelles suivent parfaitement cette doctrine : elles se sont mises effectivement à changer leurs méthodes à partir de la deuxième partie des années quatre-vingt (en les rapprochant de celles des sociétés d'assurance).

Notons dès à présent que les mutuelles ouvertes vont nettement plus loin en la matière que les mutuelles fermées, parce que les problèmes subis par ces dernières sont par nature moins importants (justement parce qu'elles sont fermées).

Trait marquant de cette évolution générale : le terme d'entreprise mutualiste est aujourd'hui accepté par la FNMF :

"Les entreprises mutualistes ne sont pas des entreprises comme les autres. Mais, comme les autres, ce sont des entreprises"¹.

3.1.2.2. Une politique d'offre globale

Outre son action doctrinale, la FNMF met à la disposition des mutuelles des moyens importants.

Elle assure une formation tant du personnel que des administrateurs élus par le canal de la FOFAM². Elle offre aussi aux groupements adhérents, en période de fonctionnement normal, le suivi régulier de l'évolution de leur situation financière et, en cas de situation critique, la sauvegarde des droits mutualistes.

Surtout, elle permet aux mutuelles de base de proposer d'autres produits que la garantie maladie, dès lors qu'elles n'ont pas les moyens (ou le désir) de se diversifier par elles-mêmes.

¹Cf MAZURELLE D., MANDINAUD J-L., "L'entreprise mutualiste", forum n° 5, Documentation interne FNMF, 32^{ème} congrès de la FNMF, juin 1988.

²FOFAM : Fonds de formation des administrateurs mutualistes.

En effet, depuis les années soixante, la FNMF s'est progressivement organisée pour que les mutuelles de base puissent autant que possible ne pas limiter leur action au remboursement des frais de santé : elle a impulsé un mouvement de diversification.

Cette politique trouve pour une grande part son origine dans la volonté de sauvegarder son activité sur ce terrain¹ :

- La demande de produits d'assurance est souvent globale. Proposer uniquement le complément maladie risque dans ces conditions de dissuader la venue d'adhérents potentiels. Ceux-ci peuvent désirer en effet souscrire plusieurs garanties auprès du même organisme assureur.

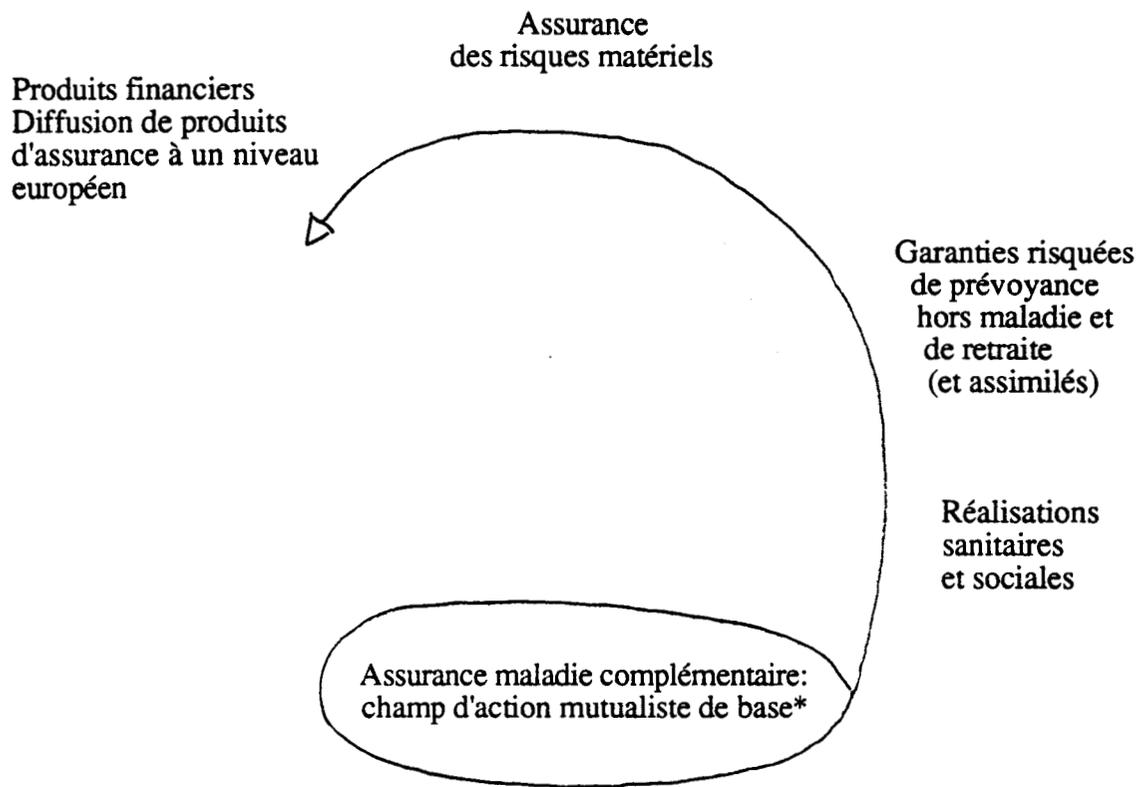
- Les concurrents de la mutualité offrent à leur clientèle de larges gammes de produits : ils ne se contentent absolument pas du complément maladie. Dès lors, ils ont la possibilité de faire de cette garantie un produit d'appel ou de fidélisation, en se rattrapant sur les autres. Si une mutuelle de base propose uniquement une activité d'assurance maladie complémentaire, elle peut difficilement résister à la concurrence dans ce contexte.

3.1.2.2.1. Une diversification concentrique

Si l'on accepte d'être schématique, le processus de diversification impulsé par la FNMF peut être résumé graphiquement :

¹Cf HERRY G., "La mutualisation collective", rapport présenté au Congrès de Grenoble de la FNMF, Documentation interne FNMF, 1991. Cf les travaux de la commission stratégie de la FNMF.

Figure 1.4.
Mutualité : diversification concentrique



* : sachant que :

- les mutuelles de base gèrent parfois les régimes d'assurance maladie de la Sécurité sociale
- les mutuelles proposent parfois des garanties non risquées de prévoyance hors maladie et/ou de retraite (frais obsèques, secours vieillesse, etc...).

3.1.2.2.2. Nature du mouvement opéré

Les grandes lignes du mouvement de diversification impulsé par la FNMF sont les suivantes :

1) Les réalisations de type sanitaire et social

Avant les années soixante, les réalisations de type sanitaire et social existaient déjà au sein de la mutualité¹. Toutefois, jusque-là, les "oeuvres" mutualistes étaient orientées

¹ Au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle, on trouve déjà trace de telles opérations : fondation de la

pour l'essentiel vers le secteur sanitaire (pharmacies, cliniques, cabinets dentaires...), dans l'objectif d'offrir des soins de qualité au meilleur prix.

Les congrès FNMF de La Baule (1960) et de Saint-Malo (1967) ont orienté le mouvement mutualiste vers d'autres secteurs. A Saint-Malo, trois actions prioritaires étaient retenues : les personnes âgées, les handicapés, le secteur des "loisirs-vacances"¹.

Dans ces conditions, la mutualité a réalisé une diversification de ses oeuvres en s'ouvrant de plus en plus :

-aux réalisations sociales au sens strict du terme : maisons de retraite, foyers-logements, centres d'accueil pour handicapés...

-puis aux réalisations sociales au sens large du terme : activités de loisirs, de vacances...

2) Intervention dans le champ des garanties lourdes de prévoyance hors maladie et de retraite et assimilés

C'est à partir de la fin des années soixante que la FNMF a commencé à s'intéresser véritablement aux garanties risquées de prévoyance hors maladie et aux garanties risquées de retraite et assimilés.

En effet, la FNMF a créé alors ses propres caisses autonomes qui sont regroupées sous une marque collective : MUTEX (Mutualité Expansion).

Son objet était de permettre aux mutuelles de base de proposer une large palette de garanties risquées sans avoir à créer des dispositifs propres.

Depuis lors, le secteur de la prévoyance hors maladie et de la retraite (et assimilés) a constitué un axe de développement important aux yeux de la FNMF.

Les contrats d'entreprise sont particulièrement visés par cette politique. Le congrès national de la FNMF de juin 1991 est sur ce point explicite : dans sa résolution générale, un paragraphe complet, intitulé "mutualisation collective - offre globale aux entreprises", est consacré à la nécessité pour la mutualité de réussir à étendre

première clinique mutualiste en 1855, du premier cabinet dentaire en 1907, mise sur pied de dispensaires, d'offices de placements, etc...

¹Cf BENHAMOU J., LEVECQUE A., "La mutualité", PUF, 1983.

massivement son action dans ce champ et, pour ce faire, de moderniser toujours et encore son action¹.

3) Assurance des risques matériels et finance pure via la mise en place de structures non régies par le code de la mutualité

Désormais, la FNMF cherche aussi à favoriser le développement d'un portefeuille de produits proches de ceux dont disposent les sociétés d'assurance.

Pour ce faire, elle a mis sur pied deux sociétés d'assurance :

-la MATMUT, Mutuelle d'assurance des travailleurs mutualistes : elle propose à titre principal les formules usuelles de couverture des risques matériels (assurance automobile, incendie, responsabilité civile, etc...). Cette filiale de fait de la FNMF a mis aussi à la disposition de ses sociétaires de multiples services de type réseau de garages conventionnés, centres de contrôle automobile.

-EUROMUT : depuis sa création en 1988, l'activité de cette société d'assurance à directoire est orientée essentiellement en direction des opérations financières (produits à gestion collective de type SICAV et FCP, plans d'épargne en vue de la retraite, formules diverses de capitalisation, etc...). L'idée de pénétrer le marché européen par l'entremise de cette société d'assurance est aussi émise explicitement².

Tableau 1.7.

Détention du capital d'EUROMUT à sa création

	Capital détenu (millions de francs)	Capital détenu (en pourcentage)
FNMF	11,996	57,12
MATMUT	6,998	33,32
CPM ³	2	9,52
Personnes physiques	0,006	0,03

Source : Documentation interne FNMF, 1988.

¹La résolution du Congrès général FNMF de Grenoble (juin 1991) est présentée dans l'annexe III.

²Cf circulaire FNMF n°22, 26 mars 1988.

³CPM : Caisse de prévoyance et de retraite du personnel des organismes de Sécurité sociale.

Par l'entremise de la MATMUT et d'EUROMUT, les mutuelles de base relevant de la FNMF ont la possibilité d'élargir considérablement leur offre sans créer pour cela des structures propres.

Ainsi, avant de diffuser l'idée de la nécessité d'une adaptation des usages sur le terrain du complément maladie, la FNMF a donné les moyens aux mutuelles de base de proposer une large gamme de garanties.

Il n'en reste pas moins que le complément maladie reste de façon marquée le centre de l'action mutualiste.

3.1.3. La Fédération des Mutuelles de France

La FMF est la seconde fédération nationale supérieure se voulant représentative à un niveau national du mouvement mutualiste.

Son poids est nettement moins important que celui de la FNMF. Un peu plus de 5% des mutuelles existantes y adhéraient en 1990. Elle concernait vraisemblablement pour la même année près de 1,25 million d'adhérents directs, soit approximativement 2,5 millions de personnes si l'on tient compte des ayants droit (et pas des doubles comptes)¹.

3.1.3.1. Les origines

La FMF a été créée seulement en 1986. Elle a pour origine la Fédération Nationale des Mutuelles Ouvrières (FNMO), qui fut mise sur pied en 1960 au lendemain d'un comité confédéral de la CGT. La FNMO fut dénommée par la suite Fédération Nationale des Mutuelles de Travailleurs (FNMT).

Dans les faits, cette fédération appelée FNMO, puis FNMT, était une sorte d'union nationale spécifique adhérant elle-même à la FNMF.

¹Toutefois, la FMF est fortement implantée dans des zones géographiques comme la région parisienne, les Bouches-du-Rhône et la région Rhône-Alpes.

Ce lien était toutefois quelque peu ambiguë. En effet, alors qu'elle était finalement une composante de la FNMF, la FNMT critiquait fortement l'action de cette dernière, jugée trop peu offensive.

Dans ce cadre, en 1984, il se produisit une sorte de révolution au sein du mouvement mutualiste : dans un contexte de très vive polémique entre les deux fédérations¹, la FNMF a arrêté que toutes les mutuelles qui continueraient à adhérer auprès de la FNMT ne pourraient en aucun cas rester adhérentes auprès de la FNMF.

Au cours de l'année 1985, se trouvèrent dans ces conditions exclues de la FNMF les organisations mutualistes et même les unions départementales relevant alors de la FNMF qui n'avaient pas respecté cette résolution².

La création de la FMF fut la conséquence directe de cette résolution de la FNMF. En effet, il s'agissait pour les groupements mutualistes désirant rester dans la mouvance FNMT de créer une Fédération nationale supérieure aussi représentative que la FNMF, donc véritablement concurrente de la FNMF.

Les groupements mutualistes intéressés se rencontrèrent en conséquence en novembre 1985. Ils firent alors un appel pour la tenue du congrès constitutif de la FMF en 1986.

3.1.3.2. Différences avec la FNMF

D'un point de vue général, la FMF est proche de la CGT, bien que les mutuelles de base affiliées auprès d'elles ne soient pas toutes parties prenantes de l'idéologie communiste.

Cet aspect a joué indéniablement dans la rupture avec la FNMF. Sur le terrain, on dit ainsi souvent que, dans la mutualité aussi, l'Union de la gauche a éclaté :

"François MITTERRAND se séparait des ministres communistes. De là à penser

¹Cf le rapport critiquant fortement la FNMF qui a été présenté par L. CALISTI, alors président de la FNMT, au 5^{ème} congrès de la FNMT de juin 1984. Cf la lettre de R. TEULADE, alors président de la FNMF, à L. CALISTI du 25 juin 1984. Cf pour des précisions émanant de la mouvance FMF, le Livre blanc de l'unité mutualiste, supplément à l'opinion mutualiste, n° 68, octobre 1986, p 48 et 49.

²Instances "exclues" par la FNMF en 1985 : Mutuelle nationale de la Presse et du Livre, Mutuelle nationale des forestiers, Union nationale Rhône-Poulenc-textile, Grand Conseil de la mutualité des Bouches-du-Rhône, Union générale du Var, Unions départementales de Haute-Corse, de la Corse du Sud, des Hautes-Alpes, du Finistère. Cf le Livre blanc de l'unité mutualiste, déjà cité, p 52 et 54.

que le président de la FNMF, membre du parti socialiste, s'harmonisait avec l'Elysée, il n'y avait qu'un pas."¹

Dans le même ordre d'idée, la FMF s'avère nettement plus revendicative que la FNMF. "L'éloge du social", texte pamphlétaire de D. LE SCORNET (alors secrétaire général de la FMF) datant de 1988, était en la matière des plus explicites².

Ce caractère plus revendicatif apparaît nettement, lorsque l'attitude des deux fédérations nationales vis-à-vis de la présence des sociétés d'assurance sur le terrain de la maladie est observée.

En effet, durant les années quatre-vingt, les instances dirigeantes de la FMF ont milité constamment pour que les sociétés d'assurance (et de façon moins nette les institutions de retraite et de prévoyance) soient exclues du champ du remboursement des frais de santé.

Par contre, progressivement et en corrélation étroite avec l'accroissement de la concurrence sur le marché de la maladie, le caractère irrémédiablement ouvert du marché des remboursements des frais de santé est apparu assez rapidement à la FNMF comme une réalité incontournable. Dès le début des années quatre-vingt, l'idée de militer pour interdire la présence des sociétés d'assurance sur le terrain de la garantie maladie lui a semblé dans ces conditions obsolète³.

Cette opposition de vue concernant la présence des sociétés d'assurance dans le champ du complément maladie a joué dans la rupture FNMF / FNMT. En effet, durant les premières années de l'arrivée au pouvoir de F. MITTERRAND, les instances de la FNMT ont cru vraisemblablement qu'il était possible d'arriver à leur fin en la matière. Elles ont donc vivement critiqué l'attitude de la FNMF, qui a cédé trop vite à leurs yeux.

On ne perdra pas de vue toutefois que cette question de la présence de sociétés d'assurance dans le champ de la garantie maladie est désormais close : au début des années quatre-vingt, tous considéraient plus ou moins explicitement comme irrémédiable leur présence sur ce terrain⁴.

¹Cf BARON M., "la mutualité dans l'entreprise", CIEM, 1987, p 59.

²Cf LE SCORNET D., "Eloge du social", Messidor, 1988.

³Cf le Livre blanc de l'unité mutualiste p 28 et p 40 : la déclaration du 28 février 1978 (qui fut signée par la plupart des grandes organisations syndicales de salariés - CFDT, CGT, FO, CFTC, FEN -, par la FMF et par la FNMF), ainsi que la résolution de l'assemblée générale de la FNMF du 4 juin 1983 demandaient l'exclusivité de la mutualité en matière de maladie. Cf aussi L'assemblée générale de la FNMF du 26 mai 1984, cité par le Livre blanc de l'unité mutualiste, p 41.

⁴Cf LE SCORNET D., "Conférence de presse, débats avec les journalistes : 3 septembre 1991", Documentation interne FMF, 1991. En outre, au début des années quatre-vingt-dix, l'idée qu'un rapprochement FMF-FNMF ne manquait pas d'intérêt compte tenu de la force de la concurrence subie,

De plus, l'existence de différences de type politiques entre la FMF et la FNMF ne doit pas masquer l'essentiel : concernant les méthodes mises en oeuvre, les différences entre les mutuelles de base relevant de la FNMF et celles relevant de la FMF sont, nous le verrons de façon précise, peu marquées : elles manifestent le même souci d'adaptation aux usages de leurs concurrents.

De même, la structuration de la FMF est proche de celle de la FNMF : l'organisation de la FMF a doublé en quelque sorte celle de la FNMF¹. Et la FMF offre le même genre de services que la FNMF.

En particulier, comme la FNMF, la FMF permet aux mutuelles de base d'offrir une large gamme de garanties. Ainsi, la FMF a créé DIVA (en quelque sorte l'équivalent de MUTEX) : par son entremise, les mutuelles affiliées à la FMF se voient octroyer la capacité d'offrir une gamme étendue de garanties risquées de prévoyance hors maladie et de garanties risquées de retraite (et assimilés) sans avoir à mettre sur pied des structures propres.

3.2. L'action des structures fédératives intermédiaires

D'un point de vue général, les structures fédératives intermédiaires, qui sont rattachées aux fédérations nationales supérieures, jouent un rôle actif au bénéfice des mutuelles de base à deux niveaux.

D'abord, elles peuvent constituer une sorte de relais permettant aux mutuelles de base de profiter des dispositions instituées en haut de la pyramide mutualiste.

Ensuite, elles peuvent elles-mêmes mettre sur pied des dispositifs propres, correspondant aux intérêts particuliers des mutuelles de base qui s'y fédèrent.

On observera de plus que l'organisation mutualiste reste marquée par un état d'esprit territorial.

s'est trouvée assez souvent émise au sein du mouvement mutualiste.

¹La FMF est mal positionnée dans certains secteurs, en particulier celui des mutuelles de fonctionnaires. Cf D. DURAND dans SAINT-JOURS Y. DREYFUS M., DURAND D., déjà cité.

3.2.1. Les unions territoriales à champ de compétence géographique restreint

Les unions¹ territoriales à champ de compétence géographique restreint regroupent des mutuelles relevant par exemple d'une même localité, d'un même canton ou d'un même arrondissement². A ce niveau, la variété des modalités d'assemblage est particulièrement large.

Ces unions, souvent qualifiées de façon générique de locales, sont avant tout des instruments techniques.

Elles sont souvent utilisées pour gérer des oeuvres sociales à vocation territoriale restreinte, comme les centres médicaux et les pharmacies³. Elles constituent aussi un moyen pour mettre en commun et/ou harmoniser des systèmes informatiques ou pour rendre cohérents les différents produits proposés.

Les mutuelles ouvertes sont concernées au premier chef par les unions territoriales.

3.2.2. Les unions départementales

Les unions départementales (UD) sont le pivot du mouvement mutualiste au sens où elles jouent généralement un rôle-clé dans le rapport de la mutualité de base avec les fédérations nationales représentatives (FNMF et FMF)⁴.

Côté FNMF, le rôle effectif des UD est bien connu.

Dans ce cadre, les UD sont censées adapter à l'échelle départementale les orientations nationales, sans perdre de vue les spécificités et les besoins particuliers des mutuelles concernées.

Par exemple, nous avons pu observer lors d'un stage qu'au milieu des années quatre-vingt, les UD-FNMF du Nord et du Pas-de Calais manifestaient explicitement le

¹Les termes "union" et "fédération" seront utilisés en pratique dans un sens similaire.

²Ces unions ne s'imposent pas aux mutuelles de base relevant de leur champ géographique.

³Par exemple, l'Union des mutuelles de l'Avesnois.

⁴Le rôle-clé accordé au niveau départemental par le mouvement mutualiste fait l'objet de critiques en son sein même. Cf JOLY R., "rapport introductif au congrès de Grenoble de la FNMF", 30 mai au 2 juin 1991", documentation interne FNMF, 1991.

souci de voir les mutuelles de base en relevant, moderniser leurs actions.

De plus, outre l'aspect représentation, les UD adhérant à la FNMF assurent en règle générale des fonctions importantes sur un plan technique.

Ainsi, elles fournissent aux mutuelles la documentation et les conseils nécessaires à leur bon fonctionnement. A des degrés divers, elles mettent à la disposition des organismes mutualistes des réalisations sanitaires et sociales, qu'il s'agisse de cabinets dentaires, de centres médicaux, de pharmacies, de maisons de retraite...

En outre, elles offrent souvent aux organisations mutualistes adhérentes l'accès à ce qui est appelé au sein du mouvement mutualiste, des services de "réassurance", afin de leur permettre d'offrir des garanties qui s'avèrent hors de leur portée technique et financière¹.

Le rôle attribué aux UD relevant de la FMF est schématiquement du même ordre.

Au début des années quatre-vingt, l'évolution de l'organisation du pays en faveur d'une très forte décentralisation s'est concrétisée en 1982 par la volonté de créer des unions régionales (UR), constituées à partir des unions départementales.

Le rôle qui fut attribué aux UR est censé être double : une fonction interne de concertation et de liaison entre les UD, une fonction externe de représentation auprès des instances et organismes régionaux.

Cependant, en pratique, elles n'ont jamais été un véritable échelon supplémentaire de la structure mutualiste².

3.2.3. Les unions nationales spécifiques (UNS)

Parallèlement au regroupement au sein des UD, nombre de mutuelles se sont rassemblées dans un cadre national, plus spécifiquement adapté à la nature de leur recrutement ou à celle de leur activité (Union nationale des organisations mutualistes pharmaceutiques, d'optique et d'orthopédie, Union nationale des travailleurs indépendants, etc...).

¹Ce type d'action varie selon les régions : en 1989, il semble qu'environ un quart des UD n'agissait pas en ce sens tout au moins de manière active.

²Pour cette raison, elles ne sont pas prises en compte dans le schéma résumé de l'organisation de la FNMF, présenté plus haut.

Plus précisément, les Unions nationales spécifiques (UNS), d'une grande hétérogénéité en pratique, sont spécialisées soit dans la prise en charge d'un risque particulier, soit dans la gestion de réalisations sanitaires et sociales, soit sur la base d'affinités professionnelles.

Les UNS ne doivent pas être confondues avec les fédérations nationales supérieures, car elles ne sont que des composantes de ces dernières.

Les mutuelles appartiennent ainsi à un mouvement social qui, depuis le milieu des années quatre-vingt tout particulièrement, cherche explicitement à moderniser son action, sans vouloir mettre en cause totalement ses valeurs solidaristes initiales.

La transformation des usages mutualistes sur le terrain de la garantie maladie n'est donc pas due uniquement à la concurrence endurée (et à ses conséquences : la sélection adverse subie).

Elle tient aussi à l'évolution doctrinale de la mutualité pour laquelle il faut désormais déterminer son action en fonction de son environnement et non pas simplement en fonction de valeurs propres.

Il est difficile, on l'a vu, d'affirmer que le mouvement mutualiste est "de gauche". Néanmoins, son évolution doctrinale durant les vingt dernières années peut être finalement rapprochée de celle de la gauche à la même époque.

CHAPITRE 2

SOCIÉTÉS D'ASSURANCE ET INSTITUTIONS DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE : DES CONCURRENTS MASSIFS

Sur le terrain de l'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale, la mutualité subit la concurrence de deux types d'intervenants :

- les sociétés d'assurance
- les institutions de retraite et de prévoyance.

Cette concurrence est massive :

- Selon le CREDES¹, 83% de la population disposait en 1990 d'une couverture complémentaire maladie : 60% des personnes concernées relevaient de la mutualité (mutuelles ouvertes ou fermées), 25% des sociétés d'assurance, 15% des institutions de retraite et de prévoyance.

- Selon les comptes de la protection sociale, la mutualité couvrait en 1991 environ 6% des remboursements de frais de santé, contre approximativement 3% pour les sociétés d'assurance et 1% pour les institutions de retraite et de prévoyance².

Du point de vue de leur doctrine et de leur organisation, sociétés d'assurance et institutions de retraite et de prévoyance s'avèrent éloignées des mutuelles.

¹Cf BOCOGNANO A., GRANDFILS N., LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., "Enquête sur la santé et la protection sociale en 1990 : premiers résultats", CREDES, août 1991.

²Cf NATOURI K., "Santé : lézardes", La tribune de l'assurance, décembre 1992.

1. SOCIÉTÉS D'ASSURANCE : PRÉSENCE MASSIVE SUR LE TERRAIN DU COMPLÉMENT MALADIE

Les sociétés d'assurance sont simplement des prestataires de services, au sens où elles ne mettent pas en oeuvre une doctrine solidariste.

Leurs possibilités d'action sont considérables en droit. Par exemple, aussi bien l'assurance des risques matériels que la prévoyance ou la retraite sont de leur ressort.

Le champ du complément maladie ne constitue pas dans ce contexte le centre de leur action (contrairement à la mutualité). Néanmoins, elles s'y investissent substantiellement.

1.1. Principes des sociétés d'assurance

1.1.1. Règles d'action en matière d'assurance

Du point de vue des pratiques assurancielles, l'essence des sociétés d'assurance est en quelque sorte opposée à celle des mutuelles de base.

En la matière, on a déjà défini une mutuelle de base comme une organisation qui cherche à approcher autant que possible (c'est-à-dire autant que les contraintes économiques le lui permettent) les règles solidaristes suivantes :

- 1) institution d'un mécanisme de tarification non discriminant
- 2) mise en place d'un seul régime de couverture pour une garantie donnée
- 3) non-institution de mécanismes restrictifs non tarifaires (délais d'attente, sélection des risques, exclusion ex post d'adhérents pour des motifs autres que le non- paiement des cotisations dues).

Du point de vue des pratiques assurancielles, une société d'assurance adopte par nature des principes opposés :

-1) mise en oeuvre d'un mécanisme de tarification discriminant :

-en matière d'assurance individuelle, son fondement est schématiquement de faire payer un assuré en fonction de l'importance du risque qu'il encourt effectivement.

-en matière d'assurance collective (contrats collectifs d'entreprise), son fondement est de faire payer le groupe couvert en fonction de l'importance du risque que les membres du groupe pris globalement encourent effectivement.

-2) recours à des mécanismes restrictifs non tarifaires.

-3) proposition de plusieurs niveaux de couverture pour un même risque.

Nous verrons que, dans ces conditions, une société d'assurance est une organisation conçue pour subir le moins possible la sélection adverse, ce qui n'est absolument pas le cas des mutuelles de base.

1.1.2. Principes de fonctionnement

Du point de vue des principes autres qu'assuranciers, les sociétés d'assurance et les mutuelles ne s'opposent pas totalement : les sociétés d'assurance ne sont pas nécessairement à but lucratif et ne sont pas forcément étrangères à l'idée de démocratie.

En effet, il existe en pratique deux grands types de sociétés d'assurance : les sociétés d'assurance commerciales à forme anonyme et les sociétés d'assurance à caractère mutuel.

Parmi ces dernières, on distingue en outre les organisations fonctionnant sans recourir à des intermédiaires intéressés à la souscription des contrats (exemples : MAIF, MATMUT, MACIF, MAAF, GMF...) et les sociétés qui fonctionnent en utilisant ce procédé (exemple : Les Mutuelles du Mans assurances...).

D'un point de vue général, les sociétés d'assurance à caractère mutuel ont des pratiques assurantielles conformes à celles des sociétés d'assurance commerciales.

On ne peut donc pas dire en la matière qu'il y a d'un côté les mutuelles et les sociétés d'assurance à caractère mutuel, de l'autre les sociétés d'assurance commerciales : il y a d'un côté les mutuelles, de l'autre les sociétés d'assurance quel qu'en soit le type.

En droit, les sociétés d'assurance (à caractère mutuel ou non) qui utilisent dans leur nom ou raison sociale les termes : "mutuel", "mutuelle", "mutualité" ou "mutualiste" doivent lui associer celui d'assurance. Dans ces conditions, il est relativement aisé de différencier les mutuelles des sociétés d'assurance, même si ces dernières sont à caractère mutuel.

1.2. Sociétés d'assurance : un champ d'intervention considérable ouvert sur le complément maladie

L'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale ne constitue pas le centre de l'action des sociétés d'assurance, bien qu'elles s'y intéressent pourtant fortement.

1.2.1. Un poids global substantiel

Le chiffre d'affaires des sociétés d'assurance agréées sur le marché français était en 1991 de 449,2 milliards de francs¹, ce qui en fait un secteur bien plus considérable que la mutualité.

Les sociétés d'assurance sont, de plus, relativement peu nombreuses : en 1988, 565 sociétés d'assurance (dont 35% environ de sociétés à caractère mutuel) opéraient sur le marché français, ce qui signifie aussi que le chiffre d'affaires dégagé en moyenne par chaque société d'assurance est très substantiel². La construction du Grand Marché Européen a joué d'ailleurs ici un rôle amplificateur en posant la question de la taille critique des sociétés d'assurance³.

A cette situation, s'ajoute le fait que les sociétés d'assurance intègrent souvent des groupes de très grande taille (exemples : groupes de l'UAP, de l'AGF, du GAN, d'AXA...). Ceux-ci comportent généralement non seulement des sociétés d'assurance, mais aussi des sociétés immobilières, voire des banques⁴, etc...

¹Cf Documentation externe FFSA.

²A ces 565 entreprises, il s'ajoutait 20 sociétés de réassurance spécialisées. Cf LAMBERT-FAIVRE Y., "Droit des assurances", Précis Dalloz, 7^{ème} édition, 1990.

³Cf LAMBERT-FAIVRE Y., "Droit des assurances", déjà cité.

⁴Des banques ont créé aussi leurs propres sociétés d'assurance (Prédica/Crédit agricole, Fructi-prévoyance/Banques populaires, Médicale de France/Crédit lyonnais, Sogecap/Société générale, Natiovie/BNP, etc...). Cf les concepts très médiatiques de bancassurances ou d'assurfinances.

Les sociétés d'assurance ne présentent pas en outre un caractère fédératif à l'image de la mutualité.

1.2.2. Le champ du complément maladie

Intéressons-nous à présent aux différentes activités mises en oeuvre par les sociétés d'assurance et au poids du complément maladie dans ce cadre.

Les statistiques standard consacrées aux sociétés d'assurance différencient deux grandes branches : la branche "assurance-vie et capitalisation" et la branche "dommages".

- La branche "assurance-vie et capitalisation" est décomposée usuellement en deux sous-branches :

- la sous-branche "assurance-vie" : elle regroupe les produits d'assurance-vie proprement dits, les produits d'assurance-décès et les produits mixtes vie-décès.

- la sous-branche "capitalisation" : elle regroupe par définition les produits de capitalisation.

- La branche "dommages" comporte elle aussi deux sous-branches :

- la sous-branche "dommages corporels" : elle concerne les garanties liées à la santé, c'est-à-dire :

- d'une part l'assurance maladie complémentaire à la Sécurité sociale (remboursement des frais de santé),

- d'autre part les prestations en espèces versées pour raisons de santé (prestations pour incapacité de travail, invalidité).

- la sous-branche "autres dommages" : automobile, dommages aux biens, transports, responsabilité civile, construction, catastrophes naturelles et autres (protection juridique, assistance, etc...).

Selon les normes statistiques standard, le complément maladie correspond donc à une partie de la branche "dommages corporels", dans le cadre duquel intervenait une centaine de sociétés d'assurance en 1991.

Sur la base de cette nomenclature usuelle, le tableau suivant indique l'importance des différents secteurs investis par les sociétés d'assurance pour l'année 1991.

Tableau 2.1.

Intervention des sociétés d'assurance en 1991

	Chiffres d'affaires (milliards de F)
Branche assurance-vie et capitalisation	234,8
dont capitalisation	35,3
dont assurance-vie	199,5
Branche dommages	214,4
dont dommages corporels	37,9
dont remboursement frais de santé	20,2
dont prestations en espèces	17,7
dont autres dommages	176,5

Source : Estimations d'après documentation externe FFSA.

Le chiffre d'affaires obtenu par les sociétés d'assurance sur le terrain du complément maladie est donc important (environ 20 milliards de francs en 1991) :

- Ce chiffre prend en compte aussi bien les actions sur le terrain de la garantie maladie individuelle que sur celui de la garantie maladie collective (contrats collectifs d'entreprise).

- Des associations loi 1901 (créées généralement soit par les sociétés d'assurance elles-mêmes, soit par des courtiers d'assurance) proposent souvent des garanties maladies assurées par des sociétés d'assurance¹. Ce chiffre de 20 milliards de francs intègre leurs actions.

Ces quelques 20 milliards de francs ne représentent néanmoins qu'environ 4,5% de l'ensemble de l'activité des sociétés d'assurance².

¹Les "clients" adhèrent auprès de ces associations loi 1901, les garanties proposées étant assurées par les sociétés d'assurance concernées.

²Pour mesurer l'importance quantitative du complément maladie pour les sociétés d'assurance, il est intéressant de ne prendre en compte que "l'assurance des personnes", c'est-à-dire l'ensemble des activités relevant de la branche "assurance-vie et capitalisation" et de la sous-branche "dommages corporels" (donc de ne pas retenir la sous-branche "autres dommages").

Le chiffre d'affaires obtenu par les sociétés d'assurance sur le terrain de l'assurance des personnes était en 1991 d'environ 272,7 milliards de francs ("assurance-vie et capitalisation" : 234,8 milliards et "dommages

On notera à ce propos que 5 sociétés d'assurance sont vraisemblablement à l'origine de la création d'au moins la moitié de ce chiffre : l'UAP, Lloyd Continental, La Strasbourgeoise, Les Mutuelles du Mans, les AGF¹.

Le complément maladie ne constitue ainsi qu'une part relativement restreinte de l'activité globale des sociétés d'assurance.

La présence des sociétés d'assurance en la matière reste néanmoins des plus substantielles. Pour en manifester l'importance, on rappellera ici qu'en 1990, 25% de la population disposant d'une couverture complémentaire maladie relevait pour ce faire d'une société d'assurance.

1.3. Le complément maladie : un marché stratégique

Les sociétés d'assurance manifestent un grand intérêt pour le complément maladie.

1.3.1. Nature de l'intérêt porté au complément maladie

En la matière, deux raisons jouent principalement² :

1) Dans les années quatre-vingt, la concurrence au sein de la branche "autres dommages", en particulier sur le terrain de l'assurance automobile et logement, s'est avérée extrême, ce qui a limité les possibilités de développement dans ce champ. Dans ce contexte, les sociétés d'assurance ont cherché à s'orienter vers des créneaux considérés comme extrêmement porteurs. Dans ce cadre, au même titre que la retraite, le produit maladie est appréhendé comme un champ potentiellement en expansion.

Les spéculations sur l'avenir de la Sécurité sociale jouent ici un rôle important. En effet, si le Grand Marché européen n'a pas évolué véritablement pour l'instant vers

corporels" : 37,9 milliards). Le complément maladie représentait alors approximativement 7,5% de cette somme.

¹Cf NATOURI K., déjà cité.

²Cf notamment CHASSAGNE Y., "L'environnement en matière de concurrence", Session d'études des directeurs d'organismes mutualistes, FNMF, 1988.

l'harmonisation des systèmes de Sécurité sociale des différents Etats membres, il s'est avéré qu'il induit tendanciellement une flexibilité de l'offre des prestations sociales de base autour d'un socle minimum.

2) En outre, pour les sociétés d'assurance, la demande de produits d'assurance est souvent globale : les clients potentiels désirent aisément souscrire plusieurs garanties auprès du même organisme assureur¹.

Ainsi, proposer le complément maladie au sein de la gamme des garanties commercialisées leur apparait souvent comme un atout considérable².

Il peut même servir de produit d'appel ou de fidélisation. En effet, il permet d'attirer facilement une clientèle à laquelle sont ensuite proposés d'autres produits (assurance-décès, assurance-vie, produits de capitalisation, etc..).

1.3.2. Une action facilitée du fait d'une participation à la gestion des régimes maladie de base de la Sécurité sociale

L'action des sociétés d'assurance sur le terrain du complément maladie est facilitée par leur présence dans le champ des régimes maladie de la Sécurité sociale, dans le cadre desquels elles entrent aussi en concurrence avec la mutualité :

- Cette situation ne concerne pas le régime général de la Sécurité sociale : en la matière, le mouvement mutualiste dispose, on l'a déjà noté, d'une exclusivité d'association à la Sécurité sociale.

- Elle concerne les régimes de Sécurité sociale des travailleurs non salariés, qu'ils soient agricoles ou non. Ces régimes sont caractérisés par le pluralisme des organisations gestionnaires.

¹Il se pourrait même qu'un processus de globalisation de la demande soit en cours : ce que les individus achètent pourrait être de plus en plus un complexe de garanties variées.

²Cf PRECEPTA analyses stratégiques, "L'assurance santé : stratégies et concurrence", 1989.

1.3.2.1. L'assurance maladie obligatoire des exploitants agricoles

Le régime AMEXA des exploitants agricoles est fondé sur le principe du libre choix de l'organisme assureur.

La qualité d'organisme assureur habilité est reconnue en pratique :

- aux mutuelles,
- aux sociétés d'assurance,
- aux caisses mutuelles agricoles régies par la loi du 4 juillet 1900¹
- aux caisses départementales de la Mutualité sociale agricole (MSA).

"L'organisme assureur" a pour fonction essentielle d'appeler et d'encaisser les cotisations ainsi que de verser les prestations. Dans ce cadre, des fonctions prééminentes ont néanmoins été confiées aux caisses départementales de la MSA : en qualité de caisses-pivots, elles sont chargées, pour l'ensemble des adhérents, de l'immatriculation, des statistiques... Le régime AMEXA concilie ainsi libre choix de l'organisme assureur et effort de centralisation.

Tableau 2.2.

Organisation du régime AMEXA, caractères principaux.

Niveau national	Caisse centrale de mutualité sociale agricole	-coordination et contrôle de l'ensemble -compensation financière
Niveau départemental	Mutualité sociale agricole: caisse pivot	-immatriculation des assurés -tenue du fichier des ayants droit -fournit les bases de calcul des cotisations -assure le contrôle médical -peut également gérer l'AMEXA
Niveau local	Organisme assureur*	-recouvrement des cotisations -service des prestations -gestion du contentieux

source : Documentation interne FNMF, 1989.

*Mutualité sociale agricole ou mutuelle ou caisse mutuelle agricole (loi de 1900) ou société d'assurance.

¹On appelle ainsi les Caisses d'assurances et de réassurance mutuelles régies par la loi du 4 juillet 1900. Ces intervenants, régis à la fois par le code des assurances et le code rural, concernent seulement le monde de l'agriculture.

Sur le terrain du régime AMEXA, il s'avère que la présence des sociétés d'assurance est relativement importante et que l'implantation de la MSA y est massive. Par contre, comme les caisses mutuelles agricoles de la loi 1900, les mutuelles y sont faiblement implantées¹.

Tableau 2.3.

Les assujettis au régime AMEXA, chiffres clés (1986)

Total des personnes couvertes	2 766 000
Couverture	
-par la MSA	86,08%
-par les sociétés d'assurance	10,84%
-par les mutuelles	1,57%
-par les caisses mutuelles agricoles	1,51%

Source : LOUZIR A., Documentation interne FNMF.

1.3.2.2. L'assurance maladie des travailleurs indépendants

Le régime AMTI des travailleurs indépendants est aussi marqué par la présence des sociétés d'assurance.

Dirigé au niveau national par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles (CANAM), ce régime est organisé en Caisses mutuelles régionales (CMR) qui sont responsables de sa gestion.

Les CMR confient le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations à des "organismes assureurs d'exécution". Ces derniers doivent conclure une "convention" avec la CMR dont ils relèvent.

Les personnes relevant du régime AMTI ont le choix entre les organismes ainsi conventionnés.

¹La présence des mutuelles recule : celles-ci couvraient 6% des personnes protégées en 1961, contre 1,57% en 1986 et moins de 1% en 1989. En 1988, seuls six groupements mutualistes continuaient à gérer l'AMEXA : UD de la Drôme, UD de l'Allier, UD de la Charente Maritime, Caisse de prévoyance mulhousienne, La solidarité rurale et urbaine d'Alsace, UD du Jura. Cf LOUZIR A., "Note de documentation interne à la FNMF", Documentation interne FNMF, 1988. Cf FNMF, "Guide de l'administrateur", Documentation interne FNMF, 1991.

Sont concernées par cette fonction d'organismes assureurs d'exécution :

-les sociétés d'assurance

-les mutuelles.

Tableau 2.4.

Organisation du régime AMTI, caractères principaux.

Niveau national	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles	-coordination et contrôle de l'ensemble -assurer l'unité financière du régime (discussions sur le montant des cotisations...) -représentation auprès des pouvoirs publics
Niveau régional	Caisse mutuelle régionale	-immatriculation des assurés -calcul des cotisations -contrôle médical -action sanitaire et sociale
Niveau local	Organisme conventionné*	-recouvrement des cotisations -service des prestations

source : Documentation interne FNMF, 1989.

*mutuelle ou société d'assurance.

Contrairement au régime AMEXA, la présence des sociétés d'assurance au sein de l'AMTI est nettement moins importante que celle de la mutualité : en 1988, on décomptait 109 organismes mutualistes sur un total de 180¹.

La gestion de l'assurance maladie obligatoire constitue une base d'un extrême intérêt pour se développer sur le terrain du complément maladie. Elle présente ainsi d'une certaine manière un intérêt "commercial"².

Ainsi, en ce qui concerne son champ d'action traditionnel (le complément maladie), la mutualité (les mutuelles ouvertes et fermées) est massivement concurrencée par les sociétés d'assurance.

¹Dans les premiers temps du régime, 140 organismes conventionnés mutualistes, qui concernaient 66% des personnes relevant de l'AMTI, furent dénombrés (le reste relevant de sociétés d'assurance). En 1981, les organismes conventionnés mutualistes étaient au nombre de 108 (sur un total de 181 organismes conventionnés) : ils géraient l'assurance maladie "obligatoire" de 60% des affiliés (surtout des artisans, moins de commerçants et peu de professions libérales). En 1984, 58,5% des organismes conventionnés dépendaient du secteur mutualiste. Cf BENHAMOU J., LEVECQUE A., déjà cité. Cf SAINT-JOURS Y., DREYFUS M., DURAND D., déjà cité.

²Durant les années quatre-vingt tout particulièrement, la Sécurité sociale s'est montrée intéressée par la récupération des activités mises en oeuvre par les sociétés d'assurance et les mutuelles pour le compte de la Sécurité sociale (compte tenu principalement de sur-effectifs enregistrés au sein de la Sécurité sociale sous la pression des évolutions technologiques). Il existe ainsi une relative tension dans les rapports entre ces différentes organisations en la matière. Cf MAUROY H., "La mutualité en mutation", mémoire de DEA, 1989.

Les institutions de retraite et de prévoyance interviennent aussi fortement sur ce terrain. Il s'agit là d'une catégorie d'intervenant assez complexe, dont l'entrée massive dans le champ du remboursement des frais de santé est récente.

2. INSTITUTIONS DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE : ANALYSE DE LEURS ACTIVITES DE BASE

Nous désignons par l'expression "institutions de retraite et de prévoyance" :

- les organisations autrefois définies par l'article L4 du code de la Sécurité sociale et régies depuis la fin des années quatre-vingt par l'article L732-1 de ce même code. Selon l'usage, ces organisations sont appelées institutions L4.

- les organisations autrefois définies par l'article L1050 du code rural. Selon l'usage, ces organisations sont appelées institutions L1050.

Les institutions de retraite et de prévoyance, dont l'origine juridique remonte seulement à la Libération¹, présentent deux caractéristiques fondamentales (qui les différencient nettement des mutuelles et des sociétés d'assurance) :

- elles ont été conçues pour prendre en charge exclusivement des mécanismes de couverture collective créés dans les entreprises au profit des salariés (et de leur famille). Dans ce contexte, les institutions L1050 sont pour les salariés agricoles, ce que sont les institutions L4 pour les salariés non agricoles. Nonobstant ce fait, les L4 et les L1050 sont des organisations identiques.

- elles sont nécessairement des organisations paritaires : les institutions de retraite et de prévoyance sont co-gérées par les organisations représentatives du patronat et les syndicats de salariés.

Nonobstant l'action sanitaire et sociale qu'elles sont susceptibles de mener, les institutions de retraite et de prévoyance sont limitées en droit aux seules garanties liées à la personne humaine, c'est-à-dire aux garanties de retraite (et assimilés) et aux garanties de prévoyance (à titre principal : garanties décès, invalidité, incapacité de travail et maladie).

¹Cf l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Leur intervention massive sur le terrain du complément maladie est extrêmement récente : avant les années quatre vingt, elle était résiduelle.

D'un point de vue historique, ce sont généralement les institutions de retraite et de prévoyance chargées des régimes de retraite qui se sont mises à opérer sur le terrain de la maladie¹.

Intéressons nous donc dans un premier temps à l'action des institutions de retraite et de prévoyance dans le champ des régimes de retraite, pour pouvoir appréhender dans un second temps leurs action sur le terrain du complément maladie.

2.1. La question de la prise en charge des régimes de retraite des salariés

Les institutions de retraite et de prévoyance régissent deux types de régimes de retraite :

- Les régimes de retraite complémentaire des salariés, qui complètent une partie du premier niveau du système français d'assurance-vieillesse des salariés.
- Les régimes de retraite sur-complémentaire des salariés, qui viennent se surajouter aux régimes de retraite complémentaire des salariés.

2.1.1. Le premier niveau d'assurance-vieillesse obligatoire des salariés

Le premier échelon du dispositif d'assurance-vieillesse obligatoire des salariés recouvre trois rubriques distinctes : le régime général de la Sécurité sociale, le régime des salariés agricoles, les régimes spéciaux de salariés :

1) Pour ce qui est de la retraite, le régime général est géré par la Caisse nationale d'assurance-vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), établissement public national à caractère administratif. Il fonctionne selon le principe de la répartition². Son

¹Le terme "institutions de retraite et de prévoyance" est un terme générique : il désigne l'ensemble des institutions L4 et L1050, quelles que soient leurs activités (retraite ou prévoyance).

²Répartition : les cotisations des actifs sont directement reversées sous forme de pensions aux inactifs âgés. Evidemment, les régimes de retraite fonctionnant par répartition constituent des réserves pour

financement est assuré par le versement de cotisations assises sur les salaires dans la limite d'un plafond fixé chaque année par décret, tandis que les pensions octroyées sont en "pourcentage de salaire".

-2) Les dispositions concernant l'assurance-vieillesse prévues dans le cadre du **régime des salariés agricoles** sont pratiquement alignées sur le régime général. Il est géré toutefois de manière indépendante par la Mutualité Sociale Agricole¹.

-3) Les **régimes spéciaux de salariés**, dont les origines sont antérieures à la création de la Sécurité sociale, constituent une entorse aux principes déployés à l'époque de la Libération (à l'idée de régime général). L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoyait en effet que ces dispositifs, relevant pour l'essentiel du secteur public ou para-public, ne devaient être maintenus que provisoirement, ce qui ne fut pas le cas. Les régimes spéciaux, qui fonctionnent sur des bases qui leur sont propres, garantissent en général à leurs ressortissants des avantages vieillesse plus substantiels que ne le fait le régime général (ou le régime des salariés agricoles)².

Ces trois rubriques (le régime général de la Sécurité sociale, le régime des salariés agricoles, les régimes spéciaux de salariés), qui composent le socle du système de protection vieillesse des salariés, correspondent en quelque sorte à la Sécurité sociale des salariés (pour ce qui est de la retraite)³.

2.1.2. Délimitation des domaines d'intervention des institutions de retraite et de prévoyance sur le terrain de la retraite

A présent, définissons précisément ce à quoi correspond le champ des régimes de retraite complémentaire et celui des régimes de retraite sur-complémentaire des salariés :

équilibrer les résultats de leur gestion annuelle.

¹Après la Libération, il a été admis progressivement par les pouvoirs publics que le monde agricole, par ses particularités, pouvait justifier un traitement séparé.

²Au début des années quatre-vingt-dix, il existait une centaine de régimes spéciaux (de taille généralement modeste) contre environ 160 dans l'immédiat après-guerre. Les 4/5ème des régimes spéciaux existant encore sont "fermés", au sens où ils ne reçoivent plus de nouveaux entrants. Cf "Livre blanc sur les retraites", préface de M. ROCARD, Collection les Rapports officiels, La Documentation française, 1991.

³Cf "Livre blanc sur les retraites", 1991, déjà cité.

1) Schématiquement, le champ des régimes de retraite complémentaire des salariés couvre les dispositifs de couverture vieillesse qui viennent au-dessus du régime général de la Sécurité sociale et du régime des salariés agricoles¹.

On notera ici que, suite à la loi n° 72-1223 du 29 décembre 1972, les régimes de retraite complémentaire des salariés s'imposent obligatoirement à tous les employeurs (et à leur main-d'oeuvre) relevant du régime général ou du régime des salariés agricoles de la Sécurité sociale.

Pour cette raison, ils constituent une sorte de "Sécurité sociale bis".

Tableau 2.5.

Assurance-vieillesse obligatoire des salariés : les deux étages

	Régimes de base	Régimes complémentaires
Salariés de l'agriculture	régime des salariés agricoles (MSA)	champ des régimes de retraite complémentaire des salariés
Salariés relevant du régime général de la SS	régime général de Sécurité sociale	
Salariés relevant des régimes spéciaux	régimes spéciaux de Sécurité sociale	

Concernant leur activité dans le secteur de la retraite complémentaire des salariés, les institutions de retraite et de prévoyance bénéficient en droit comme en pratique d'une situation de monopole : les mutuelles et les sociétés d'assurance n'y interviennent pas.

2) Les régimes de retraite sur-complémentaire des salariés viennent simplement se surajouter aux régimes de retraite complémentaire des salariés.

Ils ne s'imposent pas aux employeurs.

Et ils peuvent être régis en droit par les institutions de retraite et de prévoyance, les sociétés d'assurance et les mutuelles.

¹Toutefois, on trouve de façon exceptionnelle des individus qui ont été intégrés dans le domaine des régimes de retraite complémentaire alors qu'ils relevaient d'un régime spécial.

2.2. L'AGIRC

Le champ de la retraite complémentaire des salariés est composé à titre principal de deux grands blocs gérés sous la responsabilité :

-de l'AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres) pour le premier,

-et de l'ARRCO (Association des régimes de retraite complémentaire) pour le second.

L'AGIRC et l'ARRCO sont toutes deux des institutions de retraite et de prévoyance.

On commencera dans un premier temps par appréhender les institutions de retraite et de prévoyance concernées par le régime de retraite complémentaire des cadres (dont l'AGIRC assure le bon fonctionnement).

2.2.1 Les origines

L'existence du régime AGIRC est le résultat de la signature par le CNPF et les principales organisations syndicales des cadres de la convention collective nationale du 14 mars 1947.

La création de l'AGIRC correspond à un compromis qui permettait aux cadres "d'accepter leur intégration" dans la Sécurité sociale.

L'explication de cette situation est simple : la loi du 30 avril 1930, qui instituait notamment un système d'assurance-vieillesse obligatoire reposant sur le principe de la capitalisation¹, s'appliquait à l'ensemble des salariés (hors régimes spéciaux), dont le salaire était inférieur à un certain montant. L'existence de ce plafond d'affiliation excluait les travailleurs les mieux rémunérés (donc les cadres) du bénéfice d'une telle disposition.

Lorsqu'en 1945 la Sécurité sociale fut créée, la volonté d'établir un véritable régime général et d'exclure toutes pratiques du type plafond d'assujettissement fut

¹Capitalisation : mise en réserve des cotisations de façon à constituer un capital qui sera restitué à l'intéressé sous forme de rentes (ou d'un capital) au moment de la cessation d'activité.

nettement affichée. Le personnel d'encadrement était lui aussi concerné : en pratique, il devait être assujéti au régime général de la Sécurité sociale à compter du 1^{er} juillet 1946.

Cette disposition fit l'objet d'une très forte contestation de la part des intéressés¹. Des régimes de retraite émanant du monde des entreprises avaient été créés en effet à leur profit, par la voix conventionnelle ou non, avant que la Sécurité sociale fut elle-même créée à la Libération. Et les cadres craignaient de ne pas pouvoir préserver les avantages acquis.

Après de multiples discussions, un compromis fut néanmoins obtenu². Il prévoyait :

- que les cadres seraient assujétiés à la Sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 1947,

- qu'ils bénéficieraient d'un solide régime de retraite complémentaire sur la part des salaires excédant le plafond de la Sécurité sociale.

Le régime en question fut créé par l'entremise de la convention collective nationale du 14 mars 1947 qui donna naissance à l'AGIRC ayant pour fonction d'en assurer le bon fonctionnement.

2.2.2 Les grands principes du fonctionnement actuel

Le fonctionnement du régime géré par l'AGIRC suit les grandes lignes suivantes.

2.2.2.1 Les principes d'intervention clés

1) D'abord, le régime AGIRC est régi par le principe de la répartition. A l'époque de la Libération, ce choix permettait en effet de servir immédiatement des pensions

¹Cf GABELLIERI B., "Les origines lointaines du régime de retraite des cadres", Bulletin d'information de l'AGIRC, n°144, août 1985; "De l'assurance vieillesse obligatoire aux régimes complémentaires privés de retraite : 1930-1945", Bulletin d'information de l'AGIRC, n°145, novembre 1985. Cf NETTER F., "Histoire des régimes complémentaires de salariés", Droit social, n° 1, janvier 1977.

²Cf GABELLIERI B., "Les origines immédiates du régime de retraite et de prévoyance des cadres", Bulletin d'information de l'AGIRC, n°146, février 1986; "Le régime de retraite des cadres voit le jour", Bulletin d'information de l'AGIRC, n°148, août 1986. Cf MANACH R., "Mémento de la retraite des cadres", Documentation CRICA, avril 1985.

vieillesse.

2) En outre, une technique de comptage individuel des points de retraite a été adoptée. Dans ce cadre, les prestations à verser sont fonction du total des droits acquis par chaque salarié concerné tout au long de sa carrière, ce qui le différencie par exemple du régime général de la Sécurité sociale.

3) Enfin, le régime AGIRC n'est pas totalement étranger à l'idée de couverture facultative. En effet, si un taux de cotisation minimum obligatoire s'impose aux entreprises, le régime AGIRC offre aussi la possibilité de souscrire à des taux de cotisation supérieurs au minimum obligatoire, de façon à octroyer aux salariés concernés des "droits" à retraite supplémentaires.

2.2.2.2. Le rôle attribué aux institutions de base relevant de l'AGIRC

Le régime de retraite complémentaire des cadres a été placé en pratique, nous l'avons dit, sous le contrôle de l'AGIRC. Toutefois, l'AGIRC n'est en rien la seule institution de retraite et de prévoyance concernée.

En effet, le régime de retraite complémentaire des cadres est pris en charge à la base par des institutions de retraite et de prévoyance dites de base (au nombre de 55 en 1992).

Les sociétés d'assurance ont apporté parfois leur savoir-faire lors de la constitution de ces institutions de base. Au cours des entretiens réalisés, il est ainsi apparu que l'UAP était à l'origine de l'UPC, le GAN de la CRICA, les AGF de la CGRCR pour ne citer que quelques exemples.

Pourtant, à l'heure actuelle, les institutions de base chargées de la retraite complémentaire qui ont été créées par des sociétés d'assurance ne semblent pas véritablement sous la dépendance de ces dernières.

Le caractère paritaire des institutions de retraite et de prévoyance régissant la retraite complémentaire et l'importance de leur assise financière expliquent largement cette situation.

Le rôle des institutions de retraite et de prévoyance de base consiste principalement à traiter les adhésions d'entreprise, à encaisser les cotisations, à tenir les

comptes des droits des participants et à liquider les retraites.

L'AGIRC constitue ainsi (en quelque sorte) une sorte de chapeau : elle a pour mission d'assurer le bon fonctionnement du régime dans son ensemble, en particulier en fixant les paramètres (pour les calculs des droits...), en surveillant l'application des règlements mis sur pied, en assurant une compensation financière entre les résultats des institutions de retraite et de prévoyance de base et en contrôlant les pratiques de ces institutions¹.

L'adhésion aux institutions de base est laissée en principe au libre arbitre des entreprises et des branches. Toutefois, les partenaires sociaux obligent, le cas échéant, les entreprises entrant dans le champ d'application d'une branche à adhérer à une institution de retraite et de prévoyance donnée.

Régime AGIRC :

les institutions de retraite et de prévoyance de base (1992)

(1 régime, 55 institutions gestionnaires L4)

AGPC, APICIL-R, BOIS ET AMEUBLEMENT, CALVIS, CAPICAF, CAPIM, CAPIMMEC, CAPRAMICATE, CAPRICEL, CARCESSO, CARCICAS, CAREP-SAGEM, CARICA-BP, CARPRECA, CARVAL, CAVCIC, CCRR, CETSE, CGIC, CGRCR, CIPC-R, CIPRIC, CIRCA, CIRCIA, CIRICA, CIRPICA, CNRBTPIC, CRCPP, CRIC, CRICA, CRICIC, CRPC, HAUSMANN, IPCASMO, IPCP, IPECA-R, IPERCES, IPICA, IPRIAL, IRCA, IRCAFEX, IRCA-MF, IRCE, IRCASA, IRCPME, IRCRA, IRPVRP, IRRAPRI, LA BOETIE, METIERS D'ART, PRECA, PRESSE, PUBLICITE, LA REPARTITION (CIREC), UPC.

Ces institutions de retraite et de prévoyance de base qui interviennent au sein du régime AGIRC sont pour nous d'un grand intérêt.

En effet, la plupart d'entre elles font partie des institutions L4 et L1050 qui se sont diversifiées : elles ont souvent investi le terrain de la prévoyance et, dans ce cadre, le champ de la garantie maladie.

L'AGIRC n'est pas concernée par l'entrée massive des institutions de base qu'elle "chapeaute" sur le terrain de la prévoyance (et dans ce cadre de la maladie) : elle ne s'occupe que de la retraite complémentaire des cadres. Les instances dirigeantes de l'AGIRC s'avèrent même parfois quelque peu préoccupées devant ces intenses mouvements de diversification.

¹Cf RENARD B., "Les retraites : régimes et produits", Eska, 1990.

2.3. L'ARRCO

Le régime AGIRC ne constitue pas le seul grand bloc présent dans le champ des régimes de retraite complémentaire des salariés. Il en existe un second, plus massif et plus compliqué : l'ARRCO.

2.3.1. Les origines

Après que la convention collective nationale du 14 mars 1947 eut créé l'AGIRC, des régimes de retraite complémentaire qui se voyaient régis par des institutions de retraite et de prévoyance et dont les bénéficiaires étaient des non-cadres se sont mis à proliférer d'une manière totalement anarchique.

Cette situation n'allait pas sans engendrer de grandes difficultés. Le caractère parfois extrêmement restreint des dispositifs ainsi créés posait en effet à terme la question de leur pérennité. Et, le caractère autonome de ces mécanismes imposait, le cas échéant, de multiples démarches aux salariés voulant obtenir leur retraite, les intéressés étant amenés à solliciter les diverses institutions auprès desquelles ils avaient cotisé¹.

Ces inconvénients introduisirent le souci de leur normalisation. L'ARRCO fut le produit de cette volonté.

En cette matière, elle ne fut pas toutefois la première tentative de rationalisation : le premier véritable essai en la matière fut l'institution d'un régime régi par l'UNIRS (une institution de retraite et de prévoyance aussi) au moyen d'un texte conventionnel national signé le 15 mai 1957.

C'est le caractère facultatif de l'intégration à l'UNIRS (aujourd'hui intégrée à l'ARRCO) qui fit qu'au bout du compte elle ne réussira pas à fédérer tous les régimes non-cadres.

Il fallut attendre l'accord national interprofessionnel du 8 décembre 1961 conclu par le CNPF et les principales confédérations syndicales de salariés pour en arriver à une solution efficace avec l'instauration du régime ARRCO.

¹Cf ARRCO, "30^{ème} anniversaire", Documentation ARRCO, 1992.

Néanmoins, l'ARRCO n'est pas strictement identique dans son objet à l'AGIRC. En effet, on dit usuellement que l'ARRCO correspond à un régime de retraite complémentaire simplement parce qu'elle est le produit d'une disposition conventionnelle et qu'elle est source de normalisation.

En fait, il serait plus correct d'énoncer qu'elle est une organisation visant à coordonner un ensemble de régimes différents (au nombre de 46 en 1992), chacun d'eux étant régi par une ou plusieurs institutions de retraite et de prévoyance et présentant des caractéristiques propres : les institutions gestionnaires de base étaient au nombre de 111 en 1992.

Quoi qu'il en soit, l'usage consistant à présenter ce qui relève de l'ARRCO comme un régime s'est répandu sur le terrain. Dans ces conditions, on conservera cet usage.

De plus, le champ de couverture de cette entité s'est considérablement étendu depuis qu'il a été mis sur pied. En particulier, il ne s'adresse plus seulement aux salariés non-cadres, mais aussi aux cadres (les participants de l'AGIRC), suite à l'accord national interprofessionnel du 6 juin 1973. Les cadres relèvent donc de l'AGIRC et de l'ARRCO.

2.3.2. Les grands principes du fonctionnement actuel

Le régime ARRCO se caractérise par une relative hétérogénéité. Toutefois, le dispositif AGIRC constitua indéniablement un modèle pour le régime ARRCO. Les principes qui le gouvernent se sont donc retrouvés pour l'essentiel au sein du secteur ARRCO

2.3.2.1. Les principes d'intervention

1) Le régime ARRCO repose lui aussi sur le principe de la répartition et sur la technique du comptage individuel des points de retraite, bien que, de ce point de vue, il y ait des exceptions : on trouvait encore au début des années quatre-vingt-dix des régimes relevant de l'ARRCO qui ne fonctionnaient pas par points¹.

¹Au 1-1-92 : CAPAVES, CARCO, CRESP, FCRB, CAMARCA, CPCEAA, CREPAC, CRIA-IRCA. Cf La retraite complémentaire ARRCO, bulletin d'information, n°102, janvier à mars 1992. Cf

2) Comme pour l'AGIRC, le régime ARRCO n'est pas entièrement étranger à l'idée de protection facultative. Ici aussi, si une cotisation minimale obligatoire s'impose pour tous les régimes relevant de l'ARRCO, des possibilités de dépassements de ces minima ont été prévues. Néanmoins, les facultés de souscription à des taux de cotisation supérieurs au minimum obligatoire sont en train de disparaître¹.

2.3.2.2. Le rôle attribué aux institutions de base relevant de l'ARRCO

Le fait que les différents régimes coordonnés par l'ARRCO appliquent un règlement qui leur est propre (dans le cadre des règles élaborées par l'ARRCO) n'implique pas que cette institution joue un rôle mineur.

En effet, comme l'AGIRC, l'ARRCO constitue une sorte de chapeau. Son action consiste en particulier à coordonner l'activité administrative de l'ensemble, à établir des normes techniques (de façon notamment à éviter la survenue de déséquilibres financiers intempestifs) et à mettre en oeuvre une compensation financière entre les régimes en corrigeant les effets des différences de rapport cotisants/pensionnés (en faisant les adaptations nécessaires pour prendre en compte les règlements différents)².

Dans l'organisation du champ régi par l'ARRCO, les institutions de retraite et de prévoyance dites de base³ tiennent aussi leur rôle : elles traitent les adhésions des entreprises concernées, reçoivent les cotisations, versent les pensions...

Et ici encore, les sociétés d'assurance ont apporté souvent leur savoir-faire lors de la constitution de ces institutions de base.

On relèvera aussi que, comme pour l'AGIRC, le choix des institutions de base est laissé en principe à la libre appréciation des branches et des entreprises à l'intérieur du secteur ARRCO.

VALLETEAU DE MOUILLAC M., "Guide pratique des régimes sociaux", tome 1, Litec, 1991.

¹Cf l'accord national interprofessionnel du 12 février 1993.

²Cf ARRCO, "ARRCO : mission et fonctionnement", juin 1992.

³et les institutions L1050 de base (qui concernent les salariés agricoles, rappelons-le).

Régime ARRCO :

les institutions de retraite et de prévoyance de base (1992)
(46 régimes, 111 institutions gestionnaires L4 de base (ou L1050 de base))

les 46 régimes :

AGRR, ANEP, CACE, CANAREP, CAPAVES, CAPRICAS, CARCEPT, CARCO, CARGSMA, CARPILIG-R, CBTP-R, CGIS, CGRR, CIPCA, CIRCO, CIRPS, CMGRR, CNRO, CPM, CRE, CREP, CRESO, CRI, CRIP, CRISA, CRPBTP, CRR, FCRB, FNIRR, GUTENBERG, IPRIS, IRCEM, IRCOPSPM, IREPS, IRPC, IRPSIMMEC, IRREP, ISICA, RESURCA, RIPS, UNIRS, UPS, CAMARCA, CPCEAA, CREPAC, CRIA-IRCA.

NB: les 44 institutions régissant le régime UNIRS :

AGPS, ARCIL, CAIRPSA, CARCOM, CAREP, CCM, CIPS, CIRNASE, CIRPEC, CIRRES, CIRSEV, CIRSIC, CIS, CORITEX, CRECAP, CRECO-BP, CRESESSO, CRIREP, CRIS, CRI-UNIRS, GIRS, ICIRS, IGIRCA, IGIREL, IGIRS, INIRS, IPSIE, IRCI-NORD, IRCOMMEC, IRCOTEX, IRESA, IRIAL, IRIHA, IRIS, IRNIS, IRPELEC, IRPTE, IRSACM, IRSCO, IRSIM, IRSO, IRPSME, IRTESA, URIC.

Comme celles opérant sur le terrain de l'AGIRC, les institutions de retraite et de prévoyance de base intégrées dans l'ARRCO se sont fréquemment diversifiées : elles ont souvent étendu leur action sur le terrain de la prévoyance et, dans ce cadre, sur celui du complément maladie. Pour cette raison, elles nous intéressent vivement.

Comme l'AGIRC, l'ARRCO reste cantonnée à la prise en charge de la retraite complémentaire des salariés, sans se lancer elle-même sur le terrain de la prévoyance (donc de la garantie maladie) : elle n'est pas partie prenante des mouvements de diversification opérés par les institutions de base qu'elle "chapeaute".

2.4. Les régimes de retraite hors AGIRC et ARRCO

L'ARRCO et l'AGIRC constituent deux blocs d'une taille particulièrement substantielle¹ :

- pour l'année 1993, environ 17 millions de cotisants et 7,5 millions de retraités relevaient de l'ARRCO. 4,7 millions d'entreprises environ étaient concernées.

- la même année, l'AGIRC concernait près de 2,7 millions de cotisants et 1,2 million de retraités. Approximativement 2 millions d'entreprises étaient concernées.

¹Pour des données précises sur un plan historique, cf notamment ESPIEU M-Y., "La retraite complémentaire des salariés", intervention au colloque de la Caisse nationale de prévoyance, avril 1991.

Néanmoins, il existe encore de rares institutions de retraite et de prévoyance qui régissent des régimes de retraite, sans être chapeautées par l'AGIRC ou l'ARRCO.

2.4.1. Les régimes de retraite complémentaire ne relevant pas de l'AGIRC ou de l'ARRCO

D'abord, ce que l'on présente usuellement comme le secteur des régimes de retraite complémentaire des salariés ne se limite pas exactement à l'ARRCO et à l'AGIRC.

1) Au début des années quatre-vingt-dix, il existait des régimes de retraite complémentaire des salariés qui venaient au-dessus du régime général de la Sécurité sociale, tout en restant en dehors de l'ARRCO et l'AGIRC : ceux-ci étaient peu nombreux et relevaient de procédures d'exception.

- Deux sont bien connus : le régime régi par l'IRCANTEC (en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales qui ne relèvent pas des régimes spéciaux), le régime régi par la CPPOSS (en faveur des salariés des organismes de Sécurité sociale et des établissements qui leur sont rattachés).

- D'autres sont bien moins connus, car de taille très restreinte. Le Livre blanc sur les retraites de 1991 en relevait deux de ce type¹.

On ajoutera qu'il existait, toujours en ce début des années quatre-vingt-dix, des salariés relevant du secteur ARRCO, tout en restant en dehors du dispositif AGIRC : les salariés relevant des banques.

Fait marquant : au début des années quatre-vingt-dix, l'intégration aux régimes ARRCO et AGIRC de tous ces régimes de retraite complémentaire était explicitement à l'ordre du jour².

¹le régime régi par la CRPNPAC pour le personnel navigant de l'aviation civile et celui régi par la CRAF pour le personnel navigant d'Air France.

²Par exemple, les personnels de la CPPOSS ont été affiliés à l'AGIRC et à l'ARRCO à compter du 01-01-1994. Cf UCANSS-INFO, "La retraite complémentaire et la prévoyance", Edition spéciale, avril 1994.

2) Au début des années quatre-vingt-dix, il existait aussi des régimes de retraite complémentaire des salariés qui venaient au-dessus du régime des salariés agricoles de la Sécurité sociale, tout en restant juridiquement en dehors de l'ARRCO et l'AGIRC.

Néanmoins, les salariés en relevant étaient tous entrés d'une façon ou d'une autre dans les systèmes de compensation de l'ARRCO et de l'AGIRC (de façon quelque peu compliquée en vérité¹).

Tableau 2.6.

**Assurance-vieillesse obligatoire des salariés :
les deux étages, présentation résumée (début des années quatre-vingt-dix)**

	Régimes de retraite de base	Régimes de retraite complémentaire
Salariés de l'agriculture	régime des salariés agricoles (MSA)	4 régimes associés à l'ARRCO (en y étant incorporés juridiquement): CAMARCA, CRIA-IRCA, CREPA, CPCEA. 1 régime associé à l'AGIRC (sans y être incorporé juridiquement): CPCEA. NB: les salariés relevant de la CCPMA (tertiaire agricole) sont affiliés à la CAMARCA (ARRCO).
Salariés relevant du régime général (industrie, commerce, services) hors cas particuliers (ci-dessous mentionnés)	régime général de Sécurité sociale	ARRCO pour les cadres et les non-cadres (42 régimes, 107 institutions gestionnaires de base) AGIRC pour les cadres (1 régime, 55 institutions gestionnaires de base) NB: les salariés des banques relèvent de l'ARRCO, pas de l'AGIRC.
Salariés à statut particulier		Divers (IRCANTEC, etc...) en voie d'extinction
Salariés relevant des régimes spéciaux	régimes spéciaux de Sécurité sociale ²	

Source : Documentations internes AGIRC, ARRCO et Livre blanc sur les retraites de 1991.

¹Cf ARRCO, "Les institutions agricoles", La retraite complémentaire ARRCO, n° 102, 1992.

²sachant que, de façon exceptionnelle, des individus ont été intégrés dans le domaine des régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC alors qu'ils relevaient d'un régime spécial.

Les différentes institutions de retraite et de prévoyance régissant les rares régimes de retraite complémentaire ne relevant pas de l'ARRCO et de l'AGIRC se sont parfois lancées aussi sur le terrain de la garantie maladie. Pour cette raison, elles ne doivent pas être ignorées.

2.4.2. Les régimes de retraite sur-complémentaire des salariés

En outre, pour ce qui est de la retraite, le monde des institutions de retraite et de prévoyance ne se limite pas au champ des régimes de retraite complémentaire.

En effet, certaines d'entre elles interviennent dans le domaine de la retraite sur-complémentaire des salariés, secteur totalement facultatif et dont les modalités de fonctionnement sont des plus libres : les régimes de retraite sur-complémentaire fonctionnent aussi bien en répartition qu'en capitalisation et peuvent être régies aussi, on l'a noté, par des sociétés d'assurance ou des mutuelles.

Les institutions régissant les régimes de retraite complémentaire n'ont que fort rarement pris en charge des régimes de retraite sur-complémentaire. Le secteur de la retraite complémentaire et le secteur de la retraite sur-complémentaire sont pour l'essentiel étrangers l'un à l'autre.

Le nombre d'institutions de retraite et de prévoyance impliquées uniquement dans la retraite sur-complémentaire est relativement élevé. En 1991, il en existait selon mes propres comptes 199¹.

Toutefois, alors que les institutions régissant les régimes de retraite complémentaire sont souvent professionnelles ou interprofessionnelles, les institutions régissant les régimes de retraite sur-complémentaire sont généralement d'entreprise (Nestlé, Peugeot, Bayard France, Elf Aquitaine, Rhône Poulenc, etc...)². Comparativement, leur poids économique est donc peu substantiel.

Les institutions de retraite et de prévoyance qui interviennent sur le terrain de la retraite sur-complémentaire ont parfois elles aussi mis en oeuvre des régimes de prévoyance. Néanmoins, dans ce cadre, le champ de la garantie maladie ne les concerne pas véritablement. Elles ne nous intéressent donc que de façon très "résiduelle".

¹Ces 199 institutions de retraite et de prévoyance sont présentées dans l'annexe IV.

²Elles sont pour certaines fermées, au sens où elles n'autorisent plus l'entrée de nouveaux participants.

La présentation de l'activité des institutions de retraite et de prévoyance sur le terrain de la retraite qui vient d'être réalisée permet d'aborder la question de leur intervention dans le champ du complément maladie.

En effet, d'un point de vue général, ce sont les institutions de retraite et de prévoyance qui s'étaient consacrées massivement jusque dans les années soixante-dix à la couverture de la retraite, qui ont pénétré directement ou indirectement le champ du complément maladie.

3. INSTITUTIONS DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE : ENTRÉE MASSIVE SUR LE TERRAIN DU COMPLÉMENT MALADIE

Les institutions de retraite et de prévoyance sont entrées massivement sur le terrain de la prévoyance et donc, dans ce cadre, dans le champ de la garantie maladie¹.

La manière dont elles ont pénétré ce domaine se caractérise par une certaine "originalité".

3.1. Modalités de l'intervention en propre dans le champ du complément maladie

Les institutions de retraite et de prévoyance ont opéré globalement un mouvement de diversification concentrique de grande ampleur.

¹On rappelle ici que le terme "institutions de retraite et de prévoyance" est un terme générique : il désigne l'ensemble des institutions L4 et L1050, quels que soient leurs activités (retraite ou prévoyance).

3.1.1. Le mouvement de diversification opéré

1) Après la Libération, le "monde" des institutions de retraite et de prévoyance s'est tourné presque exclusivement vers la prise en charge de régimes de retraite complémentaire et sur-complémentaire.

Aux côtés de cette activité dans le secteur de la retraite, elles ont aussi développé progressivement (toujours depuis la Libération) des réalisations de type sanitaire et social de dimension substantielle. Toutefois, cette action de type sanitaire et social est restée une activité secondaire, comparativement aux masses financières engagées dans le domaine de la retraite¹.

2) C'est à partir des années soixante-dix tout particulièrement que les institutions de retraite et de prévoyance se sont ouvertes largement au terrain de la prévoyance collective des salariés (garanties décès, invalidité, incapacité de travail et maladie à titre principal), sans jamais se détourner de la retraite.

Leur intervention en la matière peut être décomposée en deux étapes. En effet, prises globalement, elles se sont lancées massivement sur le terrain de la garantie maladie, seulement après avoir d'abord investi le marché des risques décès, incapacité de travail et invalidité :

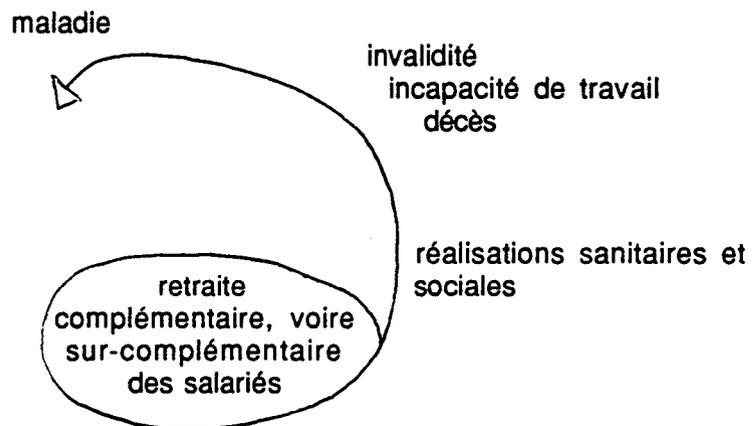
-La pénétration dans le domaine de la prévoyance hors maladie (c'est-à-dire les risques décès, invalidité, incapacité de travail à titre essentiel) a commencé à la Libération, bien que leur action en la matière se soit développée surtout durant les années soixante-dix.

-Leur entrée massive sur le terrain du complément maladie n'est véritablement effective qu'à la fin des années soixante-dix.

¹Pour donner un ordre de grandeur, les institutions de base relevant de l'ARRCO ont consacré 1,11 milliard à des dépenses de cette sorte en 1990. Cf ARRCO, "ARRCO : mission et fonctionnement", déjà cité.

Figure 2.1.

**Diversification concentrique
des institutions de retraite et de prévoyance**



Avant les années quatre-vingt, dans le domaine du complément maladie, la mutualité n'était donc à vrai dire concurrencée que par les sociétés d'assurance. Elle l'est désormais aussi par les institutions de retraite et de prévoyance.

3.1.2. Champ d'intervention des institutions concernées

L'entrée sur le terrain de la prévoyance et, dans ce cadre, de la garantie maladie est le fait essentiellement des institutions de base chargées des régimes de retraite complémentaire des salariés.

Jusque dans les années quatre-vingt, il n'existait pas en général de coupure juridique entre d'une part activités de retraite et d'autre part activités de prévoyance au sein des institutions de retraite et de prévoyance. Cette situation a changé.

3.1.2.1. Scission juridique de la retraite et de la prévoyance

Jusque dans les années quatre-vingt, les instances dirigeantes des institutions de retraite et de prévoyance chargées des régimes de retraite complémentaire (ou le cas

échéant de retraite sur-complémentaire) qui se lançaient dans le champ de la prévoyance collective des salariés ne créaient généralement pas de nouvelles institutions pour ce faire.

Les opérations de prévoyance (y compris les interventions sur le terrain du complément maladie) qu'elles mettaient en place venaient simplement s'ajouter à l'activité de retraite complémentaire (voire sur-complémentaire) réalisée au sein de la même entité juridique.

Toutefois, cette situation a changé : les institutions de retraite et de prévoyance intervenant à la fois sur le terrain de la retraite et sur celui de la prévoyance se sont mises à se scinder en deux institutions distinctes (l'une étant cantonnée à la retraite, l'autre à la prévoyance).

Par exemple, la CRI s'est dédoublée en CRI-Retraite et CRI-Prévoyance, l'AGRR en AGRR-Retraite et AGRR-Prévoyance, la CRICA en CRICA-Retraite et CRICA-Prévoyance, etc...

Ce processus a été favorisé par les pouvoirs publics. En effet, dans la deuxième partie des années quatre-vingt, le principe suivant a été mis en oeuvre : dès lors qu'elles sollicitaient la moindre modification de leurs statuts, les institutions de retraite et de prévoyance qui prenaient en charge en même temps retraite complémentaire et prévoyance se voyaient demandées de se scinder en deux institutions distinctes (l'une spécialisée dans l'activité de retraite complémentaire, l'autre dans celle de prévoyance).

Néanmoins, d'un point de vue "politique" et du point de vue des moyens de gestion, les institutions spécialisées dans la prévoyance restent liées aux institutions de retraite complémentaire (voire sur-complémentaire) dont elles sont généralement issues.

3.1.2.2. Un processus de scission avancé au début des années quatre-vingt-dix

Le processus de scission juridique des institutions de retraite et de prévoyance (en institutions spécialistes de la retraite d'une part et institutions spécialistes de la prévoyance d'autre part) était largement avancé au début quatre-vingt-dix.

Ainsi, en 1991, il existait 430 institutions L4. Sur ces 430 organisations, 72 (soit 16,7% d'entre elles) réalisaient des opérations de prévoyance¹ :

¹Pour une vision détaillée, cf annexe V : nombre d'institutions L4 par type de garanties de prévoyance.

- 43 d'entre elles se déployaient uniquement sur le terrain de la prévoyance. Ces 43 organisations étaient pour la plupart le fruit d'une scission juridique : elles avaient été créées généralement soit par des institutions de base régissant la retraite complémentaire, soit beaucoup plus rarement par des institutions de retraite sur-complémentaire.

- 29 d'entre elles se déployaient à la fois sur le terrain de prévoyance et sur celui de la retraite complémentaire ou sur-complémentaire (21 réalisaient des opérations de retraite complémentaire, 8 réalisaient des opérations de retraite sur-complémentaire).

3.1.2.3. Une scission désormais obligatoire

Début 1993, les pouvoirs publics ont cherché à accélérer considérablement le mouvement de scission juridique des institutions de retraite et de prévoyance.

En effet, l'article 9, alinéa 1, de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 a eu pour effet d'interdire à ces organisations de réaliser conjointement des opérations de retraite complémentaire et des opérations de prévoyance.

L'interdiction de réaliser conjointement prévoyance et retraite complémentaire : les fondements

1) Les considérations d'ordre technique ont joué un rôle manifeste dans ce mouvement de scission juridique des institutions de retraite et de prévoyance.

En effet, les compétences techniques sont fort différentes selon qu'il s'agit de se charger d'un régime de retraite complémentaire ou d'un régime de prévoyance.

Dans le même ordre d'idée, la séparation juridique entre retraite et prévoyance permet de ne pas reporter dans le secteur de la prévoyance les difficultés financières rencontrées sur le terrain de la retraite complémentaire.

2) Le fait que la retraite complémentaire des salariés dispose d'un statut particulier comparativement aux autres activités mises en oeuvre par les institutions de retraite et de prévoyance a joué aussi : ce secteur est considéré implicitement comme relevant d'une sorte de "Sécurité sociale bis"¹, ce qui justifie que les institutions de retraite et de prévoyance puissent continuer à disposer d'un monopole en la matière malgré la

¹La seconde partie prenante de cette "Sécurité sociale bis" est le régime ASSEDIC-UNEDIC. Contrairement aux mutuelles et aux sociétés d'assurance, les institutions L4 et L1050 ne pénètrent pas la Sécurité sociale elle-même.

construction européenne¹.

En effet, dans le cadre des règles de concurrence européennes, il serait difficile de soutenir la légitimité du monopole concernant le champ de la retraite complémentaire, si les organisations qui en "profitaient" pouvaient continuer dans le même temps à proposer des produits considérés comme strictement commerciaux en concurrence avec d'autres catégories d'intervenants (les sociétés d'assurance et les mutuelles).

Interdire de réaliser conjointement des opérations de retraite complémentaire et des opérations de prévoyance permet ainsi de favoriser la préservation du monopole des institutions de retraite et de prévoyance en matière de retraite complémentaire.

Finally, du fait de ce mouvement de scission juridique, les institutions L4 et L1050 proposant la garantie maladie sont désormais des organisations cantonnées juridiquement dans la prévoyance.

Toutefois, elles restent en pratique fortement liées aux institutions chargées de régimes de retraite qui les ont généralement mises sur pied.

3.1.3. Poids de l'intervention en matière de complément maladie

Intéressons-nous à présent au poids de la garantie maladie chez les institutions de retraite et de prévoyance.

3.1.3.1. Un poids global important

Le Ministère des Affaires sociales a réalisé à la fin des années quatre-vingt une enquête chiffrée sur le poids des institutions de retraite et de prévoyance pour chacun des risques de prévoyance (risques invalidité, décès, incapacité de travail, maladie)². Il s'agit là de la seule source statistique sérieuse à ce propos.

¹Cf CHAPERON P., "Quelques réflexions sur la situation des régimes complémentaires ARRCO et AGIRC au regard du grand Marché unique européen, Droit social n° 6, juin 1991. Cf la motion établie le 12 décembre 1990 par les organisations signataires de la convention collective nationale du 14 mars 1947 (AGIRC) et de l'accord du 8 décembre 1961 (ARRCO).

²Cf GOUPIL M-A., "L'activité des institutions de prévoyance en 1986", Ministère des Affaires sociales, 1989.

Il a estimé qu'en 1986 les prestations octroyées au titre de la maladie avoisinaient 2,1 milliards de francs, ce qui représentait environ un quart du montant des prestations de prévoyance (8,2 milliards de francs) versées par les institutions de retraite et de prévoyance.

Tableau 2.7.

**Montant par risques des prestations de prévoyance octroyées
par les institutions de retraite et de prévoyance (1986)**

Prestations versées en prévoyance	Montant en milliard de francs / %
Maladie	2,1 (25,6%)
Décès	2,9 (35,4%)
Invalidité	1,7 (20,7%)
Incapacité de travail	1,5 (18,3%)
Total	8,2

Source : M-A. GOUPIL, Ministère des Affaires sociales.

Ce chiffre de 2,1 milliards de francs peut être comparé au montant des prestations versées par les institutions de retraite et de prévoyance en matière de retraite complémentaire et sur-complémentaire. Il était, toujours pour l'année 1986, de l'ordre de 107 milliards de francs¹.

L'activité maladie réalisée correspondait ainsi au milieu des années quatre-vingt à environ 2% du total des prestations servies par l'ensemble des institutions de retraite et de prévoyance.

Au début des années quatre-vingt-dix, le poids des opérations maladie avait encore augmenté : il dépassait alors, semble-t-il, les 5 milliards de francs.

Et on rappellera ici que, selon le CREDES, 15% de la population disposant d'une couverture complémentaire maladie relevait pour ce faire en 1990 d'une institution de retraite et de prévoyance (contre 60% d'une mutuelle et 25% d'une société d'assurance)².

¹Cf GOUPIL M-A., déjà cité.

²Cf BOCOGNANO A., GRANDFILS N., LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., déjà cité.

3.1.3.2. Zone de compétence des institutions concernées

En matière de zone de compétence, il existe différents types d'institutions de retraite et de prévoyance :

- les institutions d'entreprise : elles concernent une seule entreprise (voire un groupe d'entreprises ayant entre elles des liens de type Filiales).

- les institutions professionnelles qui se cantonnent (ou presque) dans la zone de compétence d'un texte conventionnel de branche donné :

- Elles prennent en charge un régime de couverture institué au niveau de la branche.

- Elles recrutent aussi les entreprises entrant dans le champ d'application de celui-ci, dans le but de compléter les couvertures prévues (amélioration de tout ou partie des prestations conventionnelles, couverture d'autres risques que ceux prévus par le texte conventionnel de branche).

- Le cas échéant, elles recrutent aussi des entreprises en dehors de la "profession" où elle sont censées intervenir.

- les institutions réglementaires (type IRCANTEC) : une organisation de ce type est à rapprocher de ce qu'est une institution professionnelle, bien qu'elle soit instituée par les pouvoirs publics.

- les institutions interprofessionnelles : elles interviennent tous azimuts, prenant en charge aussi bien des régimes de couverture institués à l'échelle de la branche que des dispositifs de couverture établis à celle de l'entreprise. Elles exercent habituellement une réelle activité commerciale. Pour cette raison, elles sont même parfois qualifiées de "sociétés d'assurance paritaires".

Un inventaire des institutions de retraite et de prévoyance agissant en direction des salariés non agricoles (c'est-à-dire des institutions L4) qui réalisaient des opérations de prévoyance a pu être réalisé sur la base de l'année 1988 :

Tableau 2.8.

Nombre d'institutions L4 réalisant des opérations de prévoyance en fonction de leur type d'intervention : présentation risque par risque (début 1988)¹

Types de L4	Institutions inter-professionnelles	Institutions professionnelles et réglementaires	Institutions d'entreprise	Total des institutions concernées
Maladie	24	8	3	35
Décès	29	24	15	68
Invalidité	31	21	13	65
Incapacité de travail	28	17	8	53
Total prévoyance (tous risques)	33	26	15	74

Source : d'après les relevés du Ministère des Affaires sociales et du CTIP, calculs par nos soins.

NB: exemples de lecture du tableau : en 1988, 29 L4 interprofessionnelles couvraient au moins la garantie décès, 28 au moins l'incapacité de travail, 31 au moins l'invalidité, 24 au moins la maladie.

Il en ressort que les institutions interprofessionnelles agissant sur le terrain de la prévoyance proposent généralement les quatre grands types de garanties de prévoyance : décès, invalidité, incapacité de travail et maladie. Il n'en va pas de même pour les institutions professionnelles et réglementaires et surtout pour les institutions d'entreprise.

Il en ressort surtout qu'en matière de complément maladie, ce sont d'abord des institutions interprofessionnelles qui opèrent. Les institutions professionnelles sont moins nombreuses à agir sur ce terrain, quoique leurs poids en terme de prestations offertes ne soit pas négligeable. Enfin, le nombre des institutions d'entreprise concernées par le remboursement des frais de santé est résiduel.

3.1.3.3. Présence sur le terrain du complément maladie individuel

On sait déjà que la vocation naturelle des institutions de retraite et de prévoyance est de prendre en charge des collectifs de salariés (et leur famille).

Néanmoins, en matière de complément maladie², elles interviennent aussi sur le terrain de l'individuel, mais pas de n'importe quelle façon.

¹Pour une liste nominale des institutions concernées par chacun de ces risques, cf annexe VI.

²Des produits tels que la garantie décès sont aussi concernés (dans une bien moindre mesure).

En effet, dès lors qu'elles se sont lancées sur le terrain de la garantie maladie, les institutions de retraite et de prévoyance ont pris l'habitude de maintenir à titre individuel l'affiliation des personnes sortant des contrats collectifs maladie qu'elles prenaient en charge (celle des retraités en particulier).

Ainsi, selon le Ministère des Affaires sociales, en matière de garantie maladie, les salariés devenus retraités, invalides ou chômeurs, dont l'affiliation était maintenue à titre individuel auprès d'une institution de retraite et de prévoyance, se comptaient en 1986 par centaines de milliers¹.

De cette façon, les institutions de retraite et de prévoyance ont précédé la loi : le principe du maintien individuel de la garantie maladie pour les sortants des contrats collectifs d'entreprise a été rendu obligatoire par l'entremise de la loi EVIN du 31 décembre 1989².

Recevoir des adhésions à titre individuel de chômeurs, d'invalides ou de retraités constitue indéniablement une entorse au principe de la gestion paritaire des institutions de retraite et de prévoyance. Les personnes concernées par ce genre de procédure ne dépendent plus en effet d'aucun employeur, alors que les institutions de retraite et de prévoyance sont par essence des organisations paritaires, donc gérées aussi par les organisations patronales.

A contrario, de telles pratiques présentent un aspect bénéfique pour les personnes concernées. En effet, nous verrons que l'obtention d'un contrat maladie individuel (qui ne correspond pas à la sortie d'un contrat collectif) tend à devenir difficile pour les personnes à risque maladie élevé (dont font partie les retraités et les invalides) si ce n'est à des conditions tarifaires prohibitives : la qualité d'une couverture collective dépend pour partie des conditions de sortie du collectif qui sont faites aux personnes assurées.

3.2. Formes d'intervention indirectes dans le champ du complément maladie

L'analyse de l'intervention des institutions de retraite et de prévoyance qui vient d'être réalisée n'est pas suffisante :

¹Cf GOUPIL M-A., déjà cité. Les ayants droit des anciens salariés (voire des salariés décédés) sont aussi concernés par les maintiens individuels de couverture.

²Cf aussi le décret n°90-769 du 30 août 1990 : les tarifs applicables à ces personnes (les sortants des contrats collectifs) "ne peuvent être supérieurs de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs".

1) Les institutions de retraite et de prévoyance opèrent souvent dans le champ de la maladie en servant d'intermédiaires à des sociétés d'assurance.

2) Les institutions de retraite et de prévoyance ont créé parfois de véritables groupes d'intervention. Ils incorporent fréquemment des organisations extrêmement diverses (des mutuelles, des sociétés d'assurance, des associations loi 1901, etc...). Ces "filiales" opèrent, le cas échéant, sur le terrain du complément maladie, ce qui doit être pris en compte.

On examinera ces deux points successivement.

3.2.1. L'action des institutions de retraite et de prévoyance comme intermédiaires des sociétés d'assurance

Les institutions de retraite et de prévoyance opèrent souvent dans le champ de la maladie en servant d'intermédiaires à des sociétés d'assurance.

Il existe en vérité deux modes d'intermédiation.

3.2.1.1. Intermédiation de première espèce

Les institutions de retraite et de prévoyance prennent parfois en charge des régimes de prévoyance (concernant donc aussi la garantie maladie) qu'elles ne vont pas assurer elles-mêmes, mais qui vont être assurés par des sociétés d'assurance. On qualifiera cette pratique, qui n'est en rien systématique, d'intermédiation de première espèce.

Les chiffres qui ont été cités précédemment à propos du poids des institutions de retraite et de prévoyance sur le terrain de la garantie maladie n'en tenaient pas compte.

L'intermédiation de première espèce a toujours été parfaitement légale. En effet, l'article 44 du décret du 8 juin 1946 a prévu que les institutions de retraite et de prévoyance pouvaient très bien faire assurer les prestations qu'elles versaient par des sociétés d'assurance.

En la matière, il n'existe pas de données chiffrées concernant la seule garantie maladie. On sait seulement qu'au moins 40,3% de l'ensemble des prestations de

prévoyance (tous risques confondus) qui ont été allouées en 1981 par les institutions de retraite et de prévoyance auraient relevé de l'intermédiation de première espèce avec les sociétés d'assurance¹. Et, selon les mêmes sources, pour la même année, plus de 42,7% des cotisations encaissées au titre de la prévoyance par ces mêmes institutions en auraient relevé aussi.

On notera ici que les institutions de retraite et de prévoyance sont susceptibles dans le même temps d'exercer une activité en propre sur le terrain de la prévoyance et de faire assurer une partie de leurs opérations en la matière par des sociétés d'assurance².

3.2.1.2. Intermédiation de seconde espèce

L'intermédiation que l'on qualifiera de seconde espèce est plus délicate dans son appréhension.

Cette intermédiation de seconde espèce est liée au fait suivant : quand elles assurent elles-mêmes leurs activités de prévoyance (dont la garantie maladie), les institutions de retraite et de prévoyance se réassurent souvent auprès de sociétés d'assurance.

Dans ce cadre, il arrive que des institutions de retraite et de prévoyance cèdent durablement à des sociétés d'assurance, au titre de la réassurance, une part très importante (proche, voire égale à 100%) d'une ou des opérations de prévoyance qu'elles assurent.

Lorsqu'une institution de retraite et de prévoyance agit ainsi, deux possibilités sont envisageables :

- 1^{er} cas de figure : l'institution se réassure durablement à un tel niveau, de façon à ne pas être ou quasiment pas être responsable des activités de prévoyance qu'elle a mises en oeuvre en propre. Elle sert alors de "façade" pour la société d'assurance qui la réassure (voire pour les sociétés d'assurance qui la réassurent). C'est là que se niche l'intermédiation que l'on a qualifiée de seconde espèce.

¹Cf YAHIEL M., "Note relative aux activités de prévoyance des sociétés d'assurance, des caisses L4, de la CNP et du secteur mutualiste", Inspection générale des Affaires sociales, 1983.

²Toutefois, il existe des couples institutions de retraite et de prévoyance/sociétés d'assurance qui ont été fort souvent cités lors des interviews réalisés (exemples : CGRCR/AGF, CIPC/Mutuelles du Mans, RIPS/Epargne de France).

- 2ème cas de figure : l'institution vient de se lancer en propre sur le terrain de la prévoyance. Et pour ce faire, pendant une période très limitée, elle se réassure totalement (ou presque totalement) par souci de prudence, sans vouloir faire durer cette situation. Ici, l'institution de retraite et de prévoyance n'est donc pas un véritable intermédiaire d'une société d'assurance, dans la mesure où le fait de réassurer son activité correspond pour elle à une nécessité technique limitée dans le temps en quelque sorte .

Il n'existe pas de statistiques sérieuses concernant le montant des opérations maladie cédées par les institutions de retraite et de prévoyance en réassurance (sachant que les chiffres qui ont été cités précédemment intègrent les opérations réassurées). Les entretiens réalisés manifestent seulement que le montant des sommes en jeu est très important¹.

Ainsi, les institutions de retraite et de prévoyance interviennent sur le terrain de la garantie maladie soit indépendamment, soit en collaboration avec des sociétés d'assurance.

Les institutions de retraite et de prévoyance constitue ainsi (pour partie) l'un des nombreux réseaux de distribution que les sociétés d'assurance mettent en quelque sorte en concurrence².

3.2.2. Les groupes d'intervention issus des institutions de retraite et de prévoyance

En outre, les institutions de retraite et de prévoyance ont constitué parfois des groupes d'intervention de vaste ampleur.

Souvent, ces groupes rassemblent des organisations de formes juridiques diverses (y compris des mutuelles et des sociétés d'assurance).

Dans ces conditions, ce n'est pas seulement au niveau des institutions de retraite et

¹Des institutions de retraite et de prévoyance sont présentées presque constamment comme fortement liées à des sociétés d'assurance, concernant la réassurance des activités de prévoyance : APGIS/AGF, CRICA-P/GAN, ANIPS/GAN, IGIREL/AGF, UNI-P/UAP par exemple. Et, de nombreuses institutions de retraite et de prévoyance sont souvent présentées comme plus ou moins liées à des sociétés d'assurance quant à ce sujet, sans qu'il ne soit possible de qualifier précisément la force de cette relation (IPSEC/CNP, APICIL/UAP, PRECA/UAP...).

²autres réseaux : agents généraux, courtiers, associations loi 1901, etc...

de prévoyance qu'il convient de raisonner, mais aussi à celui des groupes dont elles sont à l'origine.

3.2.2.1. Présentation des groupes constitués

Sur la base d'observations réalisées en 1991 et 1992, 33 groupes d'intervention d'envergure, c'est-à-dire ne correspondant pas au simple rapprochement de deux institutions de retraite et de prévoyance (l'une consacrée à la retraite complémentaire, l'autre à la prévoyance), ont pu être décelés.

Les trois exemples suivants, tirés au sort parmi les 33 groupes examinés, (l'ensemble étant présenté en annexe¹) illustrent bien l'importance et la diversité que peuvent prendre ces entités :

Exemple 1: GROUPE MALAKOFF

L4-RC.AGIRC: CAPIMMEC (autorisée à fonctionner en 1947)

L4-RC.ARRCO: IRCOMMEC (autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs),
IRPSIMMEC (autorisée à fonctionner en 1961)

L4-PRÉVOYANCE: URRPIMMEC (autorisée à fonctionner en 1964)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres: SMM: Société mutualiste Malakoff, CMAV: Caisse mutuelle d'assurance sur la vie (société d'assurance), SAPREM (société d'assurance), APRES (association)

Exemple 2 : GROUPE AGRR

L4-RC.ARRCO : AGRR (autorisée à fonctionner en 1951)

L4-PRÉVOYANCE: AGRR-P (autorisée à fonctionner en 1977)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres: PRIMAMUT (mutuelle), PRIMA (société d'assurance), PRIMATOUR (association), ADPR (Association pour la diffusion de la prévoyance)

¹Cf annexe VII : présentation de l'ensemble de 33 groupes d'envergure rencontrés au cours de nos investigations en 1991-1992.

Exemple 3 : FEDERATION CRI

L4-RC.ARRCO: CRI (autorisée à fonctionner en 1956), CRI-UNIRS (autorisée à fonctionner en 1956, L4-rc.arrco via unirs), CRISA (autorisée à fonctionner en 1956), CRIP: Caisse de retraite interprofessionnelle (autorisée à fonctionner en 1966).

L1050-RC.ARRCO: CRIA-IRCA (créée en 1963, reliée en 1977 à l'ARRCO)

L4-PRÉVOYANCE: CRI-P (autorisée à fonctionner en 1982)
risques agréés: décès, incapacité, invalidité, maladie

partenariat: INTER EXPANSION, COPERNIC, INTERFI, INTERVIE, INTERSYS, INTERINVESTISSEMENT, MEDIAFI (courtage...)

L'observation des groupes mis sur pied par les institutions de retraite et de prévoyance permet de dégager les grands traits suivants :

- En général, ces groupes sont structurés autour d'une ou plusieurs institutions de base relevant de l'ARRCO ou de l'AGIRC. Les institutions concernées sont constamment d'échelle professionnelle ou interprofessionnelle.

- Autour de ces institutions relevant de la retraite complémentaire, on trouve souvent une ou plusieurs institutions de retraite et de prévoyance spécialisées dans la prévoyance (et intervenant souvent, dans ce cadre, sur le terrain de la garantie maladie). On y détecte rarement des institutions de retraite et de prévoyance chargées des régimes de retraite sur-complémentaire des salariés.

- Fréquemment, ces groupes incorporent aussi des mutuelles, des sociétés d'assurance, des associations loi 1901, des établissements financiers, etc... : Ces différentes organisations correspondent en quelque sorte à des filiales.

Ces groupes ne se sont pas toujours vus octroyer une personnalité juridique :

- La plupart d'entre eux ne sont que des groupements de fait, donc sans personnalité juridique particulière (exemples au début des années quatre-vingt-dix : groupes AGRR, BAYARD, BELLINI, CARCEPT, MEDERIC, MAGDEBOURD)

- Lorsqu'ils disposent d'une personnalité juridique, ces groupes d'intervention sont regroupés en droit au sein soit d'institutions de retraite et de prévoyance dites fédératives ou de moyen (exemples : groupes AMPERE, IFCRI), soit d'associations loi 1901 (exemples : groupes ESSOR, GRISS, MALAKOFF, UPESE), soit de groupements d'intérêt économique (exemple : groupe ARIES).

3.2.2.2. Elargissement des possibilités d'action par l'entremise de "filiales"

Les groupes créés par les institutions de retraite et de prévoyance bénéficient de possibilités d'action extrêmement larges.

-1) L'existence d'organismes de statut juridique divers au sein de ces groupes permet de multiplier les possibilités d'intervention des institutions de retraite et de prévoyance.

En effet, celles-ci ont été conçues pour prendre en charge des mécanismes de couverture collective en direction des salariés, même si elles interviennent marginalement sur le terrain de l'individuel.

Par contre, les organisations de statut juridique divers (mutuelles, sociétés d'assurance, associations loi 1901, institutions financières...) qui incorporent les groupes qu'elles ont créés, sont plus ouvertes en droit. Par leur intermédiaire, les institutions de retraite et de prévoyance élargissent donc leurs possibilités d'action.

-2) Nombre d'organisations qui appartiennent à ces groupes sont susceptibles d'offrir des produits qui ne pourraient pas l'être en droit par les institutions de retraite et de prévoyance.

Ainsi, ces groupes pris globalement offrent souvent des gammes extrêmement étendues de produits. Elles comportent usuellement non seulement l'ensemble des garanties liées à la personne humaine (y compris des produits de retraite par capitalisation) mais aussi des produits de type assurance des risques matériels, épargne pure, des actions en matière d'habitat et de loisirs¹.

Dans ce cadre, on ne perdra pas de vue que les groupes mis sur pied par les institutions de retraite et de prévoyance incorporent souvent des mutuelles : celles-ci proposent fréquemment des garanties maladie individuelles et/ou collectives.

En 1991, quelques dizaines de mutuelles (surtout des mutuelles ouvertes) étaient concernées par ce cas de figure selon nos propres relevés².

¹L'élargissement des gammes de produits offerts est tel que l'ARRCO et l'AGIRC s'en inquiètent. Cf annexe VIII : circulaire AGIRC n° 4540 / SJ datée du 6 avril 1993 et circulaire ARRCO du 21 mai 1992.

²Cf annexe VII.

Surtout, les mutuelles (intégrées dans ces groupes) qui interviennent sur le terrain du complément maladie, fonctionnent en pratique, nous y reviendrons, comme n'importe quelle mutuelle affiliée à la FNMF ou à la FMF.

Finalement, dans le champ du complément maladie, la mutualité est confrontée à des concurrents extrêmement massifs (les sociétés d'assurance et les institutions de retraite et de prévoyance) :

1) Concernant le marché de l'assurance maladie individuelle, la mutualité est concurrencée "seulement" pour ainsi dire par les sociétés d'assurance. En effet, les institutions de retraite et de prévoyance restent cantonnées pour l'essentiel à la prise en charge de mécanismes de couverture collective des salariés.

2) Concernant le marché de l'assurance maladie collective, la mutualité est concurrencée à la fois par les sociétés d'assurance et les institutions de retraite et de prévoyance.

La nature différente de ces différentes catégories d'organismes assureurs est d'un grand intérêt d'un point de vue analytique : comment les mutuelles doivent-elles réagir dans un tel contexte ?

Après avoir apprécié ce que sont d'une part le mouvement mutualiste et d'autre part ses concurrents (les sociétés d'assurance et les institutions de retraite et de prévoyance), intéressons-nous à la transformation opérée par les mutuelles ouvertes sur le terrain du complément maladie individuel.

PARTIE II

MUTATION DES MUTUELLES OUVERTES SUR LE TERRAIN DE LA GARANTIE MALADIE INDIVIDUELLE : LES FONDEMENTS THEORIQUES

A partir de la deuxième partie des années quatre-vingt essentiellement, les mutuelles ouvertes se sont mises à modifier de façon importante leurs usages sur le terrain du complément maladie individuel : elles se rapprochent, pour ce faire, de leurs concurrents directs en la matière (les sociétés d'assurance)¹, sans mettre totalement en cause leurs valeurs solidaristes originelles.

La transformation opérée présente un caractère quelque peu spectaculaire :

- elle se fait de façon extrêmement rapide : au début des années quatre-vingt-dix, la transformation était largement avancée.

- elle traduit des changements concernant la manière dont les personnes sont couvertes en matière de remboursement des frais de santé.

La sélection adverse, largement étudiée depuis l'article de G-A. AKERLOF², est au coeur de la mutation mise en oeuvre. En effet, si les mutuelles ouvertes modifient leurs usages sur le terrain de la garantie maladie individuelle, c'est pour une grande part dans le but de freiner efficacement la sélection adverse subie.

On rappellera que la terminologie "sélection adverse" désigne un processus de transformation en réceptacle de plus en plus privilégié de personnes à risque élevé (on dira aussi à espérance mathématique des frais subis élevée).

¹Nous verrons néanmoins que l'action des institutions de retraite et de prévoyance n'est pas neutre en la matière.

²Cf AKERLOF G-A., déjà cité.

Dans cette partie II, nous allons expliquer sur un plan théorique les tenants et les aboutissants de la mutation effectuée.

Notre but est de présenter en quelque sorte une maquette simplifiée expliquant schématiquement l'évolution de leurs pratiques en matière de complément maladie :

- en tenant compte des spécificités du complément maladie du point de vue de la logique économique et du droit en vigueur en France
- en tenant compte de la doctrine de la mutualité et des sociétés d'assurance quant à leurs usages.

Tout d'abord (chapitre 3), nous expliciterons en quoi une mutuelle ouverte est susceptible d'être concernée par le phénomène de la sélection adverse en matière d'assurance maladie individuelle lorsqu'elle est en situation de monopole, puis lorsqu'elle est concurrencée par une société d'assurance.

Dans un second temps (chapitre 4) , pour comprendre les transformations opérées, nous analyserons les mesures utilisables par la mutuelle de référence pour amenuiser un processus de sélection adverse subi sur le terrain de la garantie maladie individuelle.

1) D'abord, nous exposerons les ressorts économiques des catégories de mesures utilisables.

2) Ensuite, nous expliciterons le point suivant :

- quand elle n'est pas concurrencée par une société d'assurance sur le terrain de la garantie maladie individuelle, une mutuelle ouverte dispose de la possibilité de freiner considérablement un mouvement de sélection adverse subi, sans s'éloigner fortement de ses règles solidaristes traditionnelles.

-si elle est concurrencée sur ce terrain par une société d'assurance proposant à formule de garantie égale un tarif plus bas aux personnes à risque maladie faible (et un tarif plus élevé aux personnes à risque maladie élevé), la mutuelle de référence devra "muter" si elle désire limiter fortement le mouvement de la sélection adverse subi.

En effet, dans ce contexte, elle devra s'éloigner intensément de ses règles solidaristes traditionnelles. Nous verrons aussi toutefois qu'elle ne sera pas pour autant obligée d'aller jusqu'à se transformer en société d'assurance bis.

Nous expliquerons ce phénomène en précisant l'efficacité des diverses mesures susceptibles d'être prises par les mutuelles ouvertes pour lutter contre la sélection adverse selon la situation concurrentielle rencontrée.

CHAPITRE 3

LA SELECTION ADVERSE :

FONDEMENT DE LA MUTATION OPEREE

Sur le terrain de l'assurance maladie individuelle, les mutuelles ouvertes (comme les mutuelles fermées) et les sociétés d'assurance manifestent une doctrine d'intervention différente, qui est déterminée par des considérations non seulement d'ordre économique, mais aussi d'ordre sociologique :

1) Une mutuelle est, on l'a déjà repéré, une organisation qui cherche à respecter autant que possible (c'est-à-dire autant que les contraintes économiques le permettent) les règles solidaristes suivantes¹ :

-institution d'une tarification non discriminante : l'idée de faire financer par certains une partie du risque subi par d'autres domine.

-non instauration de mécanismes restrictifs non tarifaires (délais d'attente, sélection des risques, exclusion ex post d'adhérents pour un motif autre que le non-paiement des cotisations dues).

-mise en place d'un seul régime de couverture en ce qui concerne la couverture d'un risque donné : instituer un mécanisme de protection à "plusieurs vitesses" (proposer plusieurs niveaux de garantie) constituerait une entorse à l'idéal mutualiste.

¹Encore une fois, la définition ici posée du terme "mutuelle" est quelque peu hétérodoxe. En effet, une mutuelle est usuellement définie simplement comme une organisation partageant intégralement les sinistres survenant au sein d'un groupe entre les membres de ce même groupe. La définition que nous utilisons correspond à la doctrine réelle de la mutualité. Cf notamment JEANNIN P., déjà cité.

2) Une société d'assurance est une organisation caractérisable par trois propositions :

- mise en oeuvre d'une tarification discriminante : une société d'assurance cherche à faire payer un assuré en fonction de l'importance du risque qu'il encourt effectivement (en notant que les clauses bonus-malus sont interdites sur le terrain de la garantie maladie individuelle¹).
- recours à des mécanismes restrictifs non tarifaires
- proposition de plusieurs niveaux de couverture en ce qui concerne la couverture d'un risque donné.

Dans ce cadre, pour expliciter la mutation opérée par les mutuelles ouvertes², imaginons la mise sur pied d'une mutuelle ouverte théorique (qui sera désignée sous le terme "mutuelle de référence") désirant proposer uniquement un complément maladie individuel.

On supposera que cette mutuelle de référence décide à sa création d'être totalement solidariste, au sens où elle réalise lors de sa création les opérations suivantes :

- Elle institue un mécanisme de tarification non discriminant : le tarif demandé à un assuré n'est pas fonction de l'importance du risque maladie qu'il encourt personnellement.
- Elle ne met pas en oeuvre de mécanismes restrictifs non tarifaires.
- Elle met en place un seul régime de couverture.

Dans un strict souci de clarté, on considérera ici qu'une personne quelconque subit un montant de frais de maladie égal à R en cas de survenue d'un risque maladie (on dira du risque maladie). La garantie maladie proposée sera alors d'une forme extrêmement simple : la mutuelle ouverte assure le remboursement complet des frais de maladie subis (R) en cas de survenue du risque maladie considéré.

¹sauf durant les deux premières années de couverture d'un assuré.

²La réflexion menée vaut aussi pour les mutuelles fermées.

Dans le même souci de simplification, posons de plus que seules sont susceptibles d'adhérer des personnes responsables de leur choix¹.

Analysons dans ce cadre comment évoluera l'effectif couvert par la mutuelle de référence quand elle ne subit aucune concurrence, puis quand elle subit la concurrence d'une société d'assurance.

Nous démontrerons alors l'existence des phénomènes suivants :

1) Même en l'absence de toute concurrence, si la mutuelle de référence institue une tarification non discriminante en s'imaginant attirer les personnes les plus variables du point de vue du risque encouru, elle sera susceptible de subir le cercle vicieux de la sélection adverse (au sens d'une transformation graduelle en réceptacle de personnes à risque maladie élevé).

2) Lorsqu'elle est concurrencée par une société d'assurance, la mutuelle de référence (respectant encore pleinement les règles solidaristes qu'elle s'est fixées au départ) sera susceptible de subir un mouvement de sélection adverse d'une extrême vigueur.

1. LA SÉLECTION ADVERSE : UN PROCESSUS SUSCEPTIBLE D'ÊTRE ENDURÉ PAR LA MUTUELLE DE RÉFÉRENCE EN L'ABSENCE DE CONCURRENCE

En l'absence de toute concurrence, notre mutuelle de référence est susceptible d'être soumise au phénomène de la sélection adverse.

Pour le démontrer, formalisons son action et le comportement de la population assurable en sa présence².

¹On considère donc qu'il n'y a pas d'enfants.

²On considère l'existence d'une seule mutuelle car le mouvement mutualiste est fédératif. En l'absence de toute concurrence, on suppose donc qu'il dispose des moyens d'établir une entente concernant les méthodes à mettre en oeuvre.

1.1. L'action de la mutuelle de référence : formalisation

La mutuelle de référence désire au départ de son action mettre en oeuvre une tarification non discriminante, au sens où elle ne désire pas prendre en compte l'état du risque encouru par une personne donnée pour fixer le tarif qui lui sera demandé : à ses yeux (et pour des raisons doctrinales), chacune des personnes couvertes doit verser une même cotisation.

Notre mutuelle de référence désire donc volontairement ne pas prendre en compte les informations dont elle peut disposer sur un adhérent donné pour fixer le tarif qui lui sera demandé (même les informations les plus usuelles : l'âge ou le sexe par exemple).

Dans ces conditions, imaginons que la mutuelle cherche à couvrir la population la plus large possible, sans vouloir attirer plus particulièrement tel ou tel type d'individus. Elle prévoit ainsi de recevoir l'adhésion des personnes les plus variables du point de vue de l'importance du risque maladie encouru par chacune d'elles. On supposera même qu'elle milite pour qu'il en soit ainsi.

1.1.1. Les hypothèses

1) Pour fixer le niveau du tarif non discriminant demandé, la mutuelle de référence est amenée à estimer en pratique le taux de survenue du risque maladie qu'elle s'attend à constater en moyenne chez ses adhérents. Soit A' cette espérance mathématique.

La mutuelle postule attirer de prime abord les personnes les plus variables du point de vue de l'importance du risque maladie encouru. La valeur A' sera donc considérée dans un premier temps comme égale au taux de survenue moyen du risque maladie attendu pour l'ensemble de la population susceptible d'adhérer.

Dans ce cadre, le niveau moyen attendu par la mutuelle (au départ de son activité) des frais de maladie subis par ses adhérents sera égal au produit ($A' \times R$). Soit T' ce produit.

Ecrivons donc :

$$T' = A' \times R$$

L'espérance mathématique T' constitue la cotisation que la mutuelle demanderait à chacun des entrants à une condition : il faudrait qu'elle considère que T' égale à coup sûr (au terme de sa première période d'activité) le niveau moyen des remboursements effectivement à verser à un adhérent.

Or, cette égalité ne constitue en rien une certitude, ce dont la mutuelle doit tenir compte. Demander un tarif dont le montant ne lui permettrait pas de couvrir les remboursements qu'elle devra effectuer lui ferait risquer en effet la faillite.

2) Sachant que la mutuelle postule au départ attirer les personnes les plus variables du point de vue du risque maladie encouru, la fixation du tarif qu'elle va demander à chaque adhérent peut être formalisée aisément.

Pour ce faire, supposons simplement que la mutuelle estime au départ de son activité que le niveau moyen des frais de maladie effectivement subis par ses adhérents durant sa première période d'activité suit une loi de probabilité (supposée normale) d'espérance mathématique T' et d'écart-type ST . Le recours à une loi normale permet de simplifier la présentation des mécanismes en jeu, sans en dénaturer les fondements économiques.

Ecrivons donc :

Soit T : le niveau des frais de maladie effectivement subis en moyenne par ses adhérents durant la première période d'activité de la mutuelle.

$$T \sim N (T', ST)$$

1.1.2. Fixation du tarif demandé hors prise en compte des frais de gestion et de transaction et d'une erreur éventuelle de jugement

Dans ce contexte, si elle considère son jugement comme certain (concernant sa façon de jauger le niveau moyen des frais de maladie subis) et en l'absence de tout frais de gestion et de transaction à acquitter, la mutuelle fixera le tarif qu'elle demandera effectivement à chaque adhérent, après s'être fixé un taux de prise de risque financier "acceptable".

Soit L ce tarif. Et soit k le taux de prise de risque considéré comme acceptable de voir le niveau moyen des frais de maladie subis par ses adhérents (donc le niveau moyen

des remboursements à verser) durant sa première période d'activité dépasser le tarif demandé.

L sera donc fixé par la mutuelle tel que :

$$\text{Prob} (T > L) < k$$

c'est-à-dire encore, en se ramenant à la loi normale centrée réduite, tel que :

$$\text{Prob} (U > \frac{L - T'}{ST}) < k$$

On aura donc :

$$L = T' + ST \times U_k$$

- avec $U_k > 0$ (c'est-à-dire $k < 50\%$),

- et en notant que ST est d'un niveau très faible si le nombre d'adhérents attendu est suffisamment grand (cf la production de prévisibilité grâce à la Loi des grands nombres¹)

1.1.3. Prise en compte d'une erreur éventuelle de jugement

L est le tarif que la mutuelle demanderait à chacun de ses adhérents, si elle considérait comme certain son jugement (concernant la manière dont elle évalue le niveau des remboursements à verser) et si elle n'avait pas à acquitter des frais de gestion et de transaction.

Or, un organisme assureur quelconque ne peut jamais disposer de l'ensemble des informations nécessaires à la détermination absolument exacte du risque encouru par les personnes assurables.

Dans ces conditions, la mutuelle de référence doit se couvrir contre une erreur éventuelle de jugement concernant sa façon d'estimer le niveau moyen des remboursements à effectuer.

¹Pour limiter le risque de perdre de l'argent, la mutuelle prélève ainsi un chargement de sécurité ($ST \times U_k$) au-delà de l'espérance mathématique T' . Ce chargement de sécurité est a priori très important si le nombre des adhérents est faible. Il est a priori de faible ampleur si le nombre des adhérents est grand.

Le tarif qu'elle demandera à chaque adhérent en l'absence de frais de gestion et de transaction ne sera donc pas égal à L, mais à Lc avec :

$$Lc = L \times (1 + g)$$

(g étant supérieur à 0)

c'est-à-dire :

$$Lc = (T' + ST \times Uk) \times (1 + g)$$

(tel que $g > 0$)

1.1.4. Prise en compte des frais de gestion et de transaction

La mutuelle devra enfin couvrir ses propres frais de gestion et de transaction. Le tarif qu'elle demandera à chacun de ses assurés sera donc :

$$P = Lc \times (1 + h)$$

où h est un taux de chargement fixé par la mutuelle afin de couvrir ses frais de gestion et de transaction (avec $h > 0$)

On obtient donc finalement :

$$P = (T' + ST \times Uk) \times (1 + g) \times (1 + h)$$

On peut constater alors simplement que :

$$P = T' \times (1 + n)$$

avec :

$$1 + n = (1 + g) \times (1 + h) + \frac{ST \times Uk \times (1 + g) \times (1 + h)}{T'}$$

Ce tarif P est bien non discriminant dans la mesure où il est identique pour chaque adhérent (donc que l'adhérent potentiel ait un risque maladie élevé ou faible). Dans le même temps, il couvre raisonnablement la mutuelle contre le risque de faire faillite à court terme.

1.2. Fondements du choix des adhérents potentiels

Soit, dans le même cadre, une personne j quelconque se demandant si, pour elle, il est ou n'est pas intéressant (d'un point de vue financier) de souscrire cette garantie auprès de notre mutuelle de référence.

1.2.1. Différence espérée entre la valeur des frais de maladie subis et la cotisation à payer en cas d'adhésion

Pour faire son choix, la personne j devra fixer le niveau des frais de maladie auquel elle s'attend en moyenne durant la première période d'activité de la mutuelle.

Soit R_j ce niveau.

La différence espérée par cet individu entre le niveau des frais de maladie à acquitter auquel il s'attend en moyenne (l'espérance mathématique R_j) et la cotisation à payer s'il adhérerait auprès de la mutuelle (P) peut ainsi être mesurée.

Soit D_j cette différence.

On a :

$$D_j = R_j - P$$

Logiquement, toutes choses égales par ailleurs, la personne j aura d'autant plus intérêt à adhérer auprès de la mutuelle que D_j est important (c'est-à-dire que le gain espéré en moyenne lié à l'adhésion est substantiel).

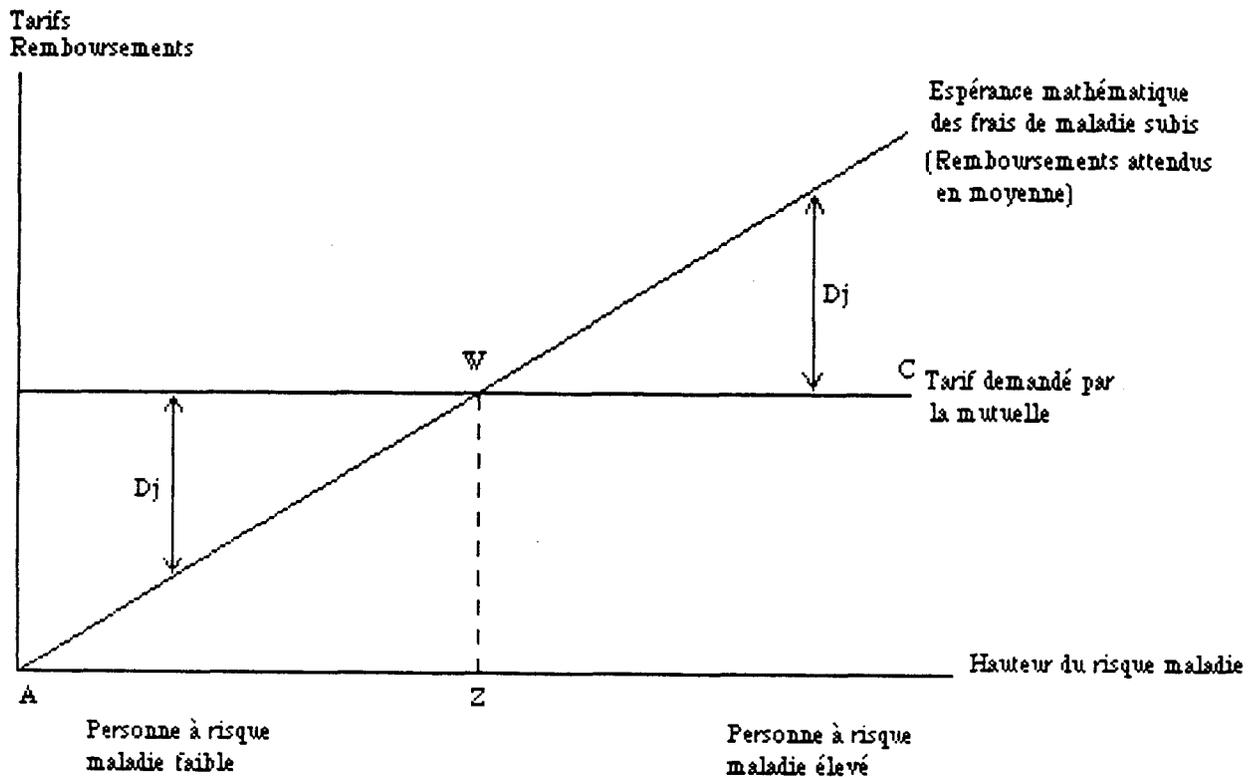
Et, pour la personne j , D_j sera d'autant plus élevé que le risque maladie encouru est élevé (donc que l'espérance mathématique R_j est élevée).

Ainsi, toujours toutes choses égales par ailleurs, la personne j aura davantage intérêt à adhérer auprès de la mutuelle si elle est caractérisée par un risque maladie élevé (donc par une espérance mathématique des frais de maladie subis élevée) que si elle est caractérisée par un risque maladie faible (donc par une espérance mathématique des frais de maladie subis faible)¹.

¹Compte tenu des hypothèses instituées, la hauteur du risque maladie encouru correspond ici à la hauteur

Figure 3.1.

Gain tiré de l'adhésion auprès de la mutuelle de référence



1.2.2. Formalisation du choix des adhérents

On ne peut pas dire néanmoins qu'en l'absence de concurrence, une personne à risque maladie élevé adhérera nécessairement auprès de la mutuelle de référence, tandis qu'une personne à risque maladie faible refusera nécessairement d'y adhérer.

En effet, la décision d'une personne quelconque j sera aussi fonction d'une part de la variabilité attendue du niveau des frais de maladie à acquitter durant la première période d'activité autour de R_j et d'autre part de son aversion pour le risque. Elle n'est pas seulement fonction de D_j .

. du taux de survenue du risque maladie attendu en moyenne.

1.2.2.1. Les hypothèses

Le fondement d'une telle situation peut être expliqué en considérant la formalisation suivante : la personne de référence j postule que le niveau des frais de maladie qu'elle subira effectivement durant le premier exercice de la mutuelle suit une loi normale¹ d'espérance mathématique R_j et d'écart-type SR_j .

Ecrivons donc :

Soit R_j : le montant des frais de maladie qu'une personne j acquittera effectivement durant le premier exercice de la mutuelle.

$$R_j \sim N (R_j, SR_j)$$

1.2.2.2. Fondements de l'adhésion

Dans ce contexte, pour décider d'adhérer ou non, la personne j doit tenir compte du risque de ne pas récupérer sa mise (la cotisation demandée) si elle entre effectivement au sein de la mutuelle.

Elle devra donc se fixer elle-même le taux de prise de risque personnel d'y perdre financièrement (en adhérant) qu'elle considérera comme acceptable. La hauteur de ce taux sera fonction de l'aversion pour le risque maladie qu'elle manifeste. Soit w ce taux de prise de risque personnel.

La personne j décidera ainsi d'adhérer seulement si elle estime qu'en entrant dans la mutuelle, la probabilité de ne pas récupérer au moins sa mise (le montant de la cotisation P) est inférieure à w (au terme de la première période d'activité de la mutuelle).

On peut dire de façon équivalente que la personne j décidera d'adhérer seulement si elle estime qu'en entrant dans la mutuelle, la probabilité de récupérer au moins sa mise (le montant de la cotisation P) est supérieure à $(1-w)$ (toujours au terme de la première période d'activité de la mutuelle).

¹Ici encore, le recours à une loi normale permet de simplifier la présentation des mécanismes en jeu, sans en dénaturer les fondements économiques.

La personne j adh rera donc si :

$$\text{Prob} (R_j < P) < w$$

ou encore si :

$$\text{Prob} (R_j > P) > (1 - w)$$

c'est-à-dire, en se ramenant à la loi normale centrée réduite, si :

$$\text{Prob} (U < \frac{P - R'_j}{SR_j}) < w$$

c'est-à-dire si :

$$\text{Prob} (U < \frac{-D_j}{SR_j}) < w$$

L'adhésion se fait donc si :

$$R'_j + (U_w \times SR_j) > P$$

c'est-à-dire encore si :

$$D_j + (U_w \times SR_j) > 0$$

$$\text{avec : } D_j = R'_j - P$$

Pour une personne j quelconque, trois facteurs entrent donc bien en jeu concernant sa décision d'adhérer :

- la différence espérée entre le niveau des frais de maladie à acquitter auquel elle s'attend en moyenne (l'espérance mathématique R'_j) et la cotisation à payer auprès de la mutuelle en cas d'adhésion (P) : facteur exprimé par D_j
- la variabilité attendue du niveau des frais de maladie à acquitter autour de l'espérance mathématique R'_j : facteur exprimé par SR_j
- l'aversion pour le risque de la personne j : facteur exprimé par U_w .

1.2.2.3. L'influence de l'aversion pour le risque

On précisera ici l'effet de l'aversion pour le risque :

- 1) Personne "neutre" :

Si la personne j décide d'adhérer car $\text{Prob} (R_j < P) < w$ avec $w = 50\%$, elle adhèrera dès lors que :

$$D_j > 0$$

- 2) Personne avec faible aversion pour le risque :

Si la personne j décide d'adhérer car $\text{Prob} (R_j < P) < w$ avec $w < 50\%$, elle adhèrera dès lors que :

$$D_j > - U_w \times SR_j$$

avec $U_w < 0$, donc :

$$\text{avec } (- U_w \times SR_j) > 0$$

- 3) Personne avec forte aversion pour le risque :

Si la personne j décide d'adhérer car $\text{Prob} (R_j < P) < w$ avec $w > 50\%$, elle adhèrera dès lors que :

$$D_j > - U_w \times SR_j$$

avec $U_w > 0$, donc :

$$\text{avec } (- U_w \times SR_j) < 0$$

1.2.2.4. Nature du déséquilibre des entrées

La logique veut donc bien que toutes les personnes pour qui D_i est positif n'adhéreront pas nécessairement et que toutes les personnes pour qui D_i est négatif ne refuseront pas nécessairement d'adhérer.

D'où, on ne peut pas dire qu'à coup sûr, les personnes à risque maladie élevé adhéreront auprès de la mutuelle de référence proportionnellement plus que les personnes à risque maladie faible (au cours du premier exercice de la mutuelle).

En effet, à la limite, il est possible d'imaginer que les personnes pour qui D_i est positif se caractérisent généralement par un montant ($U_w \times S_{Ri}$) tel que :

$$D_i + (U_w \times S_{Ri}) < 0$$

La logique économique nous conduit néanmoins à considérer qu'en l'absence de concurrence, les personnes à risque maladie élevé prises globalement peuvent effectivement avoir une propension à adhérer auprès de la mutuelle de référence plus forte que celles à risque maladie faible.

1.3. Mise en oeuvre du cercle vicieux de la sélection adverse

Supposons maintenant que les personnes à risque maladie élevé tendent effectivement à adhérer plus souvent auprès de la mutuelle (durant son premier exercice) que celles à risque maladie faible.

Dans ce cas, un mouvement de sélection adverse tend à se mettre en place : notre mutuelle tend à se transformer progressivement en spécialiste des personnes à risque maladie élevé (dans la mesure où elle ne change pas ses principes d'action initiaux).

Expliquons le processus qui sera subi.

1.3.1. Un rapport sinistres/primes tendancielle plus élevé que prévu

L'arrivée plus massive des personnes à risque maladie élevé relativement à celle des personnes à risque maladie faible induira que le rapport sinistres/primes constaté effectivement par la mutuelle sera très vraisemblablement plus important que le rapport sinistres/primes attendu : le montant des remboursements à verser effectivement en moyenne à un adhérent durant la première période d'activité de la mutuelle (c'est-à-dire T) sera très probablement plus substantiel que le niveau des remboursements attendu en moyenne initialement (c'est-à-dire l'espérance mathématique T').

Si T est supérieur au tarif P demandé effectivement à chaque adhérent pour le premier exercice, la mutuelle sera en déficit. On considérera ici qu'elle ne bénéficie pas dans ce cas des moyens de se re-financer, donc qu'elle disparaît.

Par contre, si T reste tout de même inférieur au tarif P demandé effectivement (tout en étant, rappelons-le, supérieur à T'), la mutuelle disposera d'une réserve d'argent positive au terme de sa première période d'activité.

Cette réserve sera néanmoins jugée insuffisante, compte tenu du niveau de prise de risque considéré comme acceptable par la mutuelle tel qu'il a été défini originellement. L'existence de cette réserve positive lui donnera néanmoins la possibilité de se lancer dans un second exercice, après avoir révisé son action.

1.3.2. Augmentation du tarif demandé : modalités et conséquences

Imaginons alors que la mutuelle choisisse de conserver son système de tarification non discriminant et de ne toujours pas pénaliser les personnes à risque maladie élevé par des mécanismes restrictifs non tarifaires.

Dans ce contexte, la mutuelle demandera pour sa deuxième période d'activité un tarif égal à P₂, plus élevé que P, tel que :

$$P_2 = (1 + n) \times T$$

avec :

$$T > T'$$

et :

$$1 + n = (1 + g) \times (1 + h) + \frac{ST_x U_k \times (1 + g) \times (1 + h)}{T'}$$

d'où : $P_2 > P$

Du fait de cette hausse tarifaire, la différence espérée par une personne quelconque j , entre la valeur des frais de maladie subis à laquelle elle s'attend en moyenne sur la période et la cotisation à payer en cas d'adhésion auprès de la mutuelle, sera amoindrie.

Compte tenu de cette augmentation de la cotisation demandée, la garantie maladie proposée sera moins attrayante.

Ecrivons :

- Pour la première période d'activité de la mutuelle, on a pour la personne j :

$$D_j = R_j - P$$

- Pour la deuxième période d'activité de la mutuelle, on a pour la personne j :

$$D_{j2} = R_j - P_2$$

Donc puisque $P_2 > P$, on obtient :

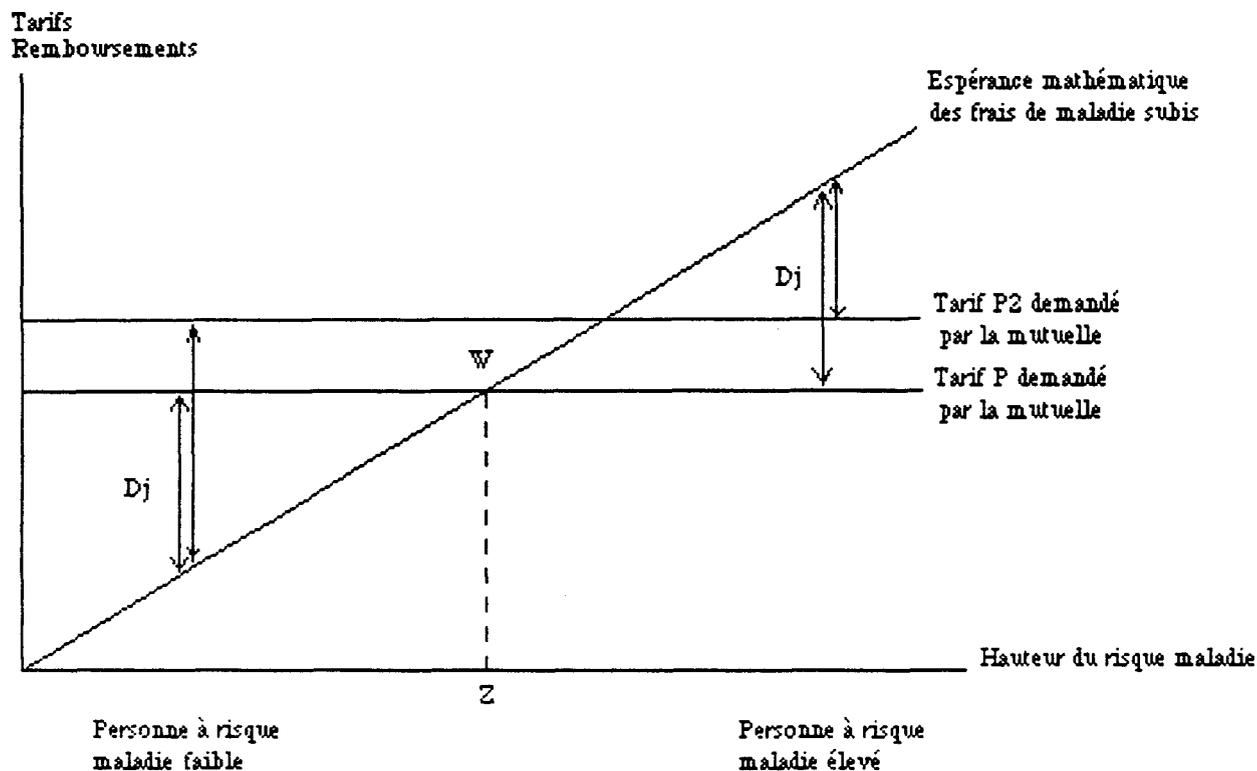
$$D_{j2} < D_j$$

Dans ce cadre, si la personne j est caractérisée par un risque maladie faible, le montant D_j s'avérait déjà négatif pour le premier exercice de la mutuelle. Compte tenu de la hausse tarifaire mise en oeuvre, D_j baisse pour le second exercice. Lorsqu'on présente un risque maladie faible, il devient alors des plus désavantageux d'être assuré par la mutuelle de référence.

Si la personne j est caractérisée par un risque maladie élevé, le montant D_j s'avérait positif pour le premier exercice de la mutuelle. Pour le second exercice de la mutuelle, D_j baisse, mais reste à priori positif (du moins si l'espérance maladie des frais de maladie subis par la personne j est suffisamment élevée). Toutes choses égales par ailleurs, la garantie maladie proposée reste donc tendanciellement avantageuse.

Figure 3.2.

Augmentation du tarif demandé : conséquences



On peut préciser la décision d'une personne j qui aurait adhéré auprès de la mutuelle de référence durant la première période d'activité.

En posant toujours que, pour la personne j , R_j suit une loi normale $N(R'_j, SR_j)$, le fait que P_2 soit supérieur à P entraîne :

$$\text{Prob}(R_j < P_2) > \text{Prob}(R_j < P)$$

Imaginons alors que cette personne j ait adhéré pour la première période d'activité de la mutuelle parce que :

$$\text{Prob}(R_j < P) < w$$

c'est-à-dire parce que :

$$D_j > -U_w \times SR_j$$

Cette personne j n'adhérera pas pour la seconde période d'activité de la mutuelle dès lors que :

$$\text{Prob} (R_j < P_2) > w$$

c'est-à-dire :

$$D_{j2} < -U_w \times SR_j$$

Le cercle vicieux de la sélection adverse tend dans ces conditions à se déployer, tant que la mutuelle ne change pas les règles d'action qu'elle s'est fixées au départ.

En effet, si les personnes à risque maladie faible se mettent à désertier la mutuelle, durant la troisième période (et idem pour les suivantes), la mutuelle de référence verra croître encore son rapport sinistres/primes (du fait d'une présence relative toujours plus massive des personnes à risque maladie élevé).

Elle devra en conséquence encore augmenter le montant de la cotisation demandée, de façon à couvrir l'augmentation des remboursements à effectuer.

Il s'avère ainsi que, même en l'absence de concurrence, l'idée de recourir à des pratiques pleinement solidaristes peut présenter un inconvénient important du point de vue des conséquences subies : la mutuelle de référence est susceptible de subir un processus de sélection adverse.

Ce n'est donc pas la concurrence d'une société d'assurance qui subordonne l'existence d'un tel phénomène.

Montrons maintenant comment, en présence d'un société d'assurance, la mutuelle de référence est susceptible de subir un mouvement de sélection adverse considérable.

2. UN CERCLE VICIEUX DE LA SÉLECTION ADVERSE POTENTIELLEMENT CONSIDÉRABLE EN PRÉSENCE D'UNE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE

Les sociétés d'assurance s'opposent frontalement aux organisations mutualistes. On sait déjà que cette situation tient à ce que les principes qui les animent sont en quelque sorte opposés :

-Une société d'assurance est fondée sur l'idée que chaque assuré doit verser une cotisation fonction de l'importance du risque qu'il encourt personnellement¹. Plus précisément, elle cherche par principe à constituer des groupes de risque de la manière la plus optimale qui soit et à obtenir une marge par adhérent égale pour chacun des groupes de risque constitués.

La notion de "groupes de risque"

En matière d'assurance individuelle, un organisme assureur quelconque a la possibilité de constituer sur la base d'informations générales (âge, sexe, etc...) des "groupes de risques", c'est-à-dire de définir des groupes de personnes dont le niveau de risque encouru est en moyenne proche². Les informations obtenues par l'organisme assureur sur les "clients" potentiels (à partir de leur état civil par exemple) permettent ainsi d'anticiper plus ou moins grossièrement l'importance du risque que chacun d'eux encourt.

-Une société d'assurance institue des mécanismes restrictifs non tarifaires.

-Une société d'assurance ne voit pas d'inconvénient à proposer plusieurs niveaux de couverture pour un même risque.

Une société d'assurance n'a donc pas de doctrine solidariste particulière, au sens où elle fonctionne simplement comme un prestataire de services.

¹En pratique, les motivations commerciales rentrent aussi en ligne de compte. Nous nous intéressons ici à l'essence économique de l'action tarifaire des sociétés d'assurance.

²Les organismes assureurs ne peuvent jamais disposer en pratique de l'ensemble des informations nécessaires à la mesure exacte du risque encouru par une personne donnée. Les groupes de risques ne rassemblent donc jamais des personnes dont le risque encouru est égal, mais des personnes dont le risque encouru est globalement proche (d'autant plus proche que le travail de classification a été facile à opérer).

Dans ce contexte, elle est bien mieux armée pour résister au processus de la sélection adverse que la mutuelle de référence. On peut même dire qu'elle est une organisation qui se donne avant tout les moyens de subir le moins possible le cercle de la sélection adverse.

On comprend alors aisément que la concurrence d'une société d'assurance n'est pas sans conséquence pour la mutuelle de référence (concernant la question de la sélection adverse)¹.

2.1. L'action de la société d'assurance : formalisation

On a vu que la mutuelle de référence a fixé au départ de son action un tarif non discriminant, c'est-à-dire identique pour chaque adhérent avec :

$$P = (T + U_k \times ST) \times (1 + g) \times (1 + h)$$

Du point de vue de la technique tarifaire, l'action d'une société d'assurance est toute différente, puisque, pour elle, le tarif dû par chacun doit être étroitement corrélé au niveau du risque encouru personnellement².

Formalisons dans ce contexte le tarif qui serait demandé à une personne donnée par une société d'assurance pour une garantie maladie de même niveau que celle proposée par la mutuelle de référence (en supposant qu'elle ne réalise pas de profit)³.

2.1.1. Tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis

D'abord, on peut imaginer qu'une société d'assurance institue un système de tarification tel que toutes les personnes ayant la même espérance mathématique des frais de maladie subis aient à payer le même tarif.

¹On supposera constamment que la société d'assurance concurrente est créée au même moment que la mutuelle de référence et que seules sont susceptibles d'adhérer des personnes responsables de leur choix.

²sachant qu'une société d'assurance constitue en pratique des groupes de risques.

³On considérera implicitement que la société d'assurance n'utilise pas l'assurance maladie individuelle comme un produit d'appel pour d'autres garanties.

Considérer que la société d'assurance utilise l'assurance maladie comme un produit d'appel reviendrait à supposer qu'elle sous-tarifie les produits proposés sans changer sa logique générale (ce qui aggraverait les problèmes rencontrés par la mutuelle de référence sans que ne soient modifiés les tenants et les aboutissants des mécanismes économiques en jeu).

Si elle effectue ce choix, le tarif demandé à une personne j sera donc égal à P_j tel que :

$$P_j = R'_j \times (1 + c) \times (1 + h)$$

où c est le taux de chargement retenu par la société d'assurance :

- pour se couvrir contre le risque de voir les frais de maladie acquittés effectivement par la personne j (donc les remboursements faits effectivement à la personne j) dépasser P_j compte tenu de la variabilité attendue du niveau des frais de maladie à acquitter (autour de l'espérance mathématique R'_j)

- et pour se couvrir contre un erreur éventuelle de jugement concernant la manière dont elle évalue le niveau des frais de maladie que chaque personne acquittera

et où h est un taux de chargement fixé par la société d'assurance pour couvrir ses frais de gestion et de transaction.

2.1.2. Tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis et de la variabilité des frais de maladie à acquitter

A espérance mathématique des frais de maladie subis égale, les personnes dont la variabilité attendue du niveau des frais de maladie à acquitter est importante sont plus dangereuses pour l'organisme assureur.

Si ses capacités de calcul actuariel le lui permettent, on peut donc supposer que la société d'assurance préférera instituer un système de tarification où, pour chaque personne, la variabilité du niveau des frais de maladie à acquitter est prise en compte (outre l'espérance mathématique des frais de maladie subis).

Si elle décide d'agir en ce sens, la fixation du tarif qu'elle va demander à une personne j peut être formalisée aisément.

2.1.2.1. Les hypothèses

Pour ce faire, supposons simplement que la société d'assurance estime au départ

de son activité : le niveau des frais de maladie que la personne j subit personnellement suit une loi normale d'espérance mathématique R'_j et d'écart-type SR_j .

Ecrivons donc :

Soit R_j : le niveau des frais de maladie que la personne j acquittera effectivement durant le premier exercice de la société d'assurance

$$R_j \sim N (R'_j, SR_j)$$

2.1.2.2. Prise en compte du risque encouru en propre par une personne donnée

Imaginons que la société d'assurance assure alors uniquement la personne j , sans avoir pour ce faire à acquitter de frais de gestion et de transaction.

Dans ces conditions, si elle considère son jugement comme certain (concernant sa façon de jauger le niveau des frais de maladie que la personne j acquittera sur la période), le tarif que la société d'assurance demandera à cette personne j sera égal à F_j avec :

$$F_j = R'_j + U_k \times SR_j$$

où k est le taux de prise de risque considéré comme acceptable par la société d'assurance de voir R_j dépasser F_j .

En effet, dans ce contexte, F_j sera fixé par la société d'assurance de telle sorte que:

$$\text{Prob} (R_j > F_j) < k$$

c'est-à-dire encore, en se ramenant à la loi normale centrée réduite :

$$\text{Prob} (U > \frac{F_j - R'_j}{SR_j}) < k$$

On obtient donc bien : $F_j = R'_j + U_k \times SR_j$

2.1.2.3. Effet de la production de prévisibilité grâce à la Loi des grands nombres

En fait, la société d'assurance couvrira (évidemment) plus d'une personne.

A présent, imaginons alors que la société d'assurance escompte assurer (toujours durant sa première période d'activité) un nombre important m de personnes¹, chacune d'elles se voyant demander une cotisation selon le même principe que la personne j .

Dans ces conditions, si elle considère son jugement comme certain (concernant sa façon de jauger le niveau des frais de maladie que la personne j acquittera sur la période) et en supposant toujours qu'elle n'ait pas de frais de gestion et de transaction à acquitter, le tarif discriminant qu'elle demandera à la personne j sera inférieur à F_j .

Il sera égal à L_j tel que :

$$L_j = R'_j + U_{k'} \times SR_j$$

avec :

$$U_{k'} < U_k$$

c'est-à-dire, sur la base de la notation utilisée, avec :

$$k' > k$$

S'il en est ainsi, c'est qu'en assurant la couverture de toute une série de personnes, le risque pour la société d'assurance de voir ex post la moyenne des frais de santé acquittés effectivement par sa clientèle s'écarter fortement de ses prévisions moyennes initiales tend à être minime : les écarts aux résultats moyens attendus pour chacune des personnes couvertes tendent à se compenser (l'écart-type de la moyenne des frais de maladie subis par la clientèle de la société d'assurance tend à être faible)².

La société d'assurance va répercuter en quelque sorte ce phénomène (une prise de risque globalement faible du fait de la couverture d'un nombre m de personnes à priori important) au profit de chacun de ses assurés (en prévoyant un taux de prise de risque financier pour chacun d'eux supérieur à k)³.

¹ nombre supposé identique à celui escompté par la mutuelle de référence

² Cf la Loi des grands nombres

³ Une société d'assurance qui veut limiter le risque d'avoir à déboursier plus qu'il n'a encaissé prélève ainsi,

2.1.2.4. Prise en compte d'une erreur éventuelle de jugement

L_j est le tarif que la société d'assurance demanderait à la personne j en l'absence de frais de gestion et de transaction, si elle considérait comme certain son jugement (concernant la manière dont elle évalue le niveau des frais de maladie que ses adhérents auront à acquitter sur la période).

Or, encore une fois, un organisme assureur quelconque ne peut jamais disposer de l'ensemble des informations nécessaires à la détermination absolument exacte du risque encouru par une personne assurable.

Dans ces conditions, la société d'assurance doit se couvrir contre une erreur éventuelle de jugement concernant la manière dont elle évalue le niveau des frais de maladie que chacun de ses assurés aura à acquitter.

Le tarif qu'elle demandera à la personne j (en supposant qu'elle n'ait pas de frais de gestion et de transaction à acquitter) sera donc égal à L_{c_j} avec :

$$L_{c_j} = L_j \times (1 + g)$$

(g étant supérieur à 0)

c'est-à-dire avec :

$$L_{c_j} = (R'_j + U_k' \times SR_j) \times (1 + g)$$

(tel que $g > 0$)

2.1.2.5. Prise en compte des frais de gestion et de transaction

La société d'assurance devra enfin couvrir ses propres frais de gestion et de transaction. Le tarif effectif qu'elle demandera à la personne j sera donc égal à :

$$P_j = L_{c_j} \times (1 + h)$$

pour une personne j , un chargement de sécurité ($U_k' \times SR_j$), au-delà de l'espérance mathématique R'_j . Ce chargement de sécurité est fonction a priori du nombre d'assurés.

où h est un taux de chargement fixé par la société d'assurance pour couvrir ses frais de gestion et de transaction.

On obtient donc finalement :

$$P_j = (R'_j + U_k' \times S_{R_j}) \times (1 + g) \times (1 + h)$$

Le tarif P_j est bien pleinement discriminant : pour chaque personne, le tarif qui lui appliqué est fonction du risque qu'elle encourt personnellement. Dans le même temps, la tarification mise en oeuvre couvre raisonnablement la société d'assurance contre le risque de faire faillite.

2.2. Fondements du choix des adhérents potentiels

Formalisons à présent le comportement d'une personne quelconque face à l'action de la mutuelle de référence et d'une société d'assurance.

2.2.1. Fondements dans le cas d'une tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis

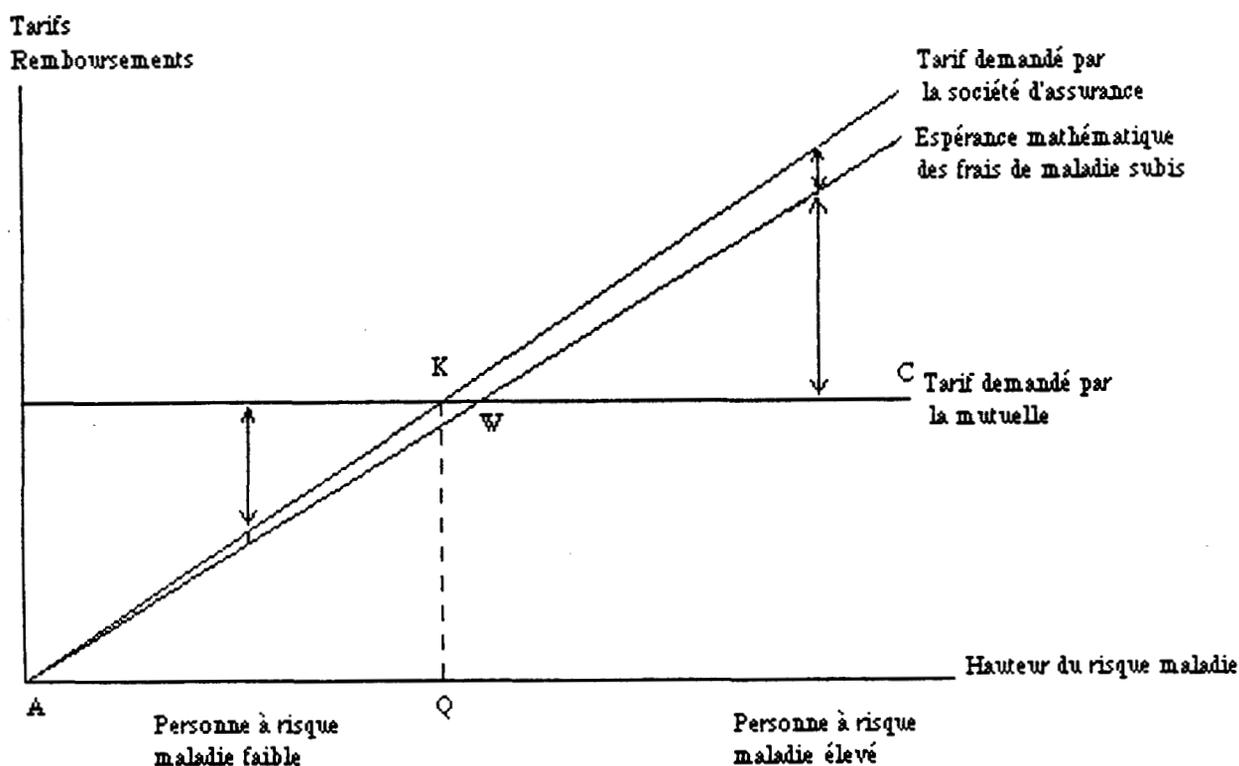
Si la société d'assurance institue une tarification telle que toutes les personnes ayant la même espérance mathématique des frais subis aient à payer la même cotisation, la situation s'avère des plus lisibles.

2.2.1.1. Préférence des personnes à risque maladie faible pour la société d'assurance

Si la société d'assurance concurrente institue un système de tarification basé sur l'idée que toutes les personnes ayant la même espérance mathématique des frais de maladie à acquitter doivent payer le même tarif, la figure simplificatrice suivante résume la situation endurée par notre mutuelle de référence.

Figure 3.3.

**Gain tiré de l'adhésion
auprès de la mutuelle de référence et d'une société d'assurance**



Dans ces conditions, pour une même hauteur de garantie, il se trouve que :

- si la personne j est une personne à risque maladie faible, le niveau atteint par la différence espérée entre l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la cotisation à payer est nettement plus intéressant si l'adhésion se fait auprès de la société d'assurance que si l'adhésion se fait auprès de la mutuelle de référence.

- en ce qui concerne une personne à risque maladie élevé, le niveau atteint par la différence espérée entre l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la cotisation à payer est nettement plus intéressant si l'adhésion se fait auprès de la mutuelle de référence que si elle se fait auprès de la société d'assurance.

Globalement, les personnes à risque maladie élevé préféreront donc souscrire la garantie proposée par la mutuelle de référence, tandis que les personnes à risque maladie faible préféreront contracter la couverture proposée par la société d'assurance.

La mutuelle de référence perdra donc (au moins en partie) la clientèle des personnes à risque maladie faible qui auraient adhéré auprès d'elle en l'absence d'une

société d'assurance.

La sélection adverse endurée par la mutuelle de référence sera ainsi considérable, (de toute façon bien plus substantielle que celle envisagée en l'absence de la société d'assurance).

2.2.1.2. Cycle comportemental des assurés

La tendance pour la mutuelle de référence à perdre des personnes à risque maladie faible qui auraient adhéré auprès d'elle en l'absence d'une société d'assurance présentera un caractère cyclique.

Cette caractéristique tient au fait que l'âge atteint constitue la variable centrale concernant la détermination du risque maladie encouru par une personne quelconque : en vieillissant, le risque maladie encouru par chacun s'alourdit nécessairement, même si le rythme de cette évolution varie selon l'âge atteint¹.

En effet, d'un point de vue général, les personnes à risque maladie faible sont globalement des "personnes jeunes", tandis que les personnes à risque maladie élevé sont globalement des "personnes âgées".

Dans ces conditions, puisque les personnes à risque maladie élevé préfèrent globalement souscrire la garantie proposée par la mutuelle de référence (pleinement solidariste), tandis que les personnes à risque maladie faible préfèrent globalement contracter la couverture proposée par la société d'assurance, un fait s'impose : logiquement, une personne quelconque préférera tendanciellement adhérer auprès de la société d'assurance lorsqu'elle est jeune, puis adhérer auprès de la mutuelle de référence lorsqu'elle dépasse un certain âge.

Sur la base de la figure 3.3., il apparaît ainsi clairement qu'une personne jeune (plus jeune que Q) préférera adhérer tendanciellement auprès de la société d'assurance (si elle s'assure). De même, une personne âgée (plus âgée que Q) préférera tendanciellement adhérer à la mutuelle (si elle s'assure).

¹Cf BIED-CHARRETON P., CLAUDIN H., MORET A., "Méthodes d'analyse de la consommation médicale des assurés actifs", Document polycopié Centres d'Études actuarielles, 1994; BAUMLIN L., B. KLAMECKA B., LAFARGE G., "Coût du risque en 1993", Documentation interne FNMF, 1992; EHRARDT A., "Le troisième âge et l'assurance : étude de différentes branches", Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie et Institut des Actuaire Français, 1988; ARNOULD M., "Elaboration d'une méthode de tarification du risque Remboursement de frais", Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie et Institut des Actuaire Français, 1987.

Graphiquement, si l'on raisonne sur une base temporelle, le parcours logique d'une personne quelconque sera ainsi de passer du segment (A-K) au segment (K-C), si bien que la mutuelle de référence connaîtra un mouvement graduel de vieillissement de son effectif d'une vaste ampleur.

2.2.2. Fondements dans le cas d'une tarification sur la base de l'espérance mathématique des frais de maladie subis et de la variabilité des frais de maladie à acquitter

Si la société d'assurance concurrente institue une tarification discriminante prenant en compte à la fois l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la variabilité attendue du niveau des frais de maladie à acquitter, une personne j adhérera auprès de l'un des deux organismes assureurs (la société d'assurance et la mutuelle de référence) pour le premier exercice de leur activité dès lors que :

$$R'_j + U_w \times SR_j > \text{Min} (P, P_j)$$

- P étant le tarif non discriminant demandé au départ par la mutuelle avec : $P = (T' + U_k \times ST) \times (1 + g) \times (1 + h)$

- P_j étant le tarif discriminant demandé par la société d'assurance avec : $P_j = (R'_j + U_k' \times SR_j) \times (1 + g) \times (1 + h)$

- et sachant que w est le taux de prise de risque personnel de la personne j .

On rappelle ici les taux de chargement g et h sont supposés être de même niveau pour la mutuelle de référence et la société d'assurance.

Dans ces conditions, une personne j pour qui $(R'_j + U_w \times SR_j)$ est supérieur à $\text{Min} (P, P_j)$ adhérera tendanciellement auprès de la société d'assurance si :

$$P_j < P$$

c'est-à-dire si :

$$(R'_j + U_k' \times SR_j) \times (1 + g) \times (1 + h) < (T' + U_k \times ST) \times (1 + g) \times (1 + h)$$

soit encore si :

$$R'_j + U_k \times SR_j < T' + U_k \times ST$$

De même, une personne j pour qui $(R'_j + U_w \times SR_j)$ est supérieur à $\text{Min}(P, P_j)$ adhérera tendanciellement auprès de la mutuelle de référence si :

$$P_j > P$$

c'est-à-dire si :

$$(R'_j + U_k \times SR_j) \times (1 + g) \times (1 + h) > (T' + U_k \times ST) \times (1 + g) \times (1 + h)$$

soit encore si :

$$R'_j + U_k \times SR_j > T' + U_k \times ST$$

Dans ce cadre, si les individus pour qui R'_i est élevé se caractérisent d'un point de vue général par un montant $((R'_i + U_k \times SR_i) - (T' + U_k \times ST))$ positif, on peut dire que les personnes à risque maladie élevé (quand elles s'assurent) préféreront tendanciellement adhérer auprès de la mutuelle de référence.

Si la société d'assurance concurrente institue une tarification discriminante prenant en compte, pour chaque assuré, à la fois l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la variabilité attendue du niveau des frais de maladie à acquitter, la mutuelle de référence est donc totalement exposée à la sélection adverse : elle risque de subir un processus de sélection adverse d'une ampleur considérable (induisant ici encore un vieillissement progressif de l'effectif couvert par la mutuelle).

En conclusion, sur le terrain de la garantie maladie individuelle, notre mutuelle ouverte, pleinement solidariste, est confrontée par essence au phénomène de la sélection adverse : le recours à une tarification volontairement non discriminante l'expose totalement à un tel processus quelle que soit la situation concurrentielle endurée.

Néanmoins, dans ce cadre, la concurrence d'une société d'assurance constitue potentiellement un élément déstabilisateur : par nature, une société d'assurance dispose

d'une logique de tarification différente à celle de la mutualité, ce qui influe considérablement sur l'état de l'effectif (d'assurés) de notre mutuelle de référence.

De plus, point important : pour expliciter les transformations à mettre en oeuvre pour lutter contre la sélection adverse subie par les mutuelles ouvertes, nous avons supposé que les personnes assurables étaient régies par leur intérêt personnel.

Ce postulat vaut pleinement, dans la mesure où les mutuelles ouvertes sont par définition ouvertes à tous, donc à des personnes qui n'ont aucune raison de s'entraider à priori.

Ce postulat mériterait d'être complété si l'on appréciait l'action des mutuelles fermées (mutuelles professionnelles, y compris de fonctionnaires, et mutuelles d'entreprise). En effet, les mutuelles fermées s'adressent par nature à une "communauté choisie", dont les membres s'avèrent ainsi liés de façon plus ou moins marquée.

Concernant leur couverture maladie, les personnes entrant dans le champ d'application d'une mutuelle fermée ne réagiront pas nécessairement dans ces conditions en fonction de leur seul intérêt financier : l'appartenance au groupe pourra pousser (par exemple du fait de l'existence d'un esprit corporatiste ou d'une pression morale) les jeunes adultes (personnes à risque maladie faible d'un point de vue général) à adhérer auprès de la mutuelle fermée dont il relève¹.

De ce point de vue, les mutuelles ouvertes sont soumises davantage à la sélection adverse que les mutuelles fermées.

¹En outre, concernant les mutuelles d'entreprise, lorsque les employeurs prennent à leur charge une partie importante de la cotisation maladie, le débours effectif dû par un assuré pour être couvert devient "quasi-imbattable" (même pour les personnes à risque maladie faible dans la cadre d'une tarification non discriminante). Les contrats collectifs d'entreprise quels qu'ils soient sont placés à la même enseigne.

CHAPITRE 4

LES MOYENS DE LUTTE CONTRE LA SELECTION ADVERSE : TENANTS ET ABOUTISSANTS

Il s'est avéré qu'en matière d'assurance maladie individuelle, les mutuelles ouvertes souffrent explicitement du phénomène de la sélection adverse (de voir en particulier leur effectif couvert nettement âgé en moyenne que celui des sociétés d'assurance).

Pour comprendre les transformations opérées, analysons sur un plan théorique les mesures utilisables par notre mutuelle de référence (proposant toujours uniquement une garantie maladie individuelle) pour amenuiser un mouvement de sélection adverse subi :

- 1) On établira d'abord d'un point de vue général (c'est-à-dire quoi qu'il en soit du contexte concurrentiel) les catégories de mesures pouvant être utilisées pour lutter contre un mouvement de sélection adverse.

- 2) On verra ensuite précisément quelles sont les mesures s'avérant efficaces lorsque la mutuelle de référence est en situation de monopole, puis lorsqu'elle est concurrencée par une société d'assurance.

1. LA SÉLECTION ADVERSE : LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE SON CONTOURNEMENT

Lorsque la mutuelle de référence se voit entraîner dans un processus de sélection adverse, les catégories générales de mesures (non exclusives l'une de l'autre) qu'elle peut envisager d'utiliser sont les suivantes :

- modification de son système de tarification de façon à le rendre plus ou moins discriminant
- institution de mécanismes restrictifs non tarifaires
- modulation du niveau de la couverture maladie offerte ou même augmentation du nombre de garanties offertes en modulant le niveau de chacune d'elles.

La mutuelle de référence a été qualifiée de pleinement solidariste parce qu'elle respectait totalement les trois règles suivantes : instauration d'un mécanisme de tarification non discriminant (un même tarif pour tous les adhérents), aucun recours à des mécanismes restrictifs non tarifaires, mise en place d'un régime de couverture unique.

Chacune de ces règles peut être considérée comme une contrainte solidariste que la mutuelle s'est fixée en fonction d'une doctrine préétablie.

Ainsi, les deux premières catégories de mesures utilisables pour lutter contre la sélection adverse qui viennent d'être citées constituent des mises en cause des règles fixées par la mutuelle initialement. La troisième n'en constitue pas une, sauf si la mutuelle se met à proposer plus d'une garantie maladie individuelle.

Détaillons chacune de ces catégories de mesures.

1.1. Instauration d'un mécanisme de tarification plus ou moins discriminant

L'instauration d'un mécanisme de tarification plus ou moins discriminant vise à prendre en compte plus ou moins fortement le risque maladie encouru par chaque

adhérent pour fixer le tarif qui lui est demandé en propre.

De cette façon, la différence espérée entre l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la cotisation personnelle à payer différera moins selon les personnes susceptibles d'adhérer. Le risque de voir les personnes à risque maladie élevé adhérer plus massivement que les personnes à risque maladie faible s'en trouvera en conséquence réduit.

L'âge atteint est la variable la plus importante s'il s'agit de prendre en compte le risque encouru. Ainsi, instituer un mécanisme de tarification discriminant nécessite surtout de demander une cotisation croissant avec l'âge atteint.

D'autres variables (le sexe, la profession, les pratiques sportives, l'état de santé antérieur à l'adhésion, etc...) exercent aussi une influence sur le risque encouru. Elles sont donc susceptibles d'être retenues dans la tarification.

De plus, deux éléments sont à retenir dès à présent :

1) D'abord, lorsqu'elle décide de lutter contre la sélection adverse, notre mutuelle de référence peut choisir de rendre discriminant son mécanisme de tarification sans chercher à le rendre le plus discriminant possible¹ : elle peut chercher à ne pas se transformer en société d'assurance bis de ce point de vue.

2) Ensuite, il est impossible de déterminer le tarif d'une personne qui soit le reflet exact du risque qu'elle encourt véritablement. En effet, un individu quelconque possédera toujours plus d'informations sur son propre compte (donc sur le niveau du risque qu'il encourt) qu'un organisme assureur quelconque (mutualiste ou non).

Ainsi, même si l'amendement du système de tarification constitue une arme très puissante pour résister au cercle vicieux de la sélection adverse, il n'est pas suffisant de s'en contenter si l'objectif est d'être le plus efficace possible en la matière².

Dans le même ordre d'idée, l'intensité du mouvement de résistance à la sélection adverse ne doit pas être jugée en tenant compte uniquement des pratiques tarifaires.

¹Elle décide alors de ne pas utiliser toutes ses capacités de calculs pour fixer le tarif qu'elle demandera à chacun de ses adhérents : prise en compte plus ou moins forte de l'espérance mathématique des frais de maladie à acquitter, prise en compte ou non de la variabilité attendue du niveau des frais de santé à acquitter.

²Cf CRESTA J-P., "Théorie des marchés d'assurance", Economica, 1984.

1.2. Institution de mécanismes restrictifs non tarifaires

Lorsque la mutuelle de référence se voit subir un mouvement de sélection adverse, elle peut envisager aussi l'instauration de mécanismes restrictifs non tarifaires.

Cette catégorie d'outils vise à réguler l'effectif des assurés couverts en interdisant définitivement ou temporairement l'entrée de personnes données et/ou en radiant ex post des personnes données (dans les limites fixées par la loi).

Afin d'être précis, on distinguera trois sortes d'instruments dans la rubrique des mécanismes restrictifs non tarifaires : les délais d'attente, la sélection des risques à l'entrée, l'exclusion ex post d'adhérents.

1.2.1. Délais d'attente

La fixation d'un délai d'attente (dit aussi délai de carence ou délai de stage en pratique) vise à faire différer la date d'obtention du droit à prestations et la date de l'adhésion.

Un tel mécanisme sert essentiellement à éviter d'effectuer des remboursements pour des sinistres ayant eu lieu avant l'adhésion.

Le délai d'attente demandé peut être fixé de façon à être d'autant plus long que le risque encouru est important (que l'âge à l'adhésion par exemple est élevé en matière de garantie maladie individuelle).

1.2.2. Sélection des risques à l'entrée

Sélectionner les risques à l'entrée revient à définir les personnes susceptibles d'être couvertes en fonction du risque subi par chacune d'elles.

En effet, pour freiner la sélection adverse subie, la mutuelle a la possibilité de s'interdire de couvrir des personnes considérées comme non conformes (parce qu'à priori

trop consommatrices par rapport au tarif demandé)¹.

On peut distinguer en pratique deux formes de sélection des risques à l'entrée : une sélection des risques avec recherche particulière d'informations, une sélection des risques sans recherche particulière d'informations :

-Lorsqu'une sélection des risques à l'entrée est réalisée avec recherche particulière d'informations, les postulants à l'adhésion se voient en quelque sorte demander "sur l'honneur" des renseignements sur leur propre compte de type : état de santé, pratiques sportives ou loisirs, etc... L'idée sous-jacente à une telle démarche est de détecter sur la base de renseignements précis les personnes qui se révéleront par trop consommatrices.

-Lorsqu'une sélection des risques à l'entrée est réalisée sans recherche particulière d'informations, seules les informations de type état civil sont prises en considération. Contrairement à la précédente, cette forme de sélection des risques permet de préciser immédiatement à chaque postulant s'il peut ou non adhérer. Dans ce cadre, nous verrons qu'une limite d'âge à l'entrée est assez souvent fixée.

Une sélection des risques avec recherche particulière d'informations et une sélection des risques sans recherche particulière d'informations peuvent être mises en oeuvre conjointement.

1.2.3. Exclusion ex post des adhérents

L'exclusion ex post d'adhérents considérés comme par trop dépensiers constitue le mécanisme restrictif non tarifaire à la fois le plus efficace et le moins solidariste.

Il consiste à observer à intervalles réguliers le montant des remboursements à effectuer en faveur de chaque adhérent et à expulser ceux dont la fréquence des recours au soins (ou le montant total des sinistres) dépasse un seuil donné (pour un tarif donné).

La puissance publique a fixé des règles précises en la matière : concernant l'assurance maladie individuelle, la loi EVIN du 31 décembre 1989 a interdit que cette pratique soit utilisée à l'encontre des personnes couvertes depuis au moins deux ans (par

¹Le choix des limites à l'entrée doit être effectué de façon à ne pas dés-inciter l'adhésion de personnes "désirables". Par exemple, interdire aux femmes d'adhérer sous prétexte qu'elles consomment plus que les hommes à âge égal n'aurait pas de sens, dans la mesure où l'entrée d'une femme implique souvent celle de son conjoint (c'est-à-dire un homme en principe).

un organisme assureur donné quel qu'il soit)).

1.3. Modulation du niveau de la garantie offerte ou multiplication des niveaux de couverture

Lorsque la mutuelle de référence se voit endurer un mouvement de sélection adverse, elle peut aussi avoir une action volontariste sur le niveau de la couverture maladie instituée.

Cette catégorie de mesure est différente des deux précédentes (instauration d'un mécanisme de tarification plus ou moins discriminant, institution de mécanismes restrictifs non tarifaires), car elle n'implique pas forcément la mise en cause des principes que la mutuelle s'était fixés au départ.

1.3.1. L'offre d'une garantie maladie unique et de bas niveau

Lorsque la mutuelle de référence subit un mouvement de sélection adverse tout en cherchant à conserver ses pratiques initiales, elle peut envisager d'utiliser comme arme l'offre d'une garantie maladie unique de bas niveau¹.

1) Pour comprendre l'intérêt d'une telle procédure, nous allons d'abord nous placer dans la situation où la mutuelle de référence n'est pas concurrencée.

Soit donc notre mutuelle de référence dans un cadre non concurrentiel. Outre l'offre d'une garantie maladie individuelle unique, on considérera que malgré la sélection adverse subie, elle désire conserver son dispositif de tarification non discriminant (un même tarif pour tous les adhérents) et ne toujours pas instituer de mécanismes restrictifs non tarifaires.

Dans ce contexte, on peut montrer qu'offrir une garantie de bas niveau lui apparaîtra comme une arme pour lutter contre la sélection adverse subie.

Ce phénomène tient au fait que pour la mutuelle, les personnes à risque maladie faible auront intérêt à réclamer à notre mutuelle une couverture d'un bas niveau, tandis

¹Instituer une franchise constitue aussi une manière d'abaisser le niveau de la garantie offerte.

que les personnes à risque maladie élevé auront intérêt à revendiquer une couverture d'un haut niveau¹.

Pour le démontrer :

Rappelons qu'au départ de son activité, la mutuelle de référence prévoit de verser à un adhérent quelconque une somme égal à R en cas de survenue du risque maladie².

Dans ce cadre, sur la base des hypothèses simplificatrices que nous avons formulées, on sait déjà que la différence espérée par une personne j entre l'espérance mathématique R'_j et la cotisation à payer P (en cas d'adhésion auprès de la mutuelle) est égale à D_j :

$$D_j = R'_j - P$$

Imaginons désormais qu'au départ de son activité, la mutuelle décide de verser, en cas de survenue du risque maladie, non pas un remboursement égal à R, mais un remboursement d'un montant moindre.

Soit M ce remboursement tel que :

$$M = c \times R$$

$$\text{avec : } 0 < c < 1$$

Dans ce cas, on obtient pour la personne j :

$$D_j = (R'_j - P) \times c$$

Dans ces conditions, la différence espérée par une personne j entre l'espérance mathématique des frais de maladie à acquitter et la cotisation à payer en cas d'adhésion auprès de la mutuelle s'avère bien proportionnée au niveau de la garantie.

En proposant une garantie de plus bas niveau, on voit ici que :

- D_j se trouve abaissée, si (R'_j - P) est positif
- D_j se trouve augmentée, si (R'_j - P) est négatif.

¹Cf VOLATIER J-L., "Couverture complémentaire maladie : un marché en expansion mais en déséquilibre", Socio-économie de la santé, n° 3, 1989.

²On considère toujours ici qu'une personne quelconque subit simplement un montant de frais de maladie égal à R en cas de survenue du risque maladie.

Lorsqu'une personne quelconque a plus de chance de gagner que de perdre à un tel jeu, elle préférera tendanciellement qu'il soit prévu une mise importante. Et lorsqu'elle a plus de chance de perdre que de gagner, elle préférera tendanciellement qu'il soit prévu une mise modérée.

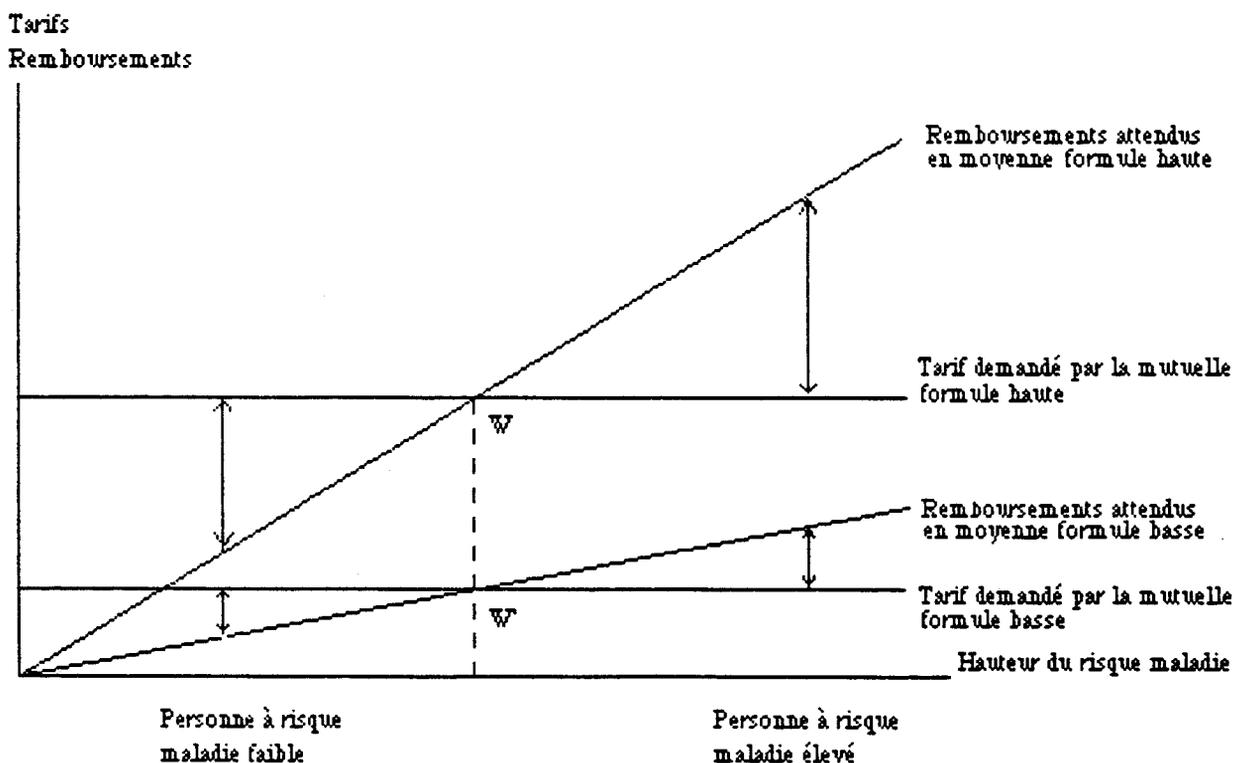
Du point de vue des assurés, les intérêts divergent donc (cf figure 4.1.) :

- les personnes à risque maladie élevé ont tendance à réclamer une formule de remboursement de niveau important : dès lors que les personnes à risque maladie faible prennent à leur charge une partie de leur risque, les personnes à risque maladie élevé ont intérêt à ce que les remboursements en jeu soient le plus important possible.

- les personnes à risque maladie faible ont tendance à réclamer une formule de remboursement de bas niveau : elles ne perdent pas de vue qu'en adhérant auprès de la mutuelle de référence, elles prennent à leur charge une partie du risque maladie supporté par les personnes à risque maladie élevé.

Figure 4.1.

Fixation de la hauteur de la garantie maladie proposée par la mutuelle de référence en situation de monopole



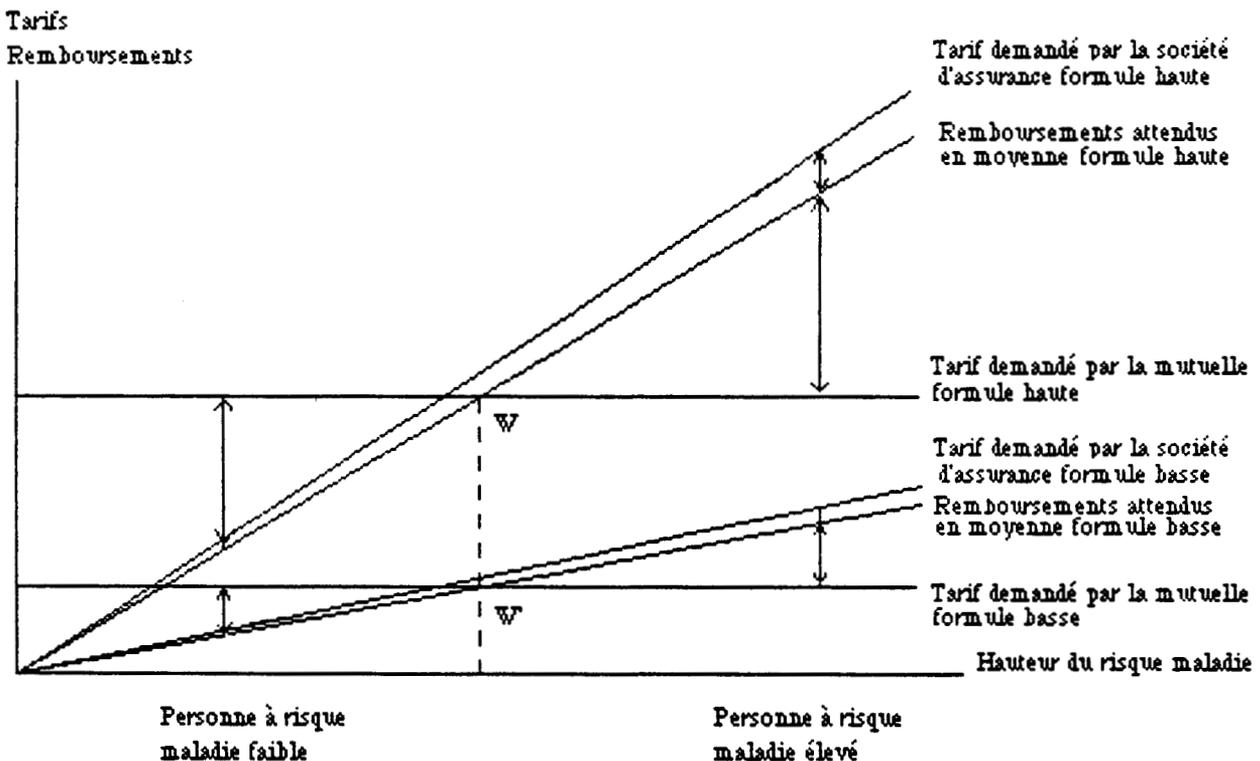
Dans ces conditions, la mutuelle pensera vraisemblablement que proposer une garantie maladie de faible niveau permet d'attirer les personnes à risque maladie faible, parce qu'elle répondra ainsi davantage à leur demande qu'à celle des personnes à risque maladie élevé : en agissant de la sorte, elle pensera pousser les personnes à risque maladie faible à prendre le risque d'adhérer¹.

2) L'offre d'une garantie unique de bas niveau pourra apparaître aussi à la mutuelle de référence comme une arme pour lutter contre la sélection adverse subie quand elle est concurrencée par une société d'assurance.

La figure 4.2. donne un exemple de cette situation. Elle repose sur l'hypothèse que, pour la société d'assurance venant concurrencer la mutuelle de référence, toutes les personnes ayant la même espérance mathématique des frais de maladie à acquitter doivent payer le même tarif.

Figure 4.2.

Fixation de la hauteur de la garantie maladie proposée par la mutuelle de référence confrontée à la concurrence d'une société d'assurance



¹c'est-à-dire conduire les personnes à risque maladie faible à fixer un montant U_w à un plus bas niveau, pour reprendre la formalisation déjà usitée.

Dans de telles conditions, on sait que pour une même hauteur de garantie :

- en ce qui concerne une personne à risque maladie élevé, le niveau atteint par la différence espérée entre l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la cotisation à payer est moins favorable si l'adhésion se fait auprès de la société d'assurance que si elle se fait auprès de la mutuelle de référence.

- en ce qui concerne une personne à risque maladie faible, le niveau atteint par la différence espérée entre l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la cotisation à payer est plus favorable si l'adhésion se fait auprès de la société d'assurance que si elle se fait auprès de la mutuelle de référence.

Dans ce cadre, pour une même hauteur de garantie (quelle que soit la hauteur de la garantie proposée), les personnes à risque maladie élevé préféreront donc globalement souscrire la garantie proposée par la mutuelle de référence, quand elles s'assurent. Et les personnes à risque maladie faible préféreront globalement contracter la couverture proposée par la société d'assurance, quand elles s'assurent.

Or, avec une garantie de bas niveau, on voit que la différence entre le tarif discriminant demandé à une personne j par la société d'assurance et le tarif non discriminant demandé par la mutuelle de référence sera logiquement moins élevée qu'avec une garantie de haut niveau.

En conséquence, avec une garantie de bas niveau, le fait de choisir la mutuelle ou la société d'assurance aura une moindre influence sur la différence espérée entre l'espérance mathématique des frais de maladie subis et la cotisation à payer qu'avec une garantie de haut niveau.

Dans ces conditions, en proposant une garantie unique de bas niveau, la mutuelle de référence pourra penser effectivement attirer proportionnellement plus les personnes à risque maladie faible qu'en proposant une garantie unique de haut niveau.

Ainsi, quand elle désire continuer à mettre en oeuvre ses pratiques initiales (un dispositif tarifaire non discriminant, pas de mécanismes restrictifs non tarifaires, une seule garantie maladie), la mutuelle de référence tendra à proposer une garantie maladie de bas niveau si elle se voit subir la sélection adverse.

Et même si la mutuelle se met à rendre plus ou moins discriminant son système de tarification et/ou à instituer des mécanismes restrictifs non tarifaires, la proposition d'une garantie unique de bas niveau est susceptible d'être encore envisagée. En effet, dès lors

que certains continuent à prendre en charge une partie substantielle du risque subi par d'autres, l'idée de proposer une garantie unique de bas niveau pour attirer les personnes à risque faible reste séduisante.

1.3.2. L'offre de plusieurs niveaux de couverture

Dans sa lutte contre la sélection adverse endurée, la mutuelle de référence peut aussi envisager de conserver un dispositif tarifaire non discriminant et de continuer à s'opposer à l'instauration de mécanismes restrictifs non tarifaires, tout en acceptant d'offrir plusieurs niveaux de couverture en ce qui concerne la garantie maladie (et cela qu'elle soit ou non soumise à la concurrence d'une société d'assurance).

Une telle solution met en cause l'une des hypothèses retenues au départ par la mutuelle de référence : mettre en place un seul régime de couverture maladie pour ne pas instituer un mécanisme de protection à "plusieurs vitesses".

Ainsi, dans les faits, il s'avérera qu'une telle mise en cause était considérée originellement comme quasiment anormale au sein du mouvement mutualiste, ce qui n'est plus le cas depuis la deuxième partie des années quatre-vingt. Encore une fois, la logique économique ne suffit pas à comprendre les pratiques de la mutualité. Ses choix doctrinaux jouent aussi.

Pour comprendre pourquoi il est intéressant de proposer plusieurs niveaux de couverture, imaginons que la mutuelle de référence propose des produits de couverture du risque maladie de niveaux différents, en faisant en sorte d'avoir un tarif non discriminant propre à chacune des garanties offertes et d'avoir un taux de marge par garantie égal.

Dans ce cas, la mutuelle pourra logiquement penser que la décision prise par les postulants à l'entrée sera fonction de la hauteur du risque qu'ils encourent, c'est-à-dire que :

- les personnes à risque maladie élevé inclineront plutôt pour les garanties de haut niveau (et à tarif non discriminant élevé).

- les personnes à risque maladie faible préféreront plutôt les garanties de bas niveau (et à tarif non discriminant faible).

Donc, la mutuelle de référence pourra espérer freiner le mouvement de sélection

adverse qu'elle subit, en postulant que les personnes à risque maladie faible pourront continuer à profiter d'un tarif suffisamment concurrentiel pour ce qui est de la garantie basse.

Et même si la mutuelle rend plus ou moins discriminant son dispositif de tarification et/ou instaure des mécanismes restrictifs non tarifaires, la proposition de plusieurs niveaux de couverture reste aussi séduisante. En effet, ici encore, dès lors que certains continuent à prendre en charge une partie substantielle du risque subi par d'autres, une telle méthode reste séduisante pour attirer les personnes à risque faible.

Au terme de cet exposé, en matière de garantie maladie individuelle, il apparaît bien qu'une mutuelle ouverte subissant un processus de sélection adverse est amenée à envisager, pour chercher à s'en dégager, trois rubriques d'instruments, non exclusives l'une de l'autre¹ : l'instauration d'un mécanisme de tarification plus ou moins discriminant, l'institution de mécanismes restrictifs non tarifaires, la modulation du niveau de la garantie offerte ou la multiplication des niveaux de couverture.

2. L'IMPACT DE LA CONCURRENCE D'UNE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE SUR LES MESURES À PRENDRE

Les trois catégories d'instruments qui viennent d'être présentées valent que la mutuelle de référence soit ou non concurrencée par une société d'assurance.

Demandons-nous à présent si la présence d'une société d'assurance proposant à formule de garantie égale un tarif plus bas aux personnes à risque maladie faible (et un tarif plus élevé aux personnes à risque maladie élevé) influe sur l'efficacité des mesures susceptibles d'être prises par notre mutuelle de référence.

Nous posons cette question car, dans les faits, les sociétés d'assurance demandent toujours un tarif plus bas aux personnes à risque maladie faible (les jeunes adultes en particulier) qu'une mutuelle ouverte ne recourant toujours pas à une tarification discriminante.

¹Les mêmes instruments sont utilisables par les mutuelles fermées.

On sait déjà qu'une société d'assurance est une organisation qui se donne avant tout les moyens de subir le moins possible le cercle de la sélection adverse.

Dans ces conditions, pour la mutuelle de référence, la manière la plus efficace de freiner la sélection adverse subie est de se rapprocher dans son comportement des sociétés d'assurance.

Toutefois, on a précisé au départ que la mutuelle de référence cherchait par principe à appliquer autant que possible (c'est-à-dire autant que les contraintes économiques le permettent) des règles particulières (solidaristes).

Dès lors qu'elle désire freiner fortement la sélection adverse subie, on considérera donc qu'elle mettra en oeuvre parmi les mesures efficaces pour y parvenir, celles qui l'éloignent le moins possible de ses règles comportementales initiales.

2.1. En l'absence d'une société d'assurance : nécessité d'un changement modéré

En l'absence de concurrence de la part d'une société d'assurance, les transformations que la mutuelle de référence subissant la sélection adverse doit opérer pour la limiter, sont peu substantielles.

2.1.1. Première mesure à prendre : l'offre d'une garantie unique de bas niveau

Pour contrer fortement un mouvement de sélection adverse subi en l'absence de concurrence, la mutuelle de référence a la possibilité, on le sait, de modifier son mécanisme de tarification (en le rendant plus discriminant), de restreindre la présence en son sein de personnes par trop consommatrices par des mécanismes restrictifs non tarifaires ou d'agir sur le niveau de la couverture maladie proposée (modulation du niveau de la garantie offerte ou multiplication des niveaux de couverture).

On sait que l'offre d'une garantie de bas niveau apparaît potentiellement comme une arme pour lutter contre la sélection adverse subie, sans qu'il y ait la moindre mise en cause de ses principes originels.

Dans ces conditions, la première mesure qui sera prise par une mutuelle de

référence confrontée à la sélection adverse en l'absence de concurrence sera de proposer une couverture de bas niveau : de cette façon, elle pensera attirer potentiellement les personnes à risque maladie faible.

Toutefois, cette action n'est en rien nécessairement suffisante pour lutter efficacement contre la sélection adverse endurée.

2.1.2. Autres mesures à prendre si l'offre d'une garantie unique de bas niveau est insuffisante

Si l'offre d'une garantie maladie de bas niveau s'avère effectivement insuffisante, la mutuelle de référence s'interrogera sur les mesures à prendre concernant la tarification et les mécanismes restrictifs non tarifaires.

A ce sujet, elle pourra simplement rendre quelque peu discriminant son dispositif de tarification et/ou instituer des mécanismes restrictifs non tarifaires, en prenant soin néanmoins de s'éloigner le moins possible de ses pratiques initiales.

Dans ce cadre, elle aura la possibilité d'obliger les adhérents potentiels à raisonner sur leur vie entière, en tenant compte du fait qu'en vieillissant le risque maladie subi par une personne quelconque s'alourdit forcément :

-1) La mutuelle peut instituer un mécanisme de sur-cotisation pour adhésion tardive. L'idée sous-jacente est ici de pénaliser les adhérents tardifs (les personnes qui adhèrent seulement lorsqu'elles ont un risque maladie élevé) via l'instrument tarifaire, sans mettre totalement en cause le principe de la tarification non discriminante. Dans le cadre d'un tel système, les personnes âgées ayant adhéré alors qu'elles étaient jeunes auront à verser la même cotisation que les adhérents jeunes, tandis que les personnes âgées ayant adhéré tardivement auront à supporter une sur-tarification.

- 2) De façon à limiter ou à interdire les adhésions tardives, la mutuelle peut aussi instituer des mécanismes restrictifs non tarifaires prenant en compte l'âge des personnes demandant à adhérer :

-fixation d'un délai d'attente d'autant plus long que l'âge à l'adhésion est tardif,

-instauration d'un refus d'assurer en direction des personnes effectivement en mauvais état de santé seulement si elles ont dépassé un certain âge,

- institution d'une limite d'âge à l'entrée.

L'idée d'obliger les adhérents potentiels à raisonner sur leur vie entière est par essence séduisante pour la mutuelle de référence.

En effet, pour ce qui est des personnes adhérant alors qu'elles sont jeunes (c'est-à-dire potentiellement à risque maladie faible), sa mise en oeuvre permet de ne pas modifier les règles pleinement solidaristes fixées originellement : d'un point de vue général, seuls pourront adhérer (ou pourront adhérer dans de bonnes conditions) les individus acceptant de prendre à leur charge une partie du risque subi par d'autres, avant de voir une partie de leur risque pris en charge par d'autres.

2.2. En présence d'une société d'assurance : nécessité d'une mutation importante

En présence d'une société d'assurance proposant à formule de garantie égale un tarif plus bas aux personnes à risque maladie faible (et un tarif plus élevé aux personnes à risque maladie élevé), la mutuelle de référence perdra (au moins en partie) la clientèle des personnes à risque maladie faible qui aurait adhéré auprès d'elle si elle n'était pas concurrencée (quand elle ne modifie pas profondément ses pratiques initiales tout au moins).

Dans ce contexte, les transformations à mener pour lutter contre la sélection adverse seront nécessairement plus lourdes.

2.2.1. L'offre d'une garantie maladie de bas niveau dans un cadre solidariste : un outil insatisfaisant

On a noté qu'avec une garantie de bas niveau, pour une personne quelconque j, la différence entre le tarif discriminant demandé par la société d'assurance et le tarif non discriminant demandé par la mutuelle de référence est moins élevée qu'avec une garantie de haut niveau.

Dans ce contexte, on sait que la mutuelle de référence pourra espérer attirer davantage les personnes à risque maladie faible en proposant une garantie unique de bas

niveau plutôt qu'une garantie unique de haut niveau, tout en conservant ses pratiques initiales.

Toutefois, même en offrant une couverture de bas niveau, la mutuelle de référence continuera à se faire "prendre" des personnes à risque maladie faible par une société d'assurance proposant à formule de garantie égale un tarif plus bas aux personnes à risque maladie faible (bien que la ponction puisse être moins importante) : pour les personnes à risque maladie faible, même si l'intérêt lié au choix de la société d'assurance est moindre quand la garantie mutualiste proposée est de bas niveau, l'adhésion auprès de la société d'assurance est dans ces conditions toujours plus avantageuse.

Si elle cherche à freiner efficacement le processus subi de transformation graduelle en réceptacle privilégié de personnes à risque maladie élevé, la mutuelle de référence ne pourra alors considérer la modulation du niveau de la couverture offerte comme une arme suffisamment efficace. Elle devra envisager d'autres types de mesures.

2.2.2. Mesures impératives : transformation profonde de la tarification et instauration de mécanismes restrictifs non tarifaires

La mutuelle de référence s'interrogera alors sur les mesures à prendre concernant la tarification et les mécanismes restrictifs non tarifaires.

En la matière, l'idée d'obliger les adhérents potentiels à raisonner sur leur vie entière reste séduisante.

En effet, on sait déjà que d'un point de vue général, si la mutuelle de référence continue à respecter pleinement ses règles solidaristes initiales, une personne quelconque tendra à préférer adhérer auprès de la société d'assurance lorsqu'elle est jeune (dès lors que la société d'assurance propose effectivement un tarif moins élevé aux jeunes). Puis, après avoir dépassé un certain âge, elle tendra à préférer adhérer auprès de la mutuelle de référence.

En instaurant un dispositif de sur-cotisation pour adhésion tardive ou en mettant sur pied des mécanismes restrictifs non tarifaires qui prennent en compte l'âge des personnes demandant à adhérer, la mutuelle contournera cette situation : elle interdira ou limitera fortement la possibilité pour la population assurable d'entrer en son sein après un certain âge. De cette façon, une personne quelconque choisissant dans sa jeunesse d'être couverte par la société d'assurance ou de ne pas être couverte du tout se coupera de l'accès à la mutuelle.

Toutefois, obliger les personnes assurables à raisonner sur leur vie entière n'est pas aussi efficace en présence de la société d'assurance qu'en son absence.

En effet, dans une situation concurrentielle, la personne décidant de ne pas s'assurer jeune (auprès de la mutuelle de référence ou de la société d'assurance) conservera la possibilité d'accéder à la société d'assurance (jusqu'à la limite d'âge fixée par cette dernière)¹.

Pour ne plus continuer à se faire "prendre" par trop massivement des personnes à risque maladie faible par la société d'assurance, la mutuelle de référence sera donc amenée à envisager l'instauration d'un mécanisme de tarification véritablement discriminant pour toute la population assurable (en particulier en fixant le niveau de la cotisation demandée en fonction de "l'âge atteint" de façon plus ou moins marquée).

Elle pourra aussi penser à instituer des mécanismes restrictifs non tarifaires rigoureux (en matière de sélection des risques en particulier).

2.2.3. Le butoir du hasard moral

Rendre véritablement discriminant son dispositif de tarification et instituer de rigoureux mécanismes restrictifs non tarifaires constituent, on le sait, des outils efficaces pour s'assurer un flux d'entrée important de personnes à risque maladie faible (relativement à celui des personnes à risque maladie élevé).

Dans ces conditions, si la mutuelle de référence suit effectivement cette voie, s'obliger à offrir une garantie unique de bas niveau lui paraîtra vraisemblablement superflu.

Dès lors qu'elle emprunte un tel chemin, la mutuelle de référence tendra alors à élever le niveau de sa garantie, voire même à augmenter le nombre de ses niveaux de couverture (en intégrant à sa gamme des niveaux de couverture élevés).

¹Le problème se pose de façon nettement moins forte pour les mutuelles fermées : l'appartenance au groupe pourra pousser (par exemple du fait de l'existence d'un esprit corporatiste ou d'une pression morale) les jeunes adultes (personnes à risque maladie faible d'un point de vue général) à adhérer auprès de la mutuelle fermée dont ils relèvent.

En la matière, la mutuelle de référence devra manifester une certaine prudence. En effet, l'offre d'un ou plusieurs niveaux de couverture élevés risque de générer un processus de "hasard moral", pour reprendre une notion introduite dans la science économique par K.J. ARROW¹.

2.2.3.1. La notion de hasard moral

Le hasard moral constitue d'un point de vue général un mécanisme d'incitation à consommer plus, du fait de la mise en action de comportements plus risqués².

Quoi qu'il en soit de son appellation, le hasard moral n'est en rien moral ou immoral. Il est simplement le résultat d'un comportement rationnel de la part des assurés.

Si l'on reprend à son compte la parabole du free rider (du passager clandestin) chère à J. BUCHANAN, le hasard moral tient au fait que les dépenses liées à une "attitude excessive" effectuées par une personne quelconque (qui se trouverait couverte par un contrat donné) sont au moins pour partie à la charge de toutes les personnes (couvertes par ce même contrat) : une telle situation incite justement à l'émergence d'"attitudes excessives" en matière de consommation.

Or, la part des dépenses pour "attitudes excessives" qui se trouvent "étalées" sur l'ensemble des personnes assurées par un même contrat est d'autant plus importante que la couverture est de haut niveau.

Proposer une ou des couvertures de haut niveau, c'est donc bien, pour un organisme assureur quelconque, courir le risque de subir un processus de hasard moral³.

2.2.3.2. Conséquence du hasard moral : une perte de compétitivité

Dès lors qu'un organisme assureur quelconque endure un processus de hasard

¹Cf ARROW K.J., déjà cité.

²Cf BENHAMOU F., "Incertitude, assurance et demande de santé", Revue d'économie politique, n° 4, 1988.

³Dans les faits, concernant la question des niveaux de couverture, le problème du hasard moral est posé après que celui de la sélection adverse soit traité.

moral pour un niveau de couverture donné, ses comptes tendent à se déséquilibrer (pour ce niveau de couverture), ce qui le conduit à revoir à la hausse sa tarification¹.

Démonstrons-le sur la base d'un graphique schématique (figure 4.3.).

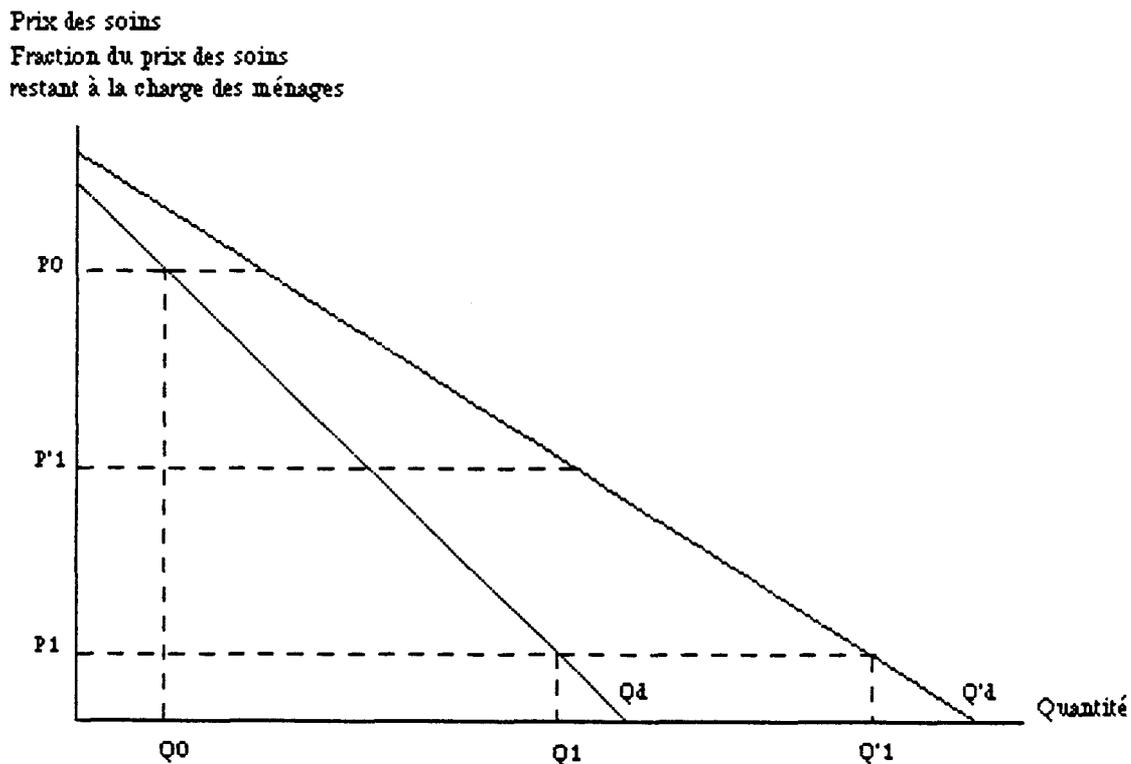
Soit la fonction de demande de soins Q_d .

En l'absence de couverture maladie², le prix des soins est égal à P_0 (à la charge unique des assurés).

Imaginons qu'une couverture maladie soit mise en place de façon à ce que la fraction du prix des soins restant à la charge des assurés baisse de P_0 à P_1 , tandis que la demande passe de Q_0 à Q_1 .

Figure 4.3.

Demande de soins et hasard moral



¹Cf CAUSSAT L., GLAUDE M., "Dépenses médicales et couverture sociale", Economie et statistique, n° 265, 1993. Cf RAY J-C., DUPUIS J-M., GAZIER B., "Analyse économique des politiques sociales", PUF, 1988.

²On suppose pour simplifier (et provisoirement) qu'il n'existe pas de Sécurité sociale.

Dans ces conditions, si les assurés ne manifestent pas un comportement de hasard moral, il se trouve que :

- la consommation de soins en valeur passe de $(P_0.Q_0)$ à $(P_0.Q_1)^*$
- la charge pour les assurés passe de $(P_0.Q_0)$ à $(P_1.Q_1)$
- la charge de l'organisme assureur est égale à $((P_0 - P_1).Q_1)$

Si les assurés manifestent un comportement de hasard moral (fonction de la hauteur de la couverture), la courbe de demande se déplacera vers la droite.

Dans ce cadre, imaginons que Q'_1 soit la nouvelle fonction de demande (la consommation devient alors Q'_1).

Il se trouve alors que :

- la consommation de soins en valeur égale $(P_0.Q'_1)$.
- la charge pour les assurés égale $(P_1.Q'_1)$.
- la charge de l'organisme assureur égale $(P_0 - P_1).Q'_1$

Par rapport à la situation sans hasard moral, la charge de l'organisme assureur a donc augmenté de $((P_0 - P_1).(Q'_1 - Q_1))$, ce qui l'oblige à revoir sa tarification à la hausse.

Placée dans une telle situation, une société d'assurance dispose de mesures efficaces pour lutter contre le hasard moral subi : l'exclusion des adhérents jugés ex post trop consommateurs et la sélection intensive des risques (de façon à ne pas couvrir les personnes ayant manifesté antérieurement des "attitudes excessives").

Grâce à ces mesures, une société d'assurance n'aura donc pas à revoir sa tarification à la hausse (ou du moins pas fortement à la hausse) : même pour des niveaux de couverture élevés, une telle organisation est conçue pour subir le moins possible non seulement la sélection adverse, mais aussi le hasard moral.

Par contre, placée en situation de subir le hasard moral, notre mutuelle de référence pourrait difficilement expulser de son sein les personnes développant effectivement des "attitudes excessives" et refuser catégoriquement d'assurer toute personne ayant développé antérieurement des "attitudes excessives". En effet, ce type

d'action est parfaitement étranger à ses règles comportementales initiales.

Lorsqu'elle subit le hasard moral, si la mutuelle de référence refuse effectivement de mettre en oeuvre efficacement de telles pratiques tout en conservant le niveau de la couverture concernée, elle devra donc revoir à la hausse sa tarification de façon à couvrir l'excès de charge subi, ou du moins revoir sa tarification plus fortement à la hausse qu'une société d'assurance placée dans la même situation.

Dans ce cas de figure, notre mutuelle de référence subira alors une perte de compétitivité (pour le niveau de couverture considéré).

Pour cette raison, la mutuelle de référence doit manifester effectivement une grande prudence quand elle envisage de mettre en oeuvre un ou plusieurs niveaux de couverture élevés (de façon à ne pas aller jusqu'à subir un important processus de hasard moral).

2.3. La préservation d'une éthique propre : une arme pour la mutualité

Ainsi, en matière d'assurance maladie individuelle, si elle est concurrencée par une société d'assurance proposant à formule de garantie égale un tarif plus bas aux personnes à risque maladie faible (et un tarif plus élevé aux personnes à risque maladie élevé), la mutuelle de référence devra s'éloigner intensément de ses règles originelles pour limiter véritablement l'intense mouvement de la sélection adverse subi.

Néanmoins, dans ce contexte, la mutuelle de référence peut envisager de ne pas aller jusqu'à se transformer en société d'assurance bis (c'est-à-dire jusqu'à adopter exactement les mêmes pratiques qu'une société d'assurance), tout en luttant fortement contre la sélection adverse. Démontrons-le.

2.3.1. Le caractère agressif d'une société d'assurance en matière d'assurance individuelle

Une partie de ce qui caractérise une société d'assurance présente par nature un aspect agressif aux yeux de la population cherchant à s'assurer à titre individuel¹ :

¹Par essence, les sociétés d'assurance sont nettement plus "agressives" en ce qui concerne l'assurance

- On a vu qu'une société d'assurance cherchait par essence à faire payer un assuré en fonction de l'importance du risque qu'il encourt effectivement. Le montant de la cotisation à payer par une personne quelconque peut alors se trouver exorbitant à un moment donné (par exemple pendant le quatrième âge), ce qui risque de l'obliger à résilier son contrat faute de disposer des moyens de verser les cotisations dues, à un moment où la couverture est tout particulièrement utile.

- On sait aussi qu'une société d'assurance a recours systématiquement à de rigoureux mécanismes restrictifs non tarifaires en matière d'assurance :

- dans ce cadre, lorsqu'elle réalise une sélection des risques à l'entrée avec recherche particulière d'informations (une méthode généralisée en pratique), les postulants à l'adhésion se voient en quelque sorte demander "sur l'honneur" des renseignements sur leur propre compte (de type état de santé, pratiques sportives ou loisirs, etc...). Aux yeux de la population assurable, une telle démarche peut apparaître inquisitrice et même source de danger : elle peut donner à penser que le versement des prestations dues peut être mis en cause si les renseignements fournis à la signature du contrat contiennent la moindre imprécision.

- dans ce cadre encore, l'exclusion ex post d'adhérents jugés trop consommateurs (pendant une période donnée après que le contrat ait été signé tout au moins) présente un aspect particulièrement peu solidariste¹. Bien qu'il soit à priori d'une efficacité redoutable pour lutter contre la sélection adverse subi, il est des plus mal considérés par la population assurable.

Dans ces conditions, la mutuelle de référence peut penser, qu'en matière d'assurance maladie individuelle, il y aura toujours un grand nombre de personnes à risque maladie faible qui préféreront adhérer auprès d'elle par "rejet" de la doctrine des sociétés d'assurance (même si elles ont à payer une cotisation supérieure en adhérant auprès de la mutuelle).

Suivront effectivement cette logique les personnes considérant que les méthodes mises en oeuvre par les sociétés d'assurance pour résister au mieux à la sélection adverse sont par trop agressives (donc pas assez solidaristes).

maladie individuelle qu'en ce qui concerne l'assurance collective (les contrats collectifs d'entreprise). En effet, sur le terrain du collectif, ce ne sont plus des personnes "isolées" qui vont adhérer, mais des "coalitions" de personnes. La Loi des grands nombres jouent donc à l'intérieur des coalitions d'assurés (dès lors que ces coalitions sont de taille suffisamment importante), ce que la société d'assurance prend en compte par essence (moindre sélection des risques en particulier).

¹D'un point de vue légal, en matière d'assurance maladie individuelle, la loi EVIN du 31 décembre 1989 a interdit que cette méthode soit utilisée par un organisme assureur à l'encontre des personnes couvertes depuis au moins deux ans par celui-ci. Antérieurement, il n'existait aucune limite véritable en la matière.

Pour cette raison, la mutuelle de référence cherchant à lutter contre la sélection adverse pourra espérer effectivement ne pas avoir à s'éloigner totalement des règles qu'elle s'était fixées initialement : en conservant des usages propres, elle pourra conserver une image solidariste, aspect qui n'est pas sans incidence sur les choix effectués par la population.

2.3.2. Renforcer le capital symbolique : une action efficace

L'intérêt qu'il y a de conserver une image solidariste peut être aisément conceptualisé à partir du cadre analytique proposé par M. JEANTIN¹.

2.3.2.1. L'intérêt du désintéressement

M. JEANTIN s'inspire de P. BOURDIEU pour qui :

"Rompre avec l'économisme pour décrire l'univers des économies possibles, c'est échapper à l'alternative de l'intérêt purement matériel, étroitement économique, et du désintéressement et se donner les moyens de satisfaire au principe de raison suffisante, qui veut qu'il n'y ait pas d'action sans raison d'être, c'est-à-dire sans intérêt ou si l'on préfère sans investissement dans un jeu et un enjeu."²

Pour M. JEANTIN, le but ultime de tous les acteurs sociaux est ainsi, en dernier ressort, l'accumulation d'un capital économique, cet objectif pouvant être atteint par l'accroissement de trois éléments :

- le capital économique évidemment,
- le capital social (les relations sociales),
- le capital symbolique (l'image de marque).

Le solidarisme constitue simplement dans un tel cadre un moyen d'accumuler du capital symbolique, qui à terme permettra l'obtention d'un capital économique accru.

¹Cf JEANTIN M., "Le fait coopératif et mutualiste en économie capitaliste: éléments d'une approche critique", in Trames, Le fait coopératif et mutualiste, actes de colloques, Limoges, 1981.

²Cf BOURDIEU P., "Le sens pratique", Editions de Minuit, 1980.

Dans la lutte qu'elle mène à ses concurrents, la mutuelle de référence désirent lutter contre la sélection adverse subie dispose ainsi d'une arme qu'elle peut aisément cultiver en l'intégrant dans une démarche promotionnelle : la conservation d'un particularisme¹.

2.3.2.2. Exemples de renforcement du capital symbolique

La lutte pour la protection juridique de l'appellation "mutuelle", qui s'est engagée principalement au milieu des années quatre-vingt, nous persuade du caractère déterminant du capital symbolique pour les mutuelles.

A l'époque, nombre de sociétés d'assurance se prévalaient alors de la notoriété de la mutualité en se faisant appeler mutuelles pour leur action sur le terrain de la garantie maladie².

Dans ce contexte, le mouvement mutualiste s'est intensément mobilisé pour que soit protégée l'appellation "mutuelles" (et a obtenu gain de cause). Par son action dans les débats, la mutualité a cherché explicitement à conserver le bénéfice de sa bonne image. Elle a confirmé que son identité représente un avantage concurrentiel à exploiter.

Le constant rappel par le mouvement mutualiste de l'appartenance des mutuelles au champ de l'Economie sociale (au sens d'économie du tiers secteur, défini comme une troisième voie entre capitalisme et socialisme) nous persuade encore du caractère déterminant du capital symbolique pour les mutuelles³.

Dans les faits, nous verrons ainsi qu'effectivement les mutuelles ouvertes (comme toutes les mutuelles d'un point de vue général) s'efforcent de ne pas sacrifier le capital symbolique qu'elles ont accumulé, dans la mesure où il est lui-même "productif".

¹Un comportement solidariste n'est pas sans résultat (positif en terme d'image) pour celui qui l'a mis en oeuvre. Pour cette raison, on ne peut en rien expliquer un comportement solidariste par la simple volonté de faire le "bien". Il convient d'aller plus loin, sous peine d'être taxé à juste titre de naïveté.

Cf les notions de fonctions latentes et de fonctions expresses, SELLIER F., "Dynamique des besoins sociaux", Editions ouvrières, 1970. Cf aussi CAYATTE J-L., "Les origines des transferts sociaux", LAST, polycopié, Université de Lille I, novembre 1985.

²L'image de la mutualité est nettement meilleure que celle des sociétés d'assurance, parce qu'elle est associée aux idées de désintéressement et de solidarité essentiellement. Cf Enquête SERMEX (1983-1984), Sondages Louis HARRIS et IFOP (1986), Sondages SOFRES (1989 à 1992).

³Cf BOURSIER F., "L'Economie sociale : mythes et réalités", Chroniques sociales, 1984. Cf JEANTET T., VERDIER R., déjà cité.

Enfin, du point de vue de la logique économique, lorsqu'elle est soumise à la concurrence de sociétés d'assurance sur le terrain du complément maladie individuel, une mutuelle ouverte cherchant à lutter efficacement contre la sélection adverse doit rapprocher fortement ses usages de ceux de ses concurrents (sous des formes que nous avons définies précisément), sans être obligée pour autant d'aller jusqu'à se transformer véritablement en société d'assurance.

Il reste qu'une mutuelle ouverte peut très bien ne pas chercher à lutter contre la sélection adverse en la matière, donc accepter de se transformer graduellement en spécialistes des personnes à risque maladie élevé (de personnes âgées en particulier). Le fait doctrinal ne doit donc pas être perdu de vue. Si les mutuelles ouvertes ont modifié leurs usages sur le terrain de l'assurance maladie individuelle, c'est aussi compte tenu d'un changement de mentalité : la nécessité de l'adaptation à l'environnement prime désormais au sein du mouvement mutualiste.

PARTIE III

MUTATION DES MUTUELLES OUVERTES SUR LE TERRAIN DE LA GARANTIE MALADIE INDIVIDUELLE : MODALITES PRATIQUES

C'est à partir de la deuxième partie des années quatre-vingt que les mutuelles ouvertes se sont mises à opérer d'importantes transformations concernant leurs pratiques sur le terrain de la garantie maladie individuelle.

Le fondement de cette mutation tient à la volonté manifestée explicitement par les mutuelles ouvertes de limiter l'écrémage des personnes à risque maladie faible par les sociétés d'assurance.

Pour présenter la mutation des pratiques, une enquête approfondie auprès des sociétés d'assurance et des mutuelles ouvertes a été effectuée. Ce chapitre rapporte les résultats obtenus en la matière, résultats qui s'avèrent conformes à nos démonstrations théoriques.

Dans un premier temps, nous exposerons les méthodes des sociétés d'assurance dans le domaine de la garantie maladie individuelle.

Dans un second temps, nous analyserons l'évolution des pratiques des mutuelles ouvertes sur ce terrain. Dans ce cadre, les méthodes des sociétés d'assurance serviront en quelque sorte d'étalon pour mesurer la force des transformations que les mutuelles ouvertes ont opérées.

CHAPITRE 5

LES PRATIQUES DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE : ETALON DES TRANSFORMATIONS OPÉRÉES

Pour apprécier les méthodes des sociétés d'assurance dans le champ de la garantie maladie individuelle, une étude exploratoire a été réalisée par nos soins durant la première moitié de l'année 1993.

L'échantillon a été constitué sur la base du fichier des sociétés d'assurance intervenant dans la branche "dommages corporels". Dans ce cadre, 20 sociétés d'assurance intervenant sur le terrain de la maladie individuelle ont été tirées au sort. Nous avons pu obtenir des résultats suffisamment précis pour 18 d'entre elles.

Ces 18 sociétés d'assurance¹ constituent l'échantillon sur la base duquel l'exploitation a été réalisée : en pratique, nous avons exploré l'ensemble des garanties maladie individuelle qu'elles proposaient aux personnes relevant du régime général de la Sécurité sociale.

Ces 18 organisations représentaient en 1993 au moins 50% des personnes couvertes à titre individuel par l'ensemble des sociétés d'assurance.

Pour obtenir des résultats suffisamment précis, près de 45 entretiens ont dû être effectués. En effet, il s'est avéré difficile d'obtenir des informations complètes auprès des directions des sociétés d'assurance prises en compte. Pour chaque cas, il a fallu généralement utiliser différentes sources, en particulier s'entretenir avec plusieurs agents généraux.

¹Ces sociétés agissaient la plupart du temps directement ou parfois par l'entremise d'associations loi 1901 créées habituellement par leurs soins. Par exemple, PFA intervenait via l'Association générale de prévoyance française. La Société Suisse employait l'Association générale interprofessionnelle de solidarité comme "régime d'accueil". Concernant leurs pratiques, les sociétés d'assurance ne diffèrent pas de manière significative selon qu'elles interviennent directement ou par l'entremise d'associations loi 1901. Ce point ne mérite donc pas une attention particulière pour l'analyse des comportements.

Au cours de notre réflexion théorique, nous avons exprimé constamment l'idée qu'une société d'assurance était régie par essence par les trois propositions suivantes :

- elle met en oeuvre un mécanisme de tarification discriminant : elle cherche à faire payer chaque assuré en fonction de l'importance du risque qu'il encourt effectivement.
- elle propose plusieurs niveaux de couverture en ce qui concerne la couverture d'une garantie donnée.
- elle a recours à des mécanismes restrictifs non tarifaires : délais d'attente, sélection des risques, exclusion ex post d'adhérents jugés trop consommateurs.

Dans ces conditions, nous analyserons ce qu'il en est précisément de chacune de ces propositions concernant la garantie maladie individuelle.

Pour ce faire, nous analyserons successivement en la matière :

- leurs pratiques tarifaires,
- leurs usages en ce qui concerne le nombre et la "hauteur" des niveaux de couverture,
- leurs usages en matière de mécanismes restrictifs non tarifaires.

1. LES PRATIQUES TARIFAIRES

Par nature, dans le champ de la garantie maladie individuelle (comme pour toute assurance individuelle), les sociétés d'assurance fonctionnent sur l'idée que le tarif dû par chacun doit être étroitement corrélé avec le risque encouru personnellement.

On sait ainsi qu'elles instituent par principe des mécanismes de tarification où, pour chaque personne, l'espérance mathématique des frais de maladie subis et (dans la mesure de leurs capacités de calcul actuariel) la variabilité attendue du niveau des frais de maladie à acquitter sont prises en compte.

En pratique, les sociétés d'assurance ne connaissent jamais de prime abord l'état du risque encouru par chacun des assurés. En effet, pour fixer un tarif, elles doivent utiliser des variables indicatrices, c'est-à-dire des variables corrélées avec la hauteur du risque encouru de la manière la plus juste qui soit.

Dans les faits, le tarif demandé à un assuré est ainsi fonction du niveau atteint (propre à chacun) par chacune des variables indicatrices prises en compte¹. (en notant que les clauses bonus-malus sont interdites en matière de garantie maladie individuelle).

Nous préciserons donc quelles sont les différentes variables indicatrices effectivement retenues par les sociétés d'assurance pour calculer les tarifs en matière de garantie maladie individuelle et la manière dont elles sont utilisées.

1.1. Des tarifs croissants avec l'âge atteint

Pour les sociétés d'assurance, la variable indicatrice centrale est "l'âge atteint" par les assurés, simplement parce que le risque maladie est très corrélé (positivement) avec cette variable² : la cotisation demandée par une société d'assurance à une personne donnée croît globalement avec l'âge atteint par cette personne, et cela quel que soit le niveau de la couverture proposée.

Il s'agit là d'une caractéristique absolument systématique et toujours mise en oeuvre depuis la Libération.

1.1.1. Prise en compte de l'âge atteint : modalités

Lorsqu'il s'est agi d'apprécier précisément de quelle manière les tarifs évoluaient avec l'âge atteint par les assurés, nous avons été confrontés à une certaine rétention de l'information de la part des sociétés d'assurance concernant les conditions tarifaires faites aux personnes du troisième et quatrième âge principalement (ces tarifs s'avérant en pratique extrêmement élevés puisque le risque maladie encouru est alors des plus lourds).

¹Les clauses bonus-malus sont interdites en matière de garantie maladie individuelle (hormis durant les deux premières années de couverture).

²Cf LECOMTE T., "Consommation pharmaceutique selon l'âge et le sexe des différentes classes thérapeutiques : évolution 1970-1980", CREDES, avril 1990.

Ainsi, sur les 18 sociétés d'assurance consultées :

- 11 nous ont fourni l'intégralité de leurs tarifs (dans la moitié des cas au prix de plusieurs entretiens).
- 6 nous ont octroyé seulement les tarifs appliqués jusqu'à l'âge de soixante ans environ (jusqu'à l'âge limite d'adhésion généralement).
- 1 n'a fourni aucun renseignement précis en la matière (bien que plusieurs de ses réseaux de commercialisation aient été investis par nos soins).

Pour environ un tiers des 18 sociétés d'assurance examinées, on a même pu déceler une réelle tendance à ne présenter aux postulants à l'adhésion que la première cotisation (mensuelle, trimestrielle ou annuelle) qu'ils auront à acquitter. Une telle pratique ne permet pas à la clientèle concernée de savoir précisément comment évoluera le tarif qui leur est appliqué en fonction de l'âge atteint, ce qui fausse en quelque sorte les règles du jeu¹.

Néanmoins, les informations fournies ont permis d'appréhender précisément comment les sociétés d'assurance tarifieraient en fonction de l'âge atteint.

1.1.1.1. Tranches d'âge et âge limite d'augmentation des tarifs

D'abord, effectivement, chez les 18 sociétés d'assurance consultées, la cotisation demandée à une personne donnée croît toujours globalement avec l'âge atteint par cette personne, et cela quel que soit le niveau de la couverture proposée.

Néanmoins, les sociétés d'assurance prévoient constamment une limite dans la progression des cotisations selon l'âge : à partir d'un âge donné, la cotisation n'augmente plus. Cet âge limite d'augmentation des tarifs est néanmoins constamment très élevé : début 1993, il était en moyenne de 69,8 ans environ.

Ensuite, les sociétés d'assurance fixent leurs tarifs soit par tranche d'âge unitaire (c'est-à-dire âge par âge), soit par tranche d'âge non unitaire .

¹Commercialement, un tel usage n'est pas véritablement rentable, parce que les consommateurs potentiels se montrent souvent très réservés face à ce type de pratiques (sauf quand les garanties maladie proposées par une société d'assurance ne sont pas compétitives).

La fixation des tarifs âge par âge est une pratique relativement courante. Ainsi, sur les 18 sociétés examinées, 7 proposaient un système de tarification dans le cadre duquel les cotisations des adultes étaient fixées totalement ou presque totalement par tranche d'âge unitaire.

D'un point de vue général, le nombre de tranches d'âge mis en oeuvre a tendance à être extrêmement élevé. Concernant les seuls adultes, il était en moyenne égal à environ 22,9 dans les premiers mois de l'année 1993, en notant qu'en cette matière la dispersion est forte (le minimum observé était de 4, le maximum de 55)¹.

Tableau 5.1.

Sociétés d'assurance : âge limite d'augmentation des tarifs, nombre de tranches d'âge

		Tarif adulte croissant avec l'âge atteint	Age limite d'augmentation des tarifs	Nombre de tranches d'âge
Assurance 1	toutes formules	oui	81 ans	13
Assurance 2	toutes formules	oui	70 ans	10
Assurance 3	toutes formules	oui	65 ans	4
Assurance 4	toutes formules	oui	70 ans	51
Assurance 5	toutes formules	oui	70 ans	51
Assurance 6	toutes formules	oui	65 ans	5
Assurance 7	toutes formules	oui	65 ans	46
Assurance 8	formule 1 (TM)	oui	76 ans	51
	formule 2	oui	76 ans	55
Assurance 9	toutes formules	oui	75 ans	12
Assurance 10	toutes formules	oui	65 ans	5
Assurance 11	toutes formules	oui	66 ans	4
Données moyennes (formules TM : Ticket modérateur)		oui : 100%	69,8 ans	22,9

1.1.1.2. Présentation graphique

Ci-après, nous avons représenté en une série de figures la manière dont les 11 sociétés d'assurance ayant fourni la totalité de leurs tarifs font évoluer la cotisation demandée aux assurés adultes en fonction de l'âge atteint (et cela toujours pour chacun des niveaux de couverture proposés).

Pour chacune de ces figures², l'âge atteint est placé sur l'axe des abscisses, tandis

¹Cf annexe IX : présentation détaillée des pratiques mises en oeuvre par chacune des 18 sociétés d'assurance retenues dans l'échantillon concernant la question des tranches d'âge.

²Deux figures ont été réalisées pour la société d'assurance 7 : elle proposait simultanément deux gammes de garantie maladie. Pour les calculs des moyennes, la gamme la plus courante (la gamme 1) a été

que la cotisation mensuelle demandée est placée sur l'axe des ordonnées.

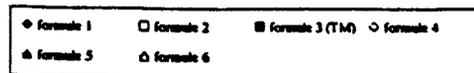
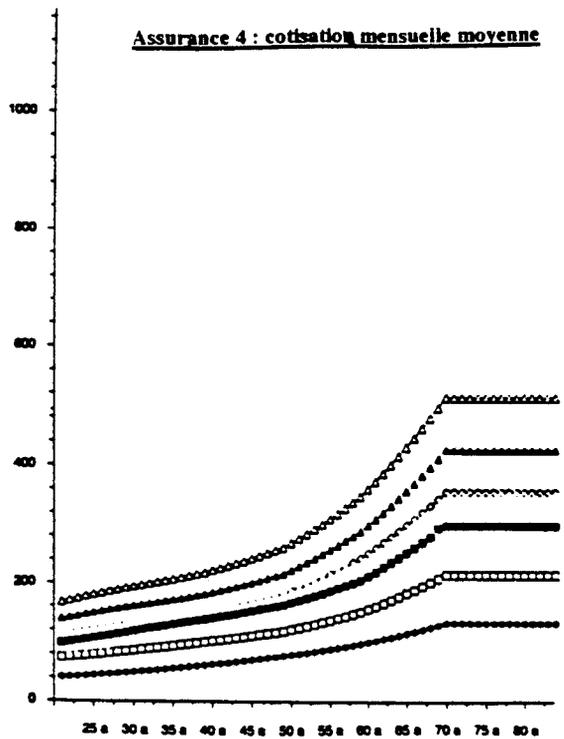
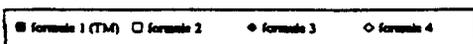
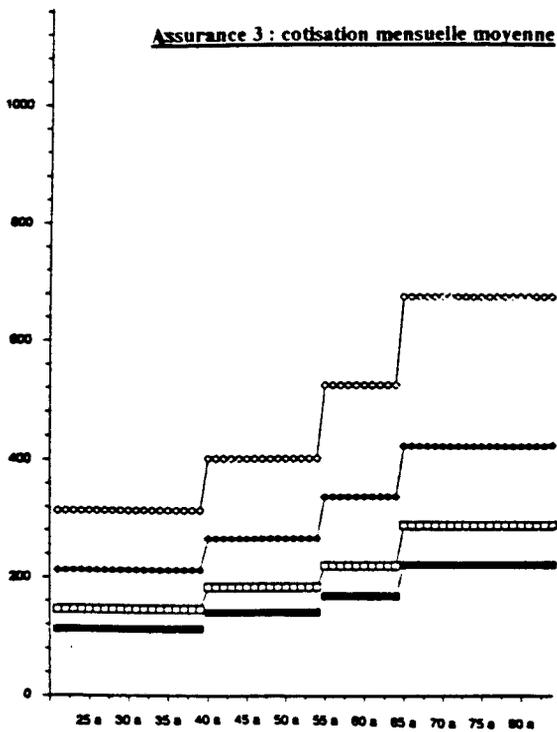
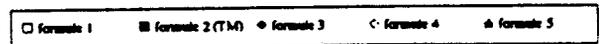
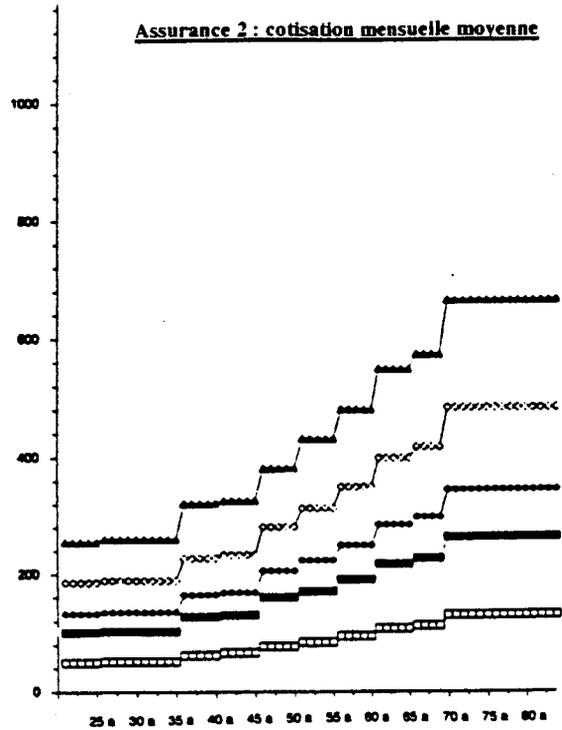
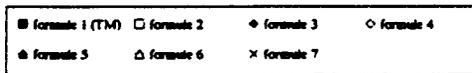
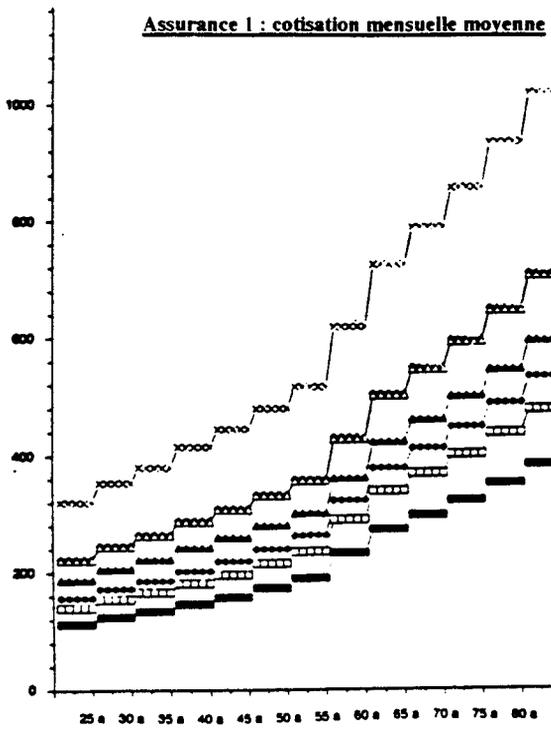
Les tarifs demandés ne sont pas toujours les mêmes, nous y reviendrons, selon que la personne concernée est de sexe masculin ou de sexe féminin. Pour contourner cette difficulté, la cotisation mensuelle placée en ordonnées correspond ici à la moyenne du tarif mensuel demandé à un homme et du tarif mensuel demandé à une femme (pour un âge donné)¹.

retenue.

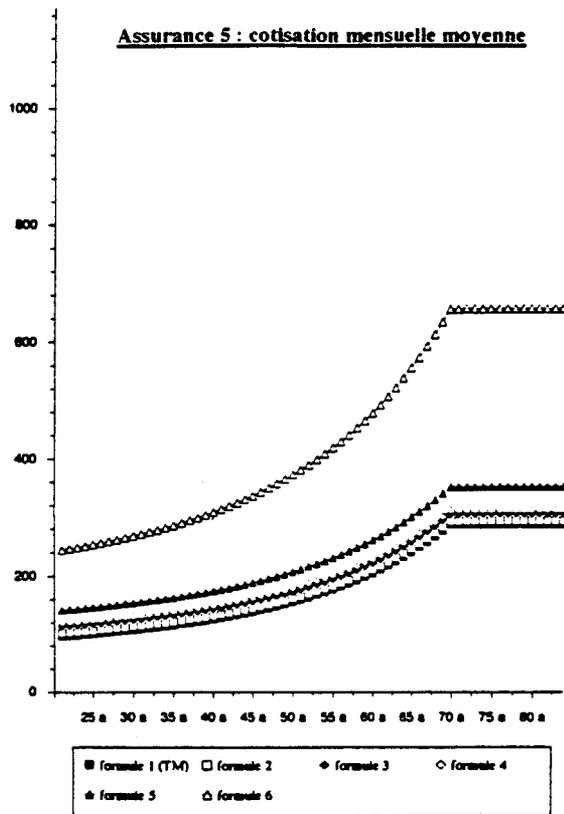
¹ Sur les 11 sociétés d'assurance nous ayant fourni l'intégralité de leurs tarifs, il s'est avéré que 7 prenaient en compte le sexe de l'assuré. Pour une vision complète, on trouvera dans l'annexe X les figures représentant la manière dont les sociétés d'assurance prenant en compte le sexe dans leur tarification font évoluer la cotisation demandée d'une part aux hommes, d'autre part aux femmes en fonction de l'âge atteint.

Figures 5.1.

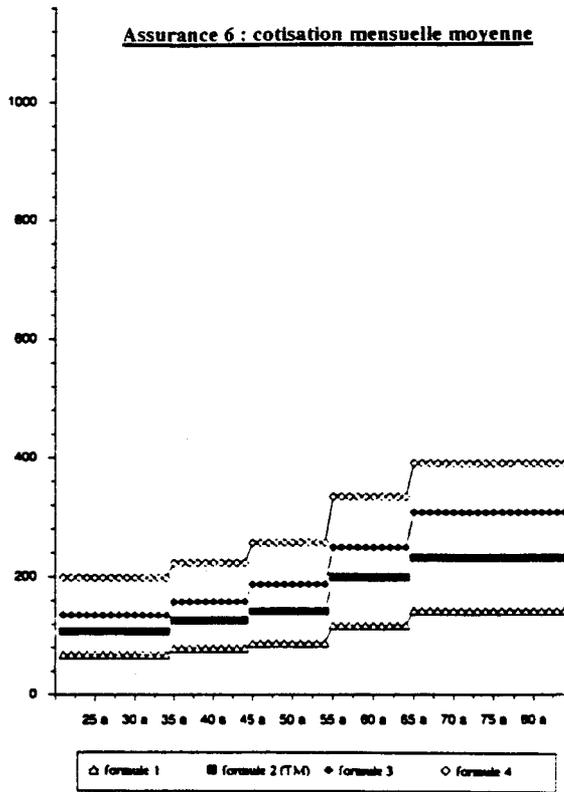
Sociétés d'assurance : prise en compte de l'âge atteint (moyenne du tarif mensuel demandé à un homme et du tarif mensuel demandé à une femme)



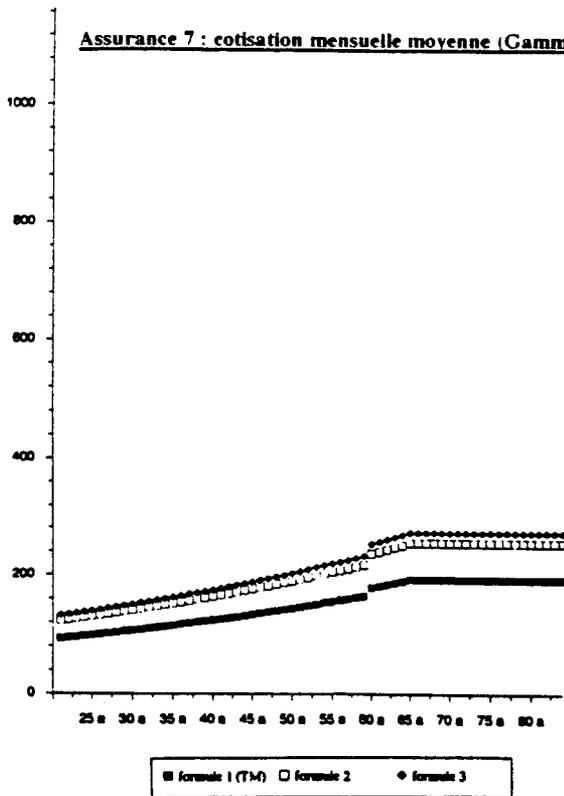
Assurance 5 : cotisation mensuelle moyenne



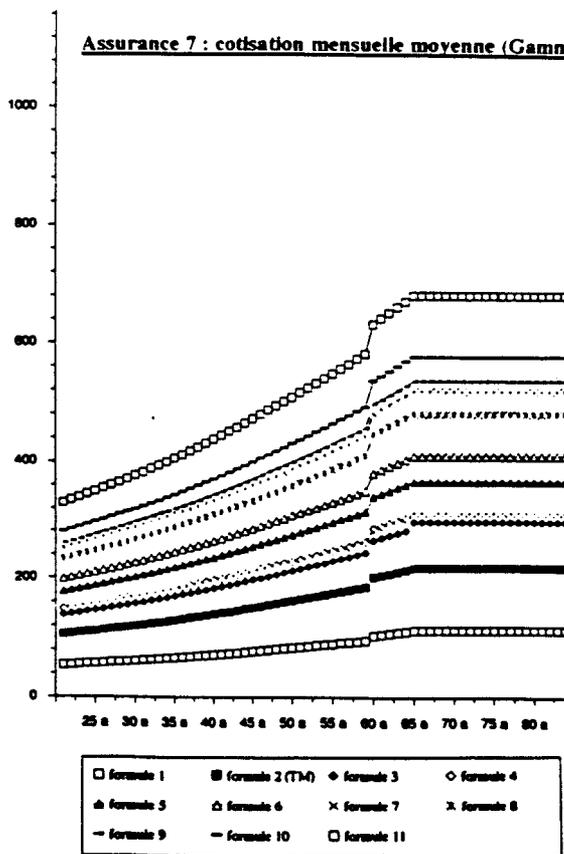
Assurance 6 : cotisation mensuelle moyenne



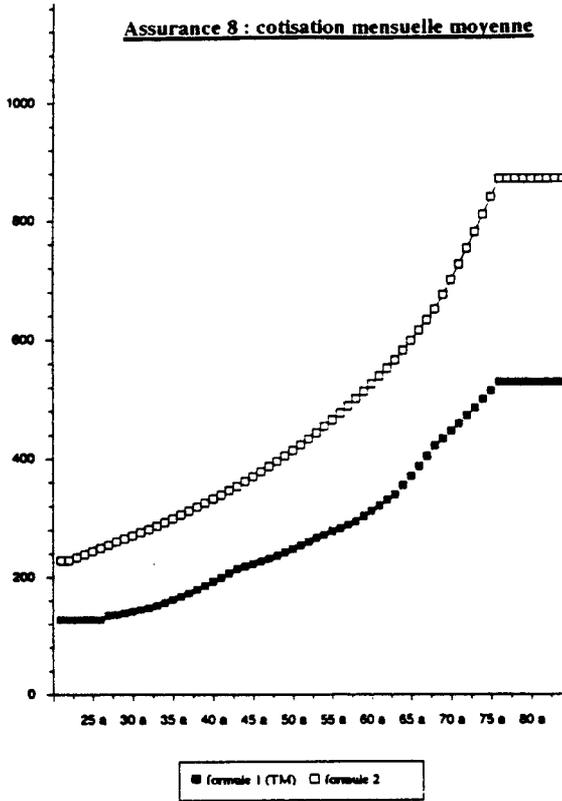
Assurance 7 : cotisation mensuelle moyenne (Gamme 1)



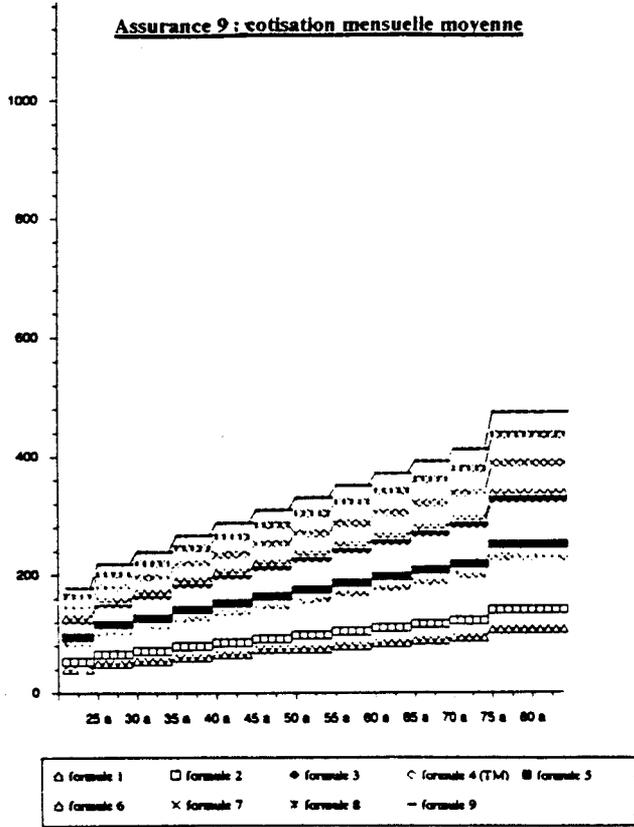
Assurance 7 : cotisation mensuelle moyenne (Gamme 2)



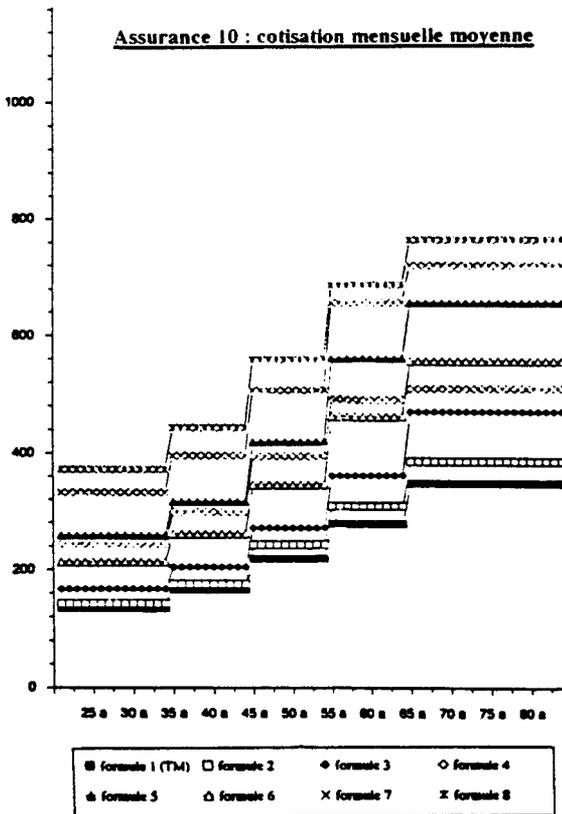
Assurance 8 : cotisation mensuelle moyenne



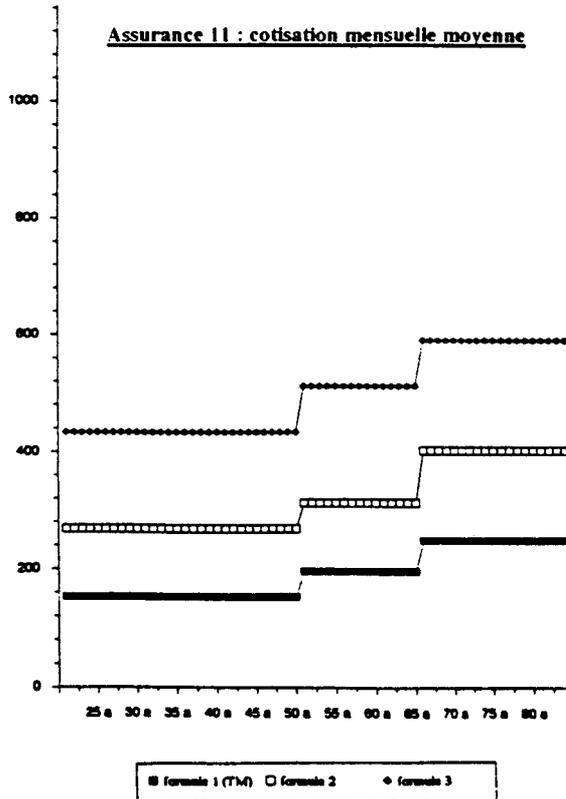
Assurance 9 : cotisation mensuelle moyenne



Assurance 10 : cotisation mensuelle moyenne



Assurance 11 : cotisation mensuelle moyenne



1.1.2. Force de la prise en compte de l'âge atteint

Pour résumer la force de la prise en compte de la variable âge atteint (afin de pouvoir réaliser des comparaisons avec les mutuelles), il a fallu imaginer un indicateur synthétique.

1.1.2.1. Mesure synthétique

Dans le souci de caractériser par un indicateur unique la force de la prise en compte de la variable âge atteint par les sociétés d'assurance, la procédure suivante a été retenue (pour chacun des niveaux de couverture commercialisés) :

-1) Nous avons calculé la cotisation mensuelle moyenne qui serait demandée à une personne souscrivant une formule de garantie maladie donnée à son 21^{ème} anniversaire et conservant le bénéfice de cette garantie jusqu'à son 85^{ème} anniversaire, en supposant constant le mécanisme de tarification proposée.

- 2) Nous avons calculé dans un second temps l'écart-type des cotisations mensuelles versées par cette personne bénéficiant de la garantie en question (depuis son 21^{ème} anniversaire jusqu'à son 85^{ème} anniversaire).

- 3) On en a tiré le coefficient de variation, de façon à mesurer la dispersion relative des données.

Coefficient de variation = $\frac{\text{écart-type cotisation mensuelle 21-84 ans}}{\text{moyenne cotisation mensuelle 21-84 ans}}$

Le coefficient de variation ici défini constitue un indicateur synthétique de la force de la prise en compte de la variable âge atteint pour une formule de garantie donnée (sachant que les cotisations demandées ne diminuent jamais lorsqu'on vieillit).

Cette procédure a été appliquée en considérant :

- 1) la moyenne de la cotisation demandée à un homme et à une femme
- 2) la cotisation demandée à un homme

-3) la cotisation demandée à une femme.

Et nous avons réalisé la moyenne des résultats obtenus :

-pour chacune des formules de garanties commercialisées par les sociétés d'assurance

-et, de façon plus restreinte, pour chacune des formules de garanties Ticket modérateur (formules TM)¹ commercialisées.

Une garantie Ticket modérateur consiste schématiquement en la prise en charge des dépenses totales à l'exception des dépassements de tarifs de la Sécurité sociale.

L'intérêt marqué pour les formules Ticket modérateur vient de ce que toutes les sociétés d'assurance (et presque toutes les mutuelles ouvertes) en proposent une, ce qui constitue une base de comparaison remarquable.

Figure 5.2.

Le Ticket modérateur

Dépenses réelles	
Tarif Sécurité sociale (le tarif de responsabilité schématiquement)	Dépassements de tarifs
Remboursement de la SS	Ticket modérateur

Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 5.2. Ils serviront pour mesurer la force des transformations opérées par les mutuelles ouvertes².

¹Le Ticket modérateur ne constitue donc qu'une partie de la charge incombant aux consommateurs de soins.

²Le détail des résultats obtenus (pour toutes les garanties investies : garanties Ticket modérateur et autres) est présenté dans l'annexe XI.

Tableau 5.2.

Sociétés d'assurance : prise en compte de la variable âge atteint
(données moyennes)

	Cotisation moyenne Homme-Femme	Cotisation Homme	Cotisation Femme
Cotisation mensuelle moyenne 21-84 ans toutes formules	286,0 francs	273,9 francs	298,3 francs
Cotisation mensuelle moyenne 21-84 ans toutes formules TM	196,5 francs	188,9 francs	204,1 francs
Coefficient de variation moyen 21-84 ans toutes formules	0,3100	0,3273	0,2944
Coefficient de variation moyen 21-84 ans toutes formules TM	0,3307	0,3453	0,3178

1.1.2.2. Autres indicateurs

D'autres indicateurs, qui permettent d'obtenir des résultats très explicites, ont été imaginés :

- le rapport montant de la cotisation à 40 ans
montant de la cotisation à 21 ans
- le rapport montant de la cotisation à 59 ans
montant de la cotisation à 21 ans
- le rapport montant de la cotisation à 78 ans
montant de la cotisation à 21 ans

Les résultats moyens obtenus concernant les formules de garantie Ticket modérateur manifestent la force de la prise en compte de l'âge atteint (tableau 5.3)¹.

Tableau 5.3.

Sociétés d'assurance : progression des cotisations en fonction de l'âge atteint
(données moyennes formules Ticket modérateur)

	Cotisation moyenne Homme-Femme	Cotisation Homme	Cotisation Femme
Rapport <u>cotisation 40 ans</u> cotisation 21 ans	1,31	1,29	1,32
Rapport <u>cotisation 59 ans</u> cotisation 21 ans	1,90	1,93	1,87
Rapport <u>cotisation 78 ans</u> cotisation 21 ans	2,64	2,70	2,57

¹Le détail des résultats obtenus (pour toutes les garanties investies) est présenté dans l'annexe XII.

On notera ici que la prise en compte de l'âge atteint est parfois très facilement modélisable.

1.2. Déterminants autres que l'âge atteint

Bien qu'il joue un rôle particulièrement substantiel, l'âge atteint n'est pas la seule variable indicatrice prise en considération en matière de fixation des tarifs.

1.2.1. Le sexe : prise en compte à des degrés divers

Le sexe constitue l'une des autres variables indicatrices retenues, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'il s'agit là d'un critère déterminant pour partie le coût des dépenses de santé engagées par les individus¹.

La prise en compte du sexe constitue une pratique courante, mais non généralisée contrairement à ce qu'il en est de la variable âge atteint : sur les 18 sociétés d'assurance examinées, 9 proposaient une différenciation tarifaire selon le sexe.

1.2.1.1. Intensité de la prise en compte

Pour mesurer la force de la prise en compte du sexe par les sociétés d'assurance, nous avons calculé (pour chacune des formules de garantie commercialisées par les 11 sociétés d'assurance nous ayant fourni l'intégralité de leurs tarifs) le rapport entre :

- la cotisation mensuelle moyenne qui serait demandée à une femme souscrivant une formule de garantie maladie donnée à son 21^{ème} anniversaire et conservant le bénéfice de cette garantie jusqu'à son 85^{ème} anniversaire

- et la cotisation mensuelle moyenne qui serait demandée à un homme dans les mêmes conditions (depuis son 21^{ème} jusqu'à son 85^{ème} anniversaire).

¹Cf LECOMTE T., déjà cité.

Les résultats globaux obtenus (tableau 5.4.) manifestent que, sur la période 21-84 ans, les sociétés d'assurance demandent un tarif plus élevé aux femmes qu'aux hommes : la différence observée est légèrement supérieure à 8%¹.

Tableau 5.4.

Sociétés d'assurance : prise en compte du sexe (données moyennes)

	Rapport Femme/ Homme
Cotisation moyenne femme 21-84 ans toutes formules	1,085
Cotisation moyenne homme 21-84 ans	
Cotisation moyenne femme 21-84 ans toutes formules TM	1,083
Cotisation moyenne homme 21-84 ans	

1.2.1.2. Diversité de la prise en compte

Les sociétés d'assurance prenant en compte le sexe de l'assuré ne désavantagent pas toutefois systématiquement la gent féminine.

En effet, il est apparu qu'une des sociétés d'assurance consultées demandait (toujours sur la période 21-84 ans) un tarif globalement plus faible aux femmes qu'aux hommes (les 8 autres sociétés qui tenaient compte du sexe exigeant des femmes un tarif globalement plus élevé).

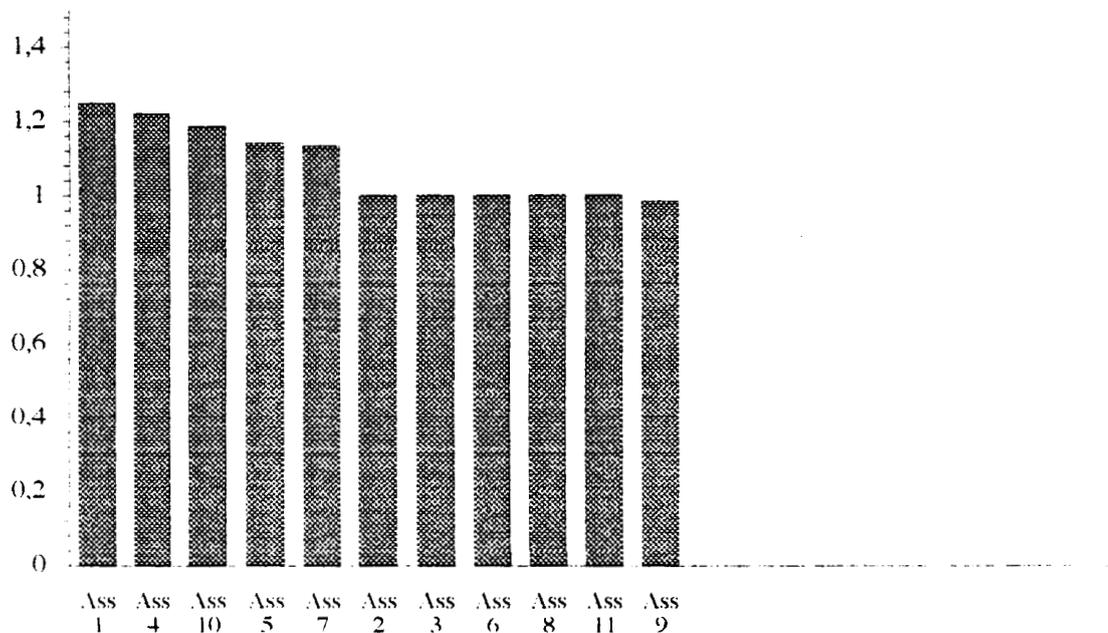
La figure 4.2. manifeste cette réalité pour les formules Ticket modérateur commercialisées par les 11 sociétés d'assurance nous ayant fourni l'intégralité de leurs tarifs.

¹Pour le détail des résultats obtenus, cf annexe XIII.

Figure 5.3.

Sociétés d'assurance : Cotisation moyenne femme 21-84 ans
Cotisation moyenne homme 21-84 ans

(données moyennes formules TM)

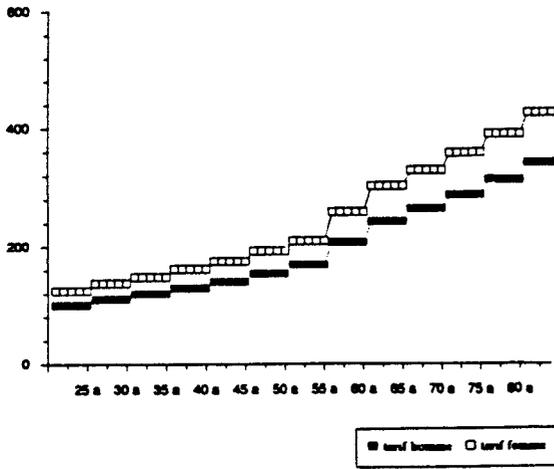


Pour exprimer cette diversité, des graphiques ont été construits aussi en ce qui concerne encore une fois les garanties Ticket modérateur commercialisées par les sociétés d'assurance tenant compte du sexe (figures 5.4.) : l'âge atteint est placé sur l'axe des abscisses, tandis que la cotisation mensuelle est placée sur l'axe des ordonnées.

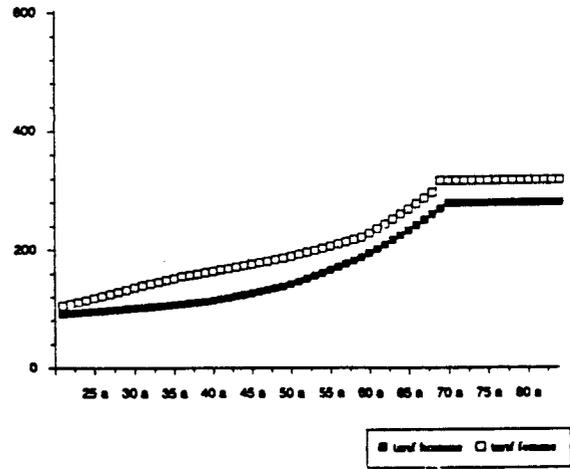
Figures 5.4.

Sociétés d'assurance : prise en compte du sexe selon l'âge atteint
(formules TM)

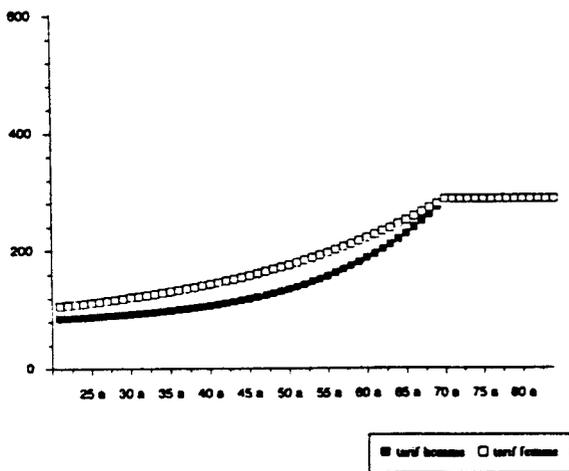
Assurance 1 : cotisation mensuelle (formule TM)



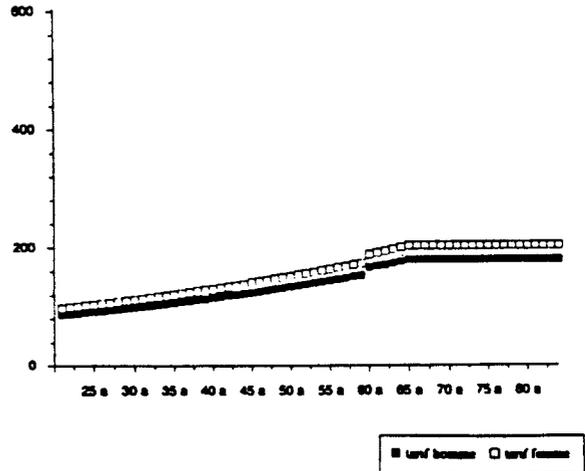
Assurance 4 : cotisation mensuelle (formule TM)



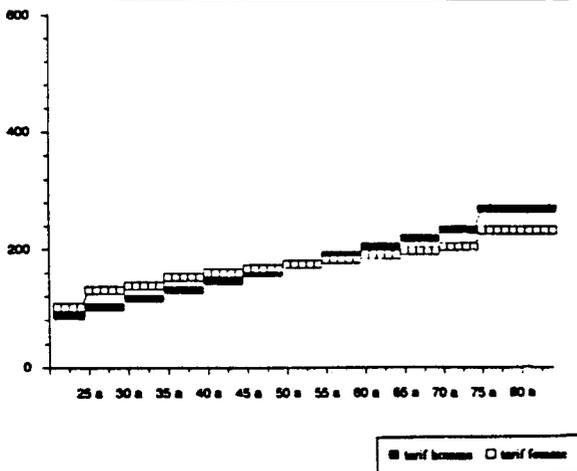
Assurance 5 : cotisation mensuelle (formule TM)



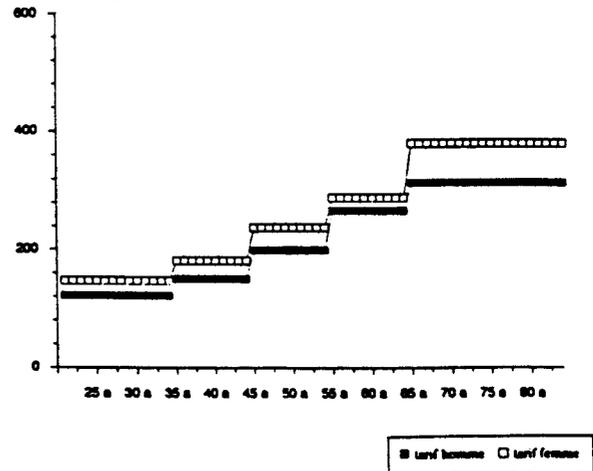
Assurance 7 : cotisation mensuelle (formule TM)



Assurance 9 : cotisation mensuelle (formule TM)



Assurance 10 : cotisation mensuelle (formule TM)



1.2.2. Le nombre d'enfants : prise en compte systématique

Le nombre d'enfants constitue une autre variable indicatrice retenue par les sociétés d'assurance. Il s'agit là d'une pratique systématique et qui n'a jamais cessé d'être de mise : la couverture des enfants n'est jamais réalisée intégralement à titre gratuit par cette catégorie d'organisations¹.

La prise en compte du nombre d'enfants présente néanmoins des caractères particuliers :

-1) Pour tous les niveaux de couverture commercialisés, les sociétés d'assurance prévoient presque constamment (tableau 5.5.) :

-soit la gratuité de la couverture des enfants venant au delà d'un nombre donné d'enfants (gratuité à partir du 3^{ème} ou 4^{ème} enfant en pratique)

-soit la gratuité de la couverture des enfants (venant en excédent) si le nombre de personnes composant le groupe familial (adultes compris) dépasse un nombre donné.

Tableau 5.5.

Sociétés d'assurance : la question de la gratuité de la couverture pour les enfants

		Gratuité à partir du x ^{ème} enfant	Gratuité à partir de la x ^{ème} personne
Assurance 1	toutes formules	4 ^e	-
Assurance 2	toutes formules	3 ^e	-
Assurance 3	toutes formules	-	-
Assurance 4	toutes formules	3 ^e	-
Assurance 5	toutes formules	3 ^e	-
Assurance 6	toutes formules	4 ^e	-
Assurance 7	toutes formules	3 ^e	-
Assurance 8	toutes formules	-	6 ^e
Assurance 9	toutes formules	3 ^e	-
Assurance 10	toutes formules	3 ^e	-
Assurance 11	toutes formules	-	-

-2) La cotisation par enfant diminue toujours avec le nombre d'enfants intégrant le groupe familial (tableau 5.6.)

¹La variable "nombre d'enfants" n'a pas été retenue dans la formalisation théorique des pratiques tarifaires des sociétés d'assurance. Son introduction ne poserait pas de problème particulier, si ce n'est qu'elle rendrait plus lourde la modélisation : il suffirait de raisonner non pour une personne donnée, mais pour un groupe de personnes donné correspondant à la cellule familiale.

Tableau 5.6.

Sociétés d'assurance : niveau des tarifs enfants en fonction du nombre d'enfants

		cotisation 2 ^e enfant cotisation 1 ^{er} enfant	cotisation 3 ^e enfant cotisation 1 ^{er} enfant	cotisation 4 ^e enfant cotisation 1 ^{er} enfant
Assurance 1	toutes formules	0.82 environ	0.75 environ	0
Assurance 2	toutes formules	0,85 environ	0	0
Assurance 3	toutes formules	réduction tarifs fonction du nombre d'assurés : 4 assurés : - 5%, 5 assurés : - 10%, 6 assurés : - 15%, 7 assurés : - 25%		
Assurance 4	toutes formules	1	0	0
Assurance 5	toutes formules	1	0	0
Assurance 6	toutes formules	0.851	0.701	0
Assurance 7	toutes formules	1	0	0
Assurance 8	toutes formules	réduction tarifs fonction du nombre d'assurés : 3 assurés : - 5%, 4 assurés : - 10%, 5 assurés : - 20%		
Assurance 9	toutes formules	1	0	0
Assurance 10	toutes formules	1	0	0
Assurance 11	toutes formules	1	0,5	0,5

-3) Les enfants bénéficient de tarifs toujours plus bas que ceux réservés aux adultes. Ainsi, en ce qui concerne les garanties Ticket modérateur, si l'on prend en compte une famille composée de deux conjoints et de 5 enfants, la cotisation correspondant à la couverture des 5 enfants représente en moyenne, sur la base de la période 21-84 ans, 48% de la cotisation correspondant à la couverture des 2 parents¹.

1.2.3. Autres variables

Des variables, autres que l'âge atteint, le sexe et le nombre d'enfants sont utilisées par les sociétés d'assurance. Elles s'avèrent plus difficiles à présenter car les informations précises à ce sujet sont parmi les moins aisées à obtenir.

1.2.3.1. Mesures de l'état de santé

Des mesures de l'état de santé des assurés sont souvent prises en compte.

¹Pour les résultats détaillés (toutes garanties commercialisées), cf annexe XIV.

1) les sociétés d'assurance adaptent généralement la cotisation demandée aux candidats à l'entrée dans l'assurance, à une mesure de leur "état physique" (grâce à l'usage de questionnaires médicaux).

NB : quelques exemples des sur-cotisations pratiquées par une même société d'assurance:

- varices, phlébites, infarctus, kyste au sein, diabète gras, sciatique, troubles ovariens, fibrome non opéré, salpingite : + 40%

- hypertension, asthme traité, bronchite chronique, gastrite, hémorroïdes, kyste au sein, cholestérol, infections urinaires récidivantes : + 20%

2) On trouve aussi trace de demandes de sur-cotisation pour mauvais état de santé adressées à des personnes qui étaient déjà entrées dans l'assurance (depuis moins de deux ans en principe, conformément à la loi EVIN du 31 décembre 1989), ce qui est illustré par le texte suivant¹ :

"Les résultats techniques de votre contrat d'assurance santé accusent un déséquilibre important entre les prestations que nous avons réglées et les primes que vous avez versées.

Nous ne pourrions continuer à vous rendre les services que vous attendez de votre contrat, si nous ne rétablissons pas cette situation en procédant à un réajustement de votre prime à compter de sa prochaine échéance principale.

En conséquence, l'avis de paiement qui vous sera adressé...devra être majoré de 50% et ce, indépendamment d'une éventuelle augmentation applicable à l'ensemble des contrats. Si vous refusez d'acquitter le montant de la prime qui vous sera demandé, nous vous prions de considérer cette lettre recommandée comme valant résiliation..."

1.2.3.2. Sports, loisirs, moyens de transport et autres

Les sociétés d'assurance sont susceptibles de différencier aussi les tarifs selon les sports pratiqués.

Par exemple, lors de nos investigations, il est apparu que la société d'assurance 1 demandait une sur-cotisation de 10% lorsque des activités sportives étaient réalisées dans

¹Cf MGEN. "Extrait d'une lettre émanant d'une société d'assurance", MGEN, n°136, 1991.

le cadre de compétitions officielles (les compétitions nationales et internationales étant exclues). La société d'assurance 8 prévoyait une sur-cotisation de 10% s'il y avait ascension en haute montagne, de 15% si le judo, le karaté ou le polo étaient pratiqués.

Ce type de démarche n'est pas néanmoins un phénomène généralisé chez les sociétés d'assurance. Signe de ce phénomène, sur la base des questionnaires médicaux analysés, les deux tiers "seulement" des sociétés observées interrogeaient leur clientèle sur les sports pratiqués.

Le degré de dangerosité des professions exercées et les moyens de transports interviennent aussi le cas échéant (rarement en pratique). Par exemple, la société d'assurance 8 demandait ainsi une sur-cotisation pour usage de motocyclettes de plus de 80 cm³ (+ 10% entre 80 cm³ et 125 cm³, + 15% au delà de 125 cm³).

Une partie relativement importante des sociétés d'assurance¹ proposent enfin des cotisations variant selon le lieu d'habitation de l'assuré. Elles tiennent alors compte des différences existant entre zones géographiques concernant les usages en matière de dépassements de tarifs, d'équipements sanitaires...

On ne s'attardera pas néanmoins sur cet état de fait. En effet, notre démarche a consisté à obtenir des informations tarifaires valables pour le département du Nord : il s'agissait pour nous de pouvoir comparer les pratiques des sociétés d'assurance avec celles notamment de mutuelles ouvertes limitant leur action à tout ou partie de ce champ.

Au terme de cette analyse tarifaire, il apparaît clairement que l'état du risque encouru par une personne donnée détermine pour l'essentiel le montant de la cotisation qui lui est demandée par une société d'assurance (sachant que les considérations d'ordre commercial rentrent aussi évidemment en ligne de compte).

2. LES PRATIQUES NON TARIFAIRES

En ce qui concerne les pratiques non tarifaires, nous savons qu'une société d'assurance est régie par essence par les propositions suivantes :

¹Il existe des preuves statistiques quant à l'existence de différences entre les coûts de santé subis selon les zones géographiques. Cf BIED-CHARRETON P., CLAUDIN H., MORET A., déjà cité.

- elle offre naturellement plusieurs niveaux de couverture pour un risque donné.
- elle recourt à des mécanismes restrictifs non tarifaires : délais d'attente, sélection des risques, exclusion ex post d'adhérents jugés trop consommateurs.

Examinons ce à quoi ces propositions correspondent effectivement dans le champ de la garantie maladie individuelle.

2.1. Les formules de remboursements offertes

Les sociétés d'assurance sont des prestataires de service. Elles offrent donc naturellement un nombre élevé de garanties maladie afin de répondre le plus largement possible à la demande de leur clientèle.

A ce sujet, il n'existe pas de véritable rétention de l'information.

2.1.1. Une offre diversifiée

Les 18 sociétés d'assurance investies nous ont proposé en moyenne 6,3 garanties maladie individuelles, ce qui manifeste la grande diversité des produits constitués en la matière.

Plus précisément, deux types de garanties nous ont été présentées :

- des garanties dites Gros Risque : leur objet est de couvrir seulement les frais de maladie liés à une hospitalisation
- des garanties Petit et Gros Risques : leur objet est de couvrir les frais de maladie qu'ils soient liés ou non à une hospitalisation.

Les garanties maladie Petit et Gros Risques sont nettement plus nombreuses que les garanties maladie Gros Risque : plus des trois quarts des produits proposés étaient des garanties Petit Risque.

2.1.2. Une comparaison difficile

Il est difficile de comparer précisément la "hauteur" des garanties maladie individuelles commercialisées.

En effet, chaque garantie maladie couvre en pratique un nombre important de types de frais de maladie (pour les garanties maladie Petit et Gros Risques par exemple : médecine générale, médecine spécialisée, soins infirmiers, optique, soins dentaires, etc...)¹.

Dans ces conditions, une garantie donnée s'avère généralement meilleure qu'une autre pour un type de frais donné (par exemple la médecine spécialisée) et moins bonne pour un autre type de frais (par exemple les soins infirmiers), ce qui rend quasiment incomparable les produits proposés.

Une exception de taille se doit toutefois d'être relevée : toutes les sociétés d'assurance proposent une formule Ticket modérateur (qui consiste, nous le savons, en la prise en charge du Ticket modérateur approximativement pour les différents types de frais²).

L'intérêt marqué pour les formules Ticket modérateur que nous manifestons vient ainsi, encore une fois, de ce que toutes les sociétés d'assurance (et presque toutes les mutuelles ouvertes) en proposent une, ce qui constitue une base de comparaison intéressante.

2.1.3. Des gammes de garanties très étendues

Bien qu'il soit difficile de comparer précisément les garanties proposées, la question de l'étendue des gammes de produits peut être appréhendée.

¹Pour les différents types de frais de santé pris en compte dans une garantie maladie, les sociétés d'assurance définissent simplement des plafonds de couverture au-delà desquels ils n'interviennent plus. Dans notre présentation théorique, on considérerait implicitement qu'il n'existait qu'un seul type de frais de maladie, ce qui constituait une simplification de la réalité (par souci de clarté dans l'exposition).

²Les sociétés d'assurance rajoutent généralement des forfaits de faible importance (et variables) pour les frais de type prothèses dentaires et optique. Les formules Ticket modérateur sont donc rarement rigoureusement identiques. Elles ne le sont qu'approximativement.

En matière de garantie maladie Petit et Gros Risques, il s'avère que :

- la garantie Ticket modérateur, qui ne constitue qu'une partie de la charge incombant aux consommateurs de soins est souvent (dans trois quarts des cas environ) la formule minimale proposée (le quart restant des sociétés d'assurance "démarrant" leur gamme de garantie à un niveau légèrement plus bas).

- la garantie maximale commercialisée correspond constamment à la couverture de la quasi intégralité (voire de l'intégralité) des dépenses de santé subies.

En matière de garantie maladie Gros Risque, il s'avère que :

- la formule minimale proposée est presque constamment d'un niveau conséquent (les formules ne prenant pas en charge plus ou moins fortement les dépassements de tarifs sont rares).

- la formule maximale (lorsque plusieurs garanties Gros Risque sont proposées) correspond constamment à la couverture de la quasi intégralité (voire de l'intégralité) des dépenses de santé subies (en matière d'hospitalisation).

Dans le souci de mesurer l'écart moyen entre la garantie minimale et la garantie maximale proposées, nous avons utilisé à nouveau la procédure spécifique de calcul mise en oeuvre à propos des 11 sociétés d'assurance nous ayant fourni l'intégralité de leurs tarifs : calcul de la cotisation mensuelle moyenne qui serait demandée à une personne bénéficiant d'une formule donnée depuis son 21^{ème} jusqu'à son 85^{ème} anniversaire (en supposant constant le mécanisme de tarification proposée).

On en a tiré les résultats moyens suivants¹ :

¹Pour une présentation détaillée des résultats, cf annexe XV.

Tableau 5.7.

Etendue de la gamme de garanties (données moyennes)

	Rapport moyen
Garanties Petit Risque uniquement (moyenne cotisation Homme Femme)	
<u>cotisation 21-84 ans formule Maximum</u> cotisation 21-84 ans formule TM	2,38
<u>cotisation 21-84 ans formule Minimum</u> cotisation 21-84 ans formule TM	0,97
<u>cotisation 21-84 ans formule Maximum</u> cotisation 21-84 ans formule Minimum	2,45
Garanties Petit Risque et Gros risque (moyenne cotisation Homme Femme)	
<u>cotisation 21-84 ans formule Maximum</u> cotisation 21-84 ans formule TM	2,38
<u>cotisation 21-84 ans formule Minimum</u> cotisation 21-84 ans formule TM	0,82
<u>cotisation 21-84 ans formule Maximum</u> cotisation 21-84 ans formule Minimum	3,12

Pour donner un idée suffisamment précise des garanties proposées, nous avons réalisé aussi un fichier présentant les niveaux de couverture institués pour 9 types-clés de frais de santé (honoraires des médecins conventionnés, pharmacie, optique, etc..). Ce fichier est présenté dans son entier dans l'annexe XVI.

2.2. Les mécanismes restrictifs non tarifaires

Les sociétés d'assurance ne se contentent pas de proposer de larges gammes de garanties maladie individuelles.

Conformément à leur nature, elles mettent aussi largement en oeuvre des mécanismes restrictifs non tarifaires : délais d'attente, sélection des risques à l'entrée, exclusion ex post d'adhérents.

2.2.1. Délais d'attente : pratique généralisée

Les sociétés d'assurance mettent en place systématiquement des systèmes de délais d'attente, qui ont pour fonction, par nature, de faire différer la date d'obtention du

droit à prestations et la date de souscription du contrat.

Pour les sociétés d'assurance, les délais d'attente visent simplement à éviter de couvrir des "risques en cours" (c'est-à-dire à effectuer des remboursements pour des "sinistres" ayant eu lieu avant l'adhésion).

Dans ces conditions, les délais d'attente varient selon les types de frais de santé composant chaque garantie maladie : la durée d'un délai d'attente qui s'avère nécessaire pour éviter de couvrir un "risque en cours" diffère selon les types de frais de santé concernés.

Le tableau 5.8. présente les informations obtenues en la matière lors de notre enquête¹.

Tableau 5.8.

Sociétés d'assurance : délais d'attente

	maladies courantes	hospitalisation	maternité	optique	soins dentaires	prothèses dentaires
Assurance 1 (formules 1 à 3)	sans	sans	9 mois	sans	sans	12 mois
Assurance 1 (formules 4 à 7)	3 mois	3 mois	9 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Assurance 2	3 mois	3 mois	10 mois	3 mois	6 mois	6 mois
Assurance 3	3 mois	3 mois	9 mois	6 mois	nm	6 mois
Assurance 4	sans	sans	sans	sans	sans	12 mois
Assurance 5	3 mois	3 mois	9 mois	6 mois	3 mois	12 mois
Assurance 6	3 mois	3 mois	9 mois	nm	6 mois	12 mois
Assurance 7	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	6 mois	12 mois
Assurance 8	2 mois	3 mois	10 mois	6 mois	6 mois	6 mois
Assurance 9	3 mois	3 mois	9 mois	6 mois	3 mois	6 mois
Assurance 10	3 mois	3 mois	9 mois	nm	6 mois	12 mois
Assurance 11	3 mois	3 mois	9 mois	nm	nm	9 mois
Assurance 12	3 mois	3 mois	9 mois	3 mois	3 mois	6 mois
Assurance 13	3 mois	3 mois	10 mois	6 mois	3 mois	12 mois
Assurance 14 (formules 1 à 5)	3 mois	3 mois	10 mois	nm	6 mois	6 mois
Assurance 14 (formules 6 à 8)	sans	sans	10 mois	nm	sans	sans
Assurance 15	3 mois	3 mois	9 mois	nm	nm	12 mois
Assurance 16	3 mois	3 mois	9 mois	3 mois	6 mois	12 mois
Assurance 17	3 mois	3 mois	10 mois	10 mois	3 mois	10 mois
Assurance 18	3 mois	3 mois	10 mois	6 mois	3 mois	12 mois

Ces délais s'appliquent aux personnes pouvant effectivement chercher à adhérer afin d'obtenir des remboursements pour des "sinistres" déjà nés (c'est-à-dire principalement aux personnes qui n'étaient pas couvertes antérieurement par un autre

¹Lorsque la longueur d'un délai d'attente n'a pas été strictement mentionnée ou que plusieurs durées nous ont été proposées selon le réseau commercial interrogé, le signe nm est utilisé.

organisme assureur).

En effet, les personnes prises à la concurrence obtiennent aisément la suppression d'une grande part, voire de l'intégralité des délais d'attente prévus, dès lors que leur ancienne garantie était d'un niveau au moins égal et que la résiliation du contrat est réellement leur fait (pas celui de l'organisme assureur).

D'un point de vue général, les délais d'attente sont enfin souvent négociables (surtout pour les personnes jeunes sans problème de santé)¹.

2.2.2. Sélection des risques sans recherche particulière d'informations : âge limite d'adhésion

Nous avons distingué dans le cadre de notre travail de formalisation deux types de sélection des risques : une sélection des risques sans recherche particulière d'informations (c'est-à-dire où seules les variables de type état civil sont prises en compte) et une sélection des risques avec recherche particulière d'informations.

En matière de sélection des risques sans recherche particulière d'informations, les 18 sociétés d'assurance examinées utilisaient systématiquement un âge limite d'adhésion.

Début 1993, il était en moyenne d'environ 63,5 ans pour les garanties Ticket modérateur, en notant que les sociétés d'assurance modifient fréquemment le niveau de l'âge limite d'adhésion mis en oeuvre.

¹Pour cette raison, nous ne proposons pas de délais d'attente moyens par type de frais de santé.

Tableau 5.9.

Sociétés d'assurance : âge limite d'adhésion

		Age limite d'adhésion hors prise à concurrence
Assurance 1	toutes formules	65 ans
Assurance 2	toutes formules	60 ans
Assurance 3	toutes formules	65 ans
Assurance 4	formules 1, 2, 3 (TM), 4	61 ans
	formules 5, 6	51 ans
Assurance 5	toutes formules	70 ans
Assurance 6	toutes formules	65 ans
Assurance 7	toutes formules	66 ans
Assurance 8	toutes formules	65 ans
Assurance 9	formules 1 à 3, 6 à 9	60 ans
	formules 4 (TM), 5	65 ans
Assurance 10	toutes formules	59 ans
Assurance 11	toutes formules	66 ans
Assurance 12	toutes formules	59 ans
Assurance 13	toutes formules	60 ans
Assurance 14	formules 2 (TM), 6, 7, 8	70 ans
	formules 1, 3, 4, 5	60 ans
Assurance 15	toutes formules	65 ans
Assurance 16	formule 1 (TM)	61 ans
	formule 2, 3	57 ans
Assurance 17	toutes formules	55 ans
Assurance 18	formules 1, 2, 3, 6, 7	60 ans
	formules 4 (TM), 5	65 ans

2.2.3. Sélection des risques avec recherche particulière d'informations : sélection sur la base de l'état de santé

Les sociétés d'assurance pratiquent aussi systématiquement une sélection des risques avec recherche particulière d'informations : elles interdisent l'entrée en leur sein de personnes jugées non conformes (c'est-à-dire de personnes souffrant d'un état de santé détérioré, voire de personnes ayant des activités à risques particuliers) sur la base de renseignements précis obtenus au moment de la demande d'adhésion.

Pour collecter ces informations, les sociétés d'assurance exigent des personnes demandant à contracter une garantie maladie individuelle de remplir un questionnaire, dit "questionnaire médical".

Plus précisément, la prise de renseignements auprès des entrants potentiels est habituellement du type suivant :

- Il est demandé aux personnes sollicitant une adhésion de remplir un

questionnaire de base.

- Si ce dernier décèle des "problèmes", un questionnaire de santé plus approfondi est présenté. Il est alors composé de façon à interroger les clients concernés uniquement sur les points mis en avant par le questionnaire de base.

Un certificat médical ou une visite médicale peuvent aussi être exigés.

15 des sociétés d'assurance consultées nous ont fourni leur questionnaire médical de base¹. Sur cette base (tableau 4.10.), il est apparu que :

- tous les questionnaires médicaux de base portaient au moins sur l'état de santé des candidats à l'entrée au moment de la demande,

- 80% d'entre eux sollicitaient des informations sur les dépenses de santé à venir,

- 60% d'entre eux sollicitaient des renseignements sur les assurances souscrites antérieurement (existence d'un refus d'assurer, existence de contrats résiliés pour sinistre par un autre organisme assureur...), ce qui constitue une façon indirecte de s'informer sur la santé des clients potentiels.

- 66% d'entre eux demandaient des renseignements sur les risques professionnels, sportifs, liés aux loisirs, ou liés aux modes de transports.

¹Le résultat détaillé du dépouillement est proposé dans l'annexe XVII.

Tableau 5.10.

Sociétés d'assurance : contenu résumé des questionnaires médicaux de base

	Nombre	%
Demande de renseignements sur état de santé	15	100 %
taille et poids	15	100%
traitements médicaux reçus	14	93,3%
séjours en milieu hospitalier endurés	14	93,3%
existence invalidité, maladie congénitale et/ou séquelles d'accident	13	86,6%
maladies endurées	12	80,0%
arrêts de travail effectués	10	66,6%
tension artérielle	10	66,6%
interv. chirurg. endurées sans qu'il soit question explicitement de séjours à l'hôpital	9	60,0%
victime accident	9	60,0%
cures effectuées	8	53,3%
port de prothèses de toutes sortes et/de matériels de correction	8	53,3%
demande si femme enceinte à la signature du contrat	7	46,6%
examens médicaux et/ou radiologiques et/ou biologiques...effectués	6	40,0%
état vision	6	40,0%
exemption ou réforme service national	5	33,3%
soins dentaires reçus	4	26,6%
demande si grossesses à risques déjà endurées	3	20,0%
état audition	3	20,0%
usage cigarettes	2	13,3%
état dentition	2	13,3%
consommation alcool	1	6,6%
nombre de grossesses demandé	1	6,6%
Demande de renseignements sur événements à venir	12	80,0 %
hospitalisation et/ou intervention chirurgicale prévue	10	66,6%
prothèses (de toutes sortes) et matériels de correction prévus	8	53,3%
soins dentaires prévus	6	40,0%
traitement médical prévu	4	26,6%
examens médicaux prévus	3	20,0%
traitements de rééducation prévus explicitement	1	6,6%
Demande de renseignements sur assurances antérieures	9	60,0 %
contrat maladie auprès d'un autre organisme assureur	9	60,0%
contrat maladie résilié pour sinistre	8	53,3%
contrat d'assurance autre que maladie résilié pour sinistre	6	40,0%
refus d'assurer concernant la maladie par un autre organisme assureur	6	40,0%
refus d'assurer pour risques autres que maladie par un autre organisme assureur	6	40,0%
contrat d'assurance autre que maladie auprès d'un autre organisme assureur	5	33,3%
bénéfice d'un contrat autre que maladie à conditions particulières	4	26,6%
Demande de renseignements sur les risques professionnels, sportifs, liées aux transports, aux loisirs	10	66,6 %
demande de renseignements sur sports pratiqués	10	66,6%
demande explicitement si pratique d'une profession à caractère dangereux	4	26,6%
demande de renseignements sur modes de transport usités	3	20,0%
demande sur loisirs pratiqués (hors loisirs strictement sportifs)	1	6,6%

L'existence de différences entre les questionnaires médicaux de base exigés par les sociétés d'assurance vient pour une grande part de ce qu'ils servent soit pour la souscription de différentes sortes de garanties (des garanties de prévoyance autres que

maladie en pratique), soit uniquement pour les garanties maladie commercialisées.

2.2.4. Exclusion ex post des adhérents

Les sociétés d'assurance recourent aussi, sauf rares exceptions, à l'exclusion ex post des adhérents pour sur-consommation de frais de santé (quel que soit leur niveau des garanties commercialisées) : durant les deux premières années de couverture de chaque assuré, elles résilient généralement les adhésions dès lors que les personnes concernées se révèlent manifestement par trop sur-consommatrices.

Pour ce faire, les sociétés d'assurance contrôlent la fréquence des recours aux soins de leur clientèle, ce qui s'avère indispensable de leur point de vue pour éviter d'être par trop frappées par le hasard moral, dès lors qu'elles proposent des gammes très étendues de garanties maladie.

La loi EVIN du 31 décembre 1989 a "adouci" les pratiques des sociétés d'assurance en la matière, en instituant que la durée moyenne de la période probatoire mise en oeuvre par un organisme assureur quelconque sur le terrain de la garantie maladie individuelle ne pouvait être supérieure à deux ans. En effet, à la fin des années quatre-vingt, la durée de la période probatoire était usuellement de l'ordre de 3 ou 4 ans chez les sociétés d'assurance en la matière¹.

Les pratiques des sociétés d'assurance dans le champ de la garantie maladie individuelle sont ainsi tout à fait conformes à leur logique propre, déjà explicitée sur un plan théorique : il s'agit bien d'une catégorie d'intervenants cherchant effectivement à subir le moins possible la sélection adverse (et le hasard moral), tout en répondant autant que faire se peut à la demande de leur clientèle.

Sur la base de la présentation qui vient d'être réalisée, on pourrait croire que les sociétés d'assurance sont par essence "agressives".

¹Du point de vue des sociétés d'assurance, la fixation d'une limite égale à deux ans est considérée implicitement comme préjudiciable, dans la mesure où elle ne laisse pas toujours le temps de déceler les assurés manifestant une attitude excessive (hormis dans les cas extrêmes). Cf RUDELLE A., "L'assurance de santé", L'argus, 1991.

En fait, il n'en est rien. Ainsi, si l'on examine leur comportement sur le terrain de l'assurance maladie collective (contrats collectifs d'entreprise), aucun aspect réellement "agressif" n'apparaît.

En effet, dans le champ du collectif, ce ne sont plus des personnes "isolées" mais des "coalitions" de personnes (des collectifs de salariés) qui adhèrent. Les sociétés d'assurance sont donc amenées à traiter d'un point de vue global ces coalitions : moindres frais de gestion et de transaction par personne couverte au sein d'un collectif donné, mise en oeuvre de la Loi des grands nombres dès lors que la taille d'une coalition est suffisamment grande. Les tarifs demandés par personne couverte s'avèrent alors moins élevés, tandis que la sélection des risques y est moindre.

Ainsi, nonobstant l'aspect commercial de leur comportement, les sociétés d'assurance restent bien simplement des organisations qui cherchent à lutter au mieux contre la sélection adverse (et le hasard moral).

Les méthodes des sociétés d'assurance qui viennent d'être examinées serviront d'étalon pour mesurer la force des transformations que les mutuelles ouvertes ont opérées dans le champ de la garantie maladie individuelle.

CHAPITRE 6

MODALITES DES TRANSFORMATIONS OPEREES PAR LES MUTUELLES OUVERTES

A présent, examinons en pratique l'évolution des usages des mutuelles ouvertes dans le champ de la garantie maladie individuelle.

Pour apprécier les méthodes des mutuelles ouvertes en la matière, nous avons réalisé une étude exploratoire durant les années 1992 et 1993.

Cette étude a été réalisée en deux temps :

- 1) Au cours de l'année 1992, une enquête postale a été réalisée à l'échelle de la France dans son entier. Pour ce faire, nous avons contacté une trentaine d'unions départementales de la FNMF et de la FMF en leur demandant les coordonnées des mutuelles ouvertes qui étaient affiliées auprès d'elles.

Nous avons envoyé à chacune des mutuelles ouvertes dont l'adresse nous a été fournie, d'une part un questionnaire détaillé sur leurs pratiques (et leur évolution), d'autre part (trois mois plus tard) une simple demande de renseignements quant à leur offre (sans préciser alors que notre démarche était d'ordre scientifique).

Cette démarche nous a permis d'obtenir des renseignements plus ou moins détaillés sur environ soixante mutuelles ouvertes, ce qui nous a permis de déceler d'un point de vue général la façon dont leurs usages ont évolué. Elle nous a permis aussi de constater que l'évolution des pratiques des mutuelles ouvertes ne différait pas de façon significative selon les départements investis.

Cette première démarche s'est avérée toutefois insuffisante. En effet, par son entremise, il est apparu qu'en ce qui concerne l'évolution des usages, les mutuelles ouvertes n'agissaient pas toutes selon le même tempo. De plus, les mutuelles ouvertes de grande taille avaient répondu à nos demandes plus souvent que les petites mutuelles ouvertes, ce qui rendait nécessaire de pousser plus loin nos investigations.

2) Nous avons donc mis en oeuvre une seconde enquête durant l'année 1993 à l'échelle cette fois du département du Nord.

Par l'intermédiaire des autorités mutualistes, nous avons obtenu la liste de l'ensemble des mutuelles (et, pour les grandes mutuelles, des sections de mutuelles) ayant leur siège dans le département du Nord (qu'elles relèvent ou non de la FNMF ou de la FMF). Nous y avons rajouté l'ensemble de mutuelles ayant une adresse dans le département du Nord, sans y avoir leur siège.

Nous avons envoyé à chacune de ces mutuelles une demande de renseignements quant à leur offre (pour déceler notamment lesquelles étaient, parmi elles, les mutuelles ouvertes¹).

Sur la base des résultats obtenus, nous avons tiré au sort 20 mutuelles ouvertes. Il s'est agi alors de collecter l'ensemble des informations utiles pour comprendre très précisément l'évolution de leurs usages sur le terrain de la garantie maladie individuelle.

Ces 20 mutuelles ont été contactées avec beaucoup d'insistance parfois : pour chacune d'elles, nous désirions absolument obtenir des informations précises par peur d'être confrontés à une sous-représentation des organisations "gênées" par les transformations qu'elles ont opérées.

Finalement, nous avons réalisé des entretiens auprès des responsables de 18 d'entre elles². Pour les deux mutuelles restantes, leurs concurrents directs nous ont fourni tous les renseignements nécessaires.

Il est à noter que l'une de ces 20 mutuelles nous avait engagé pour un stage de trois mois durant l'année 1988 pour une analyse du marché de la garantie maladie et une appréciation des changements à adopter (justement parce qu'elle était en train d'opérer une transformation de ses usages).

En pratique, pour présenter l'évolution des usages mutualistes en matière de garantie maladie individuelle sur un plan statistique, nous nous baserons sur les résultats détaillés obtenus auprès de ces 20 mutuelles en ce qui concerne leur offre en direction des personnes relevant du régime général de la Sécurité sociale durant la première moitié de l'année 1993.

¹Il est des mutuelles qui s'avèrent ouvertes, sans que leur dénomination ne l'indique. C'est le cas en particulier des mutuelles d'entreprise et des mutuelles professionnelles qui se sont ouvertes. L'ouverture des mutuelles fermées s'est révélé un phénomène relativement massif.

²Dans 90% des cas, nous avons rencontré au moins le directeur. Un quart des mutuelles consultées se sont très largement investies (multiples entretiens avec le directeur et les chefs de service).

Tableau 6.1.

Mutuelles ouvertes : indications de base

	Siège	Appartenance fédérative	Niveau de l'effectif couvert
Mutuelle 1	Roubaix	FNMF	3
Mutuelle 2	Paris	FMF	2
Mutuelle 3	Roubaix	FNMF	3
Mutuelle 4	Lille	FNMF	2
Mutuelle 5	Fourmies	FNMF	2
Mutuelle 6	Chatou	FNMF	3
Mutuelle 7	Lille	FNMF	4
Mutuelle 8	Maubeuge	FMF	3
Mutuelle 9	Douai	FNMF	3
Mutuelle 10	Boulogne	FNMF	1
Mutuelle 11	Paris	-	4
Mutuelle 12	Marquette-lez-Lille	FMF	2
Mutuelle 13	Cambrai	FNMF	1
Mutuelle 14	Lomme	FNMF	1
Mutuelle 15	Valenciennes	FNMF	4
Mutuelle 16	Roubaix	FNMF	1
Mutuelle 17	Dunkerque	FNMF	3
Mutuelle 18	Gravelines	FMF	1
Mutuelle 19	Halluin	-	1
Mutuelle 20	Tourcoing	FMF	1

NB : niveau de l'effectif couvert :

- classe 1 : moins de 5000 assurés
- classe 2 : de 5001 à 30000 assurés
- classe 3 : de 30001 à 100000 assurés
- classe 4 : plus de 100000 assurés

L'observation nous montrera :

- Antérieurement à la deuxième partie des années quatre-vingt, les usages des mutuelles ouvertes dans le champ de la garantie maladie individuelle étaient adaptés à la lutte contre la sélection adverse dans un contexte de non-concurrence de la part des sociétés d'assurance.

- A partir de la deuxième partie des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes ont intégré la nécessité d'une adaptation de leurs pratiques à leur environnement: de façon à lutter efficacement contre la sélection adverse subie, elles se sont mises à rapprocher fortement leurs usages de ceux des sociétés d'assurance (sans se transformer en sociétés d'assurance bis).

Pour préciser ce phénomène, nous analyserons successivement :

- les pratiques tarifaires,
- les usages en ce qui concerne le nombre et la hauteur des niveaux de couverture,
- les usages en matière de mécanismes restrictifs non tarifaires.

Dans un dernier temps, nous réaliserons une cartographie des pratiques mises en oeuvre par les mutuelles ouvertes.

1. LES PRATIQUES TARIFAIRES : MUTATION PROFONDE

On sait que, par nature, les mutuelles cherchent autant que possible (autant que les contraintes économiques le permettent) à mettre en oeuvre un système de tarification non discriminant.

Avant le milieu des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes ont suivi de manière rigoureuse ce principe général sur le terrain de la garantie maladie individuelle : le tarif demandé à une personne s'avérait largement déconnecté du risque maladie qu'elle encourait.

Consciente des risques engendrés par un tel comportement, les mutuelles ouvertes cherchaient alors à se protéger contre la sélection adverse au moyen d'usages déjà recensés et explicités sur un plan théorique : offre d'une garantie de bas niveau, instauration fréquente de mécanismes restrictifs non tarifaires en fonction de l'âge atteint et de systèmes de sur-tarification pour adhésion tardive.

Nous avons vu qu'une telle politique de lutte contre la sélection adverse était théoriquement efficace en l'absence de concurrence de la part de sociétés d'assurance proposant (à formule de garantie égale) un tarif plus bas aux personnes à risque maladie faible (et un tarif plus important aux personnes à risque maladie élevé). Elle ne l'était plus dans un cadre pleinement concurrentiel.

Dans ces conditions, les mutuelles ouvertes se sont vues entraînées dans un très substantiel mouvement de sélection adverse.

L'âge atteint constitue, nous le savons, la variable centrale concernant la détermination du risque maladie encouru par une personne quelconque. La sélection adverse subie s'est traduite ainsi par un vieillissement considérable des effectifs couverts.

Les mutuelles ouvertes auraient pu accepter une telle évolution en acceptant de se transformer en quasi-spécialistes des personnes à risque maladie élevé (des personnes âgées en particulier).

Elles ne l'ont pas fait : à partir du milieu des années quatre-vingt, elles ont décidé de stopper ce mouvement de sélection adverse en modifiant leurs usages.

Pour stopper un tel processus en présence de sociétés d'assurance, nous savons d'un point de vue logique qu'un changement des pratiques tarifaires mises en oeuvre est indispensable : il convient de prendre en compte l'état du risque encouru par un assuré pour fixer le tarif qui lui sera demandé.

Les mutuelles ouvertes ont donc modifié usuellement de façon très nette leur système de tarification en ce sens.

1.1. Des tarifs croissants avec l'âge atteint : la transformation majeure

En matière d'assurance maladie, la variable indicatrice à prendre en compte de façon prioritaire est en toute logique l'âge atteint, le risque maladie étant très étroitement corrélé (positivement) avec cette variable.

Pour lutter efficacement contre la sélection adverse, les mutuelles ouvertes se sont donc mises à demander une cotisation d'autant plus importante que l'âge atteint est élevé.

1.1.1. Le tempo de la mutation opérée

Le mouvement de constitution de systèmes de tarification où la cotisation demandée croît avec l'âge atteint présente un caractère quelque peu spectaculaire dans la

mesure où il s'est fait sur une période très ramassée :

- 1) Les premiers moments de la mutation datent d'un point de vue général du milieu des années quatre-vingt : le mouvement de transformation était alors essentiellement le fait de mutuelles de taille importante.

Les changements mis en oeuvre par ces mutuelles "innovantes" n'ont pas été sans débats au sein de la mutualité. Ainsi, au milieu des années quatre-vingt, la fixation d'un tarif croissant avec l'âge par la mutuelle 15 (la plus importante mutuelle territoriale du département du Nord) suscita moult discussions¹.

- 2) L'évolution doctrinale de la FNMF, organisation dont on a déjà mentionné l'importance, joua alors son rôle. En effet, il fut progressivement admis, on le sait, que les mutuelles devaient s'adapter à leur environnement, sans aller jusqu'à se renier (cf la résolution générale du congrès FNMF de Nice en juin 1988).

Cette orientation est apparue très nettement au sein des instances intermédiaires de la FNMF, par exemple au sein de l'Union départementale FNMF du Nord :

"Jusqu'il y a quelques années, les mutuelles ne pratiquaient qu'un seul tarif, quels que soient l'âge et la situation de famille. Elles se sont aperçues que cela ne permettait pas de recruter de nouveaux adhérents, surtout des jeunes. Au début, avec prudence et presque mauvaise conscience, parce que c'était contraire à la philosophie mutualiste, certains organismes ont commencé à appliquer des tarifs qui tiennent compte de l'âge...Puis, peu à peu, cela est devenu une pratique courante qui permet le recrutement d'adhérents nouveaux et notamment des jeunes, de contribuer à abaisser l'âge moyen et aussi de rendre l'organisme mutualiste plus compétitif."²

- 3) Au début des années quatre-vingt, il n'existait plus de débats en la matière : la majorité des "grandes" mutuelles ouvertes avaient transformé leur système de tarification de façon à faire croître le tarif avec l'âge atteint. Les mutuelles ouvertes refusant d'opérer en ce sens (usuellement des mutuelles de petite taille) se trouvaient quasiment marginalisées au sein du mouvement mutualiste, parfois même critiquées pour

¹d'autant plus que nous étions alors dans la période de rupture entre la FNMF et la FMF. Cf MAUROY H., mémoire de DEA, déjà cité.

²Cf MEYSSONNIER C., Directeur-adjoint de l'Union départementale FNMF du Nord, "Mutualité et entreprises : réflexions et préconisations pour son développement dans le département du Nord", FNMF, 1987.

cause de comportement "suicidaire".

1.1.2. Exemple type de la transformation opérée

Le processus de mutation en matière de prise en compte de l'âge atteint s'est avéré toujours conforme au mouvement suivant :

- Au départ du changement opéré, une cotisation de même niveau ou quasiment de même niveau est demandée quel que soit l'âge atteint : plus précisément, le retraité paie soit la même cotisation que le jeune adulte, soit une cotisation légèrement inférieure, soit une cotisation légèrement supérieure.

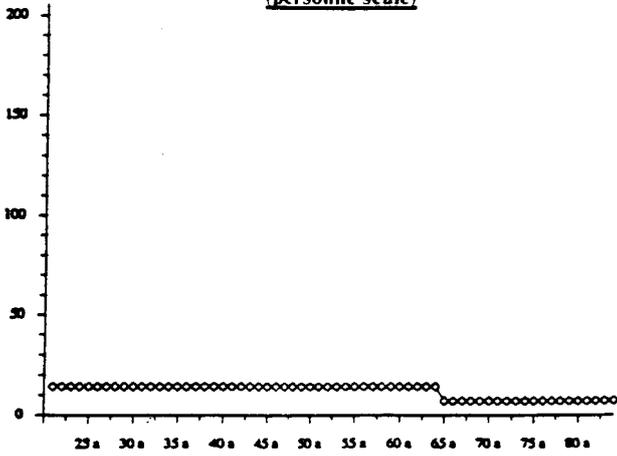
- La transformation prend alors la forme d'un passage à un système assez étoffé de tranches d'âge (ce passage étant parfois associé, nous y reviendrons, à une multiplication des niveaux de couverture offerts).

L'exemple suivi par la mutuelle 20 en la matière est typique des transformations opérées par les mutuelles ouvertes (figures 6.1.) : l'âge atteint est placé sur l'axe des abscisses, tandis que la cotisation demandée à un homme aussi bien qu'à une femme est placée sur l'axe des ordonnées.

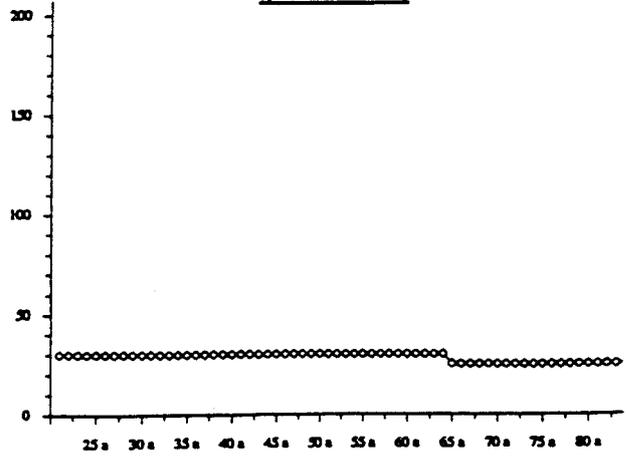
Figures 6.1.

Mutuelle ouverte 20 : un exemple historique typique de prise en compte de l'âge atteint

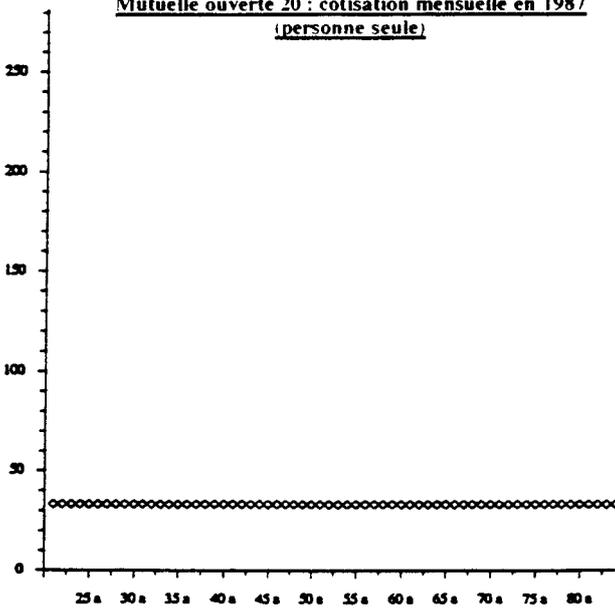
Mutuelle ouverte 20 : cotisation mensuelle en 1980 (personne seule)



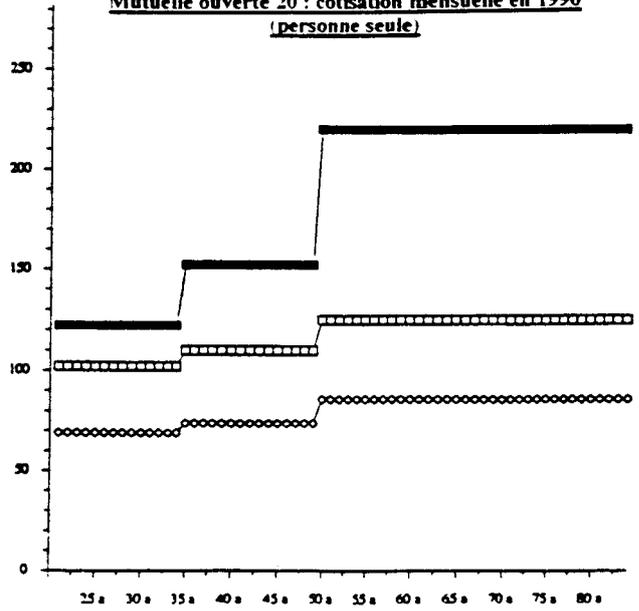
Mutuelle ouverte 20 : cotisation mensuelle en 1986 (personne seule)



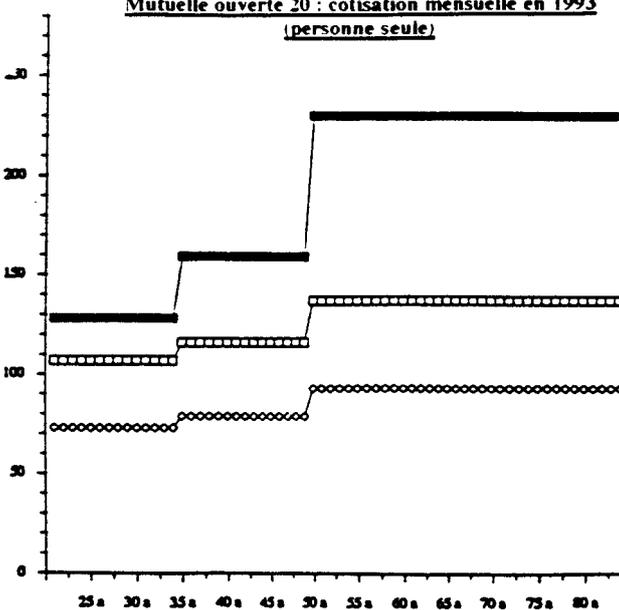
Mutuelle ouverte 20 : cotisation mensuelle en 1987 (personne seule)



Mutuelle ouverte 20 : cotisation mensuelle en 1990 (personne seule)



Mutuelle ouverte 20 : cotisation mensuelle en 1993 (personne seule)



○ formule 1 □ formule 2 ■ formule 3 (TM)

Toutefois, si les mutuelles ouvertes tendent ainsi à se rapprocher fortement des sociétés d'assurance en matière de tarification selon l'âge atteint, elles ne cherchent pas pour autant à se transformer en sociétés d'assurance bis.

Le document suivant, typique du discours mutualiste, reflète bien la pensée des responsables mutualistes :

"L'individualisme a-t-il tué la solidarité ? :

-Les jeunes sont-ils intéressés par les cotisations proposées par les mutuelles face à la concurrence des compagnies d'assurance qui proposent des cotisations beaucoup plus basses ?

-Pas de jeunes à la mutuelle, donc pas de participation à la solidarité, d'où l'augmentation de plus en plus importante des cotisations pour les plus âgées.

Que faire alors ?

La réponse est simple. Il faut de nouveau attirer les jeunes à la mutuelle en leur proposant des cotisations plus basses avec une participation à la solidarité certes, mais dans des proportions moindres. Pour cela, une seule solution : le calcul des cotisations par tranches d'âge. Ainsi, par la loi des grands nombres, les cotisations versées par les jeunes de plus en plus nombreux, éviteront une augmentation considérable de celles versées par les plus âgés. Ce n'est peut-être pas la solution idéale, mais le constat est là : nous devons opposer la solidarité mutualiste au mercantilisme des compagnies d'assurance."¹

1.1.3. Prise en compte de l'âge atteint en moyenne

Pour apprécier jusqu'à quel point les mutuelles ouvertes avaient modifié en moyenne, au moment de notre enquête (1993), leurs pratiques en matière de prise en compte de l'âge atteint, nous nous sommes servi des sociétés d'assurance comme étalon.

¹Cf Mutuelle des cheminots du Nord (mutuelle récemment ouverte), "Les nouvelles cotisations au 1^{er} janvier 1993", Documentation externe, juin 1993.

1.1.3.1. Tranches d'âge et âge limite d'augmentation des tarifs

Début 1993, en matière de tranches d'âge et d'âge limite d'augmentation des tarifs, les mutuelles ouvertes allaient moins loin en moyenne que les sociétés d'assurance (tableau 6.2.) :

- Le nombre moyen de tranches d'âge mises en oeuvre était moins élevé chez les mutuelles ouvertes : 5,6 contre 22,9 pour les sociétés d'assurance. En particulier, aucune mutuelle ouverte n'avait fixé ses tarifs âge par âge (les sociétés d'assurance agissant de cette façon dans environ 40% des cas)¹.

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : nombre tranches d'âge	Sociétés d'assurance : nombre de tranches d'âge
Moyenne	5.6	22.9
Ecart type	3.267	21.542
Nombre d'observations	20	11
t-student	3.568	
Degrés de liberté	29	
Signifiance	0.001	

- L'âge limite d'augmentation des tarifs s'avéraient en moyenne plus faible que celui institué par les sociétés d'assurance (59 ans contre 69,8 ans).

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : âge limite augmentation des tarifs	Sociétés d'assurance : âge limite augmentation des tarifs
Moyenne	59.0	69.8
Ecart type	16.546	5.456
Nombre d'observations	20	11
t-student	2.093	
Degrés de liberté	29	
Signifiance	0.045	

¹Cf annexe XVIII : présentation détaillée des pratiques mises en oeuvre par chacune des 20 mutuelles ouvertes retenues dans notre échantillon concernant la question des tranches d'âge.

Tableau 6.2.

Mutuelles ouvertes : âge limite d'augmentation des tarifs, nombre de tranches d'âge

		Tarif adulte croissant avec l'âge atteint	Age limite d'augmentation des tarifs	Nombre de tranches d'âge
Mutuelle 1	toutes formules	oui	81 ans	7
Mutuelle 2	formule 1	oui	25 ans	2
	formule 2 (TM)	oui	46 ans	3
Mutuelle 3	formules 1, 2, 3	oui	65 ans	2
	formule 4 (TM), 5	oui	65 ans	6
Mutuelle 4	la formule (TM)	oui	70 ans	6
Mutuelle 5	la formule (TM)	non	18 ans	2
Mutuelle 6	toutes formules	oui	70 ans	11
Mutuelle 7	toutes formules	oui	56 ans	5
Mutuelle 8	toutes formules	oui	61 ans	3
Mutuelle 9	toutes formules	oui	76 ans	12
Mutuelle 10	la formule (TM)	oui	56 ans	4
Mutuelle 11	toutes formules	oui	65 ans	5
Mutuelle 12	la formule (TM)	oui	60 ans	3
Mutuelle 13	la formule (TM)	oui	60 ans	6
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	oui	71 ans	5
	formule 2	oui	71 ans	6
Mutuelle 15	formules 1, 2	oui	60 ans	3
	formule 3 (TM)	oui	65 ans	10
Mutuelle 16	toutes formules	oui	56 ans	5
Mutuelle 17	toutes formules	oui	76 ans	12
Mutuelle 18	la formule (TM)	oui	60 ans	2
Mutuelle 19	la formule (TM)	non	18 ans	2
Mutuelle 20	toutes formules	oui	50 ans	3
Moyenne (formules TM)		oui : 80%	59 ans	5.6

1.1.3.2. Mesure synthétique

Nous avons aussi repris la procédure déjà engagée pour les sociétés d'assurance (pour chacun des niveaux de couverture commercialisés par les mutuelles ouvertes) :

-1) Nous avons calculé la cotisation mensuelle moyenne qui serait demandée à une personne bénéficiant d'une formule de garantie donnée depuis son 21^{ème} jusqu'à son 85^{ème} anniversaire (en supposant constant le mécanisme de tarification).

-2) Nous avons calculé ensuite l'écart-type des cotisations mensuelles versées à cette personne (conservant le bénéfice de la garantie en question depuis son 21^{ème} jusqu'à son 85^{ème} anniversaire).

-3) On en a tiré le coefficient de variation, afin de mesurer la dispersion relative des données.

Pris tel quel, le coefficient de variation ici défini constitue un indicateur synthétique de la force de la prise en compte de la variable âge atteint, dès lors que le tarif demandé ne décroît jamais avec l'âge atteint.

Or, 2 des 20 mutuelles de l'échantillon n'avaient pas encore institué en 1993 une tarification fonction croissante de l'âge atteint (cette situation ne concernant jamais les sociétés d'assurance).

Dans ces conditions, nous avons défini comme indicateur ce qui sera appelé le coefficient de variation corrigé :

- Pour les cas où le tarif demandé ne décroît jamais avec l'âge atteint (pour une formule de garantie donnée), il correspond simplement au coefficient de variation qui vient d'être défini.

- Pour les cas où le tarif demandé ne croît jamais avec l'âge atteint (pour une formule de garantie donnée), il correspond au coefficient de variation déjà défini pris en négatif.

Les résultats obtenus sont les suivants¹ :

Tableau 6.3.

**Mutuelles ouvertes : prise en compte de la variable âge atteint
(données moyennes)**

	Cotisation Homme ou Femme
Cotisation mensuelle moyenne 21-84 ans toutes formules	194,2 francs
Cotisation mensuelle moyenne 21-84 ans toutes formules TM	196,3 francs
Coefficient de variation corrigé moyen 21-84 ans toutes formules	0,2163
Coefficient de variation corrigé moyen 21-84 ans toutes formules TM	0,1889

La comparaison de ces données avec celles obtenues pour les sociétés d'assurance est aisée en ce qui concerne les formules Ticket Modérateur. Elle montre précisément qu'en moyenne, les sociétés d'assurance prenaient effectivement en compte début 1993

¹Pour le détail des résultats obtenus (pour chaque garantie commercialisée), cf annexe XIX.

l'âge atteint avec plus de force (que l'on prenne en compte la cotisation demandée à un homme ou à une femme) :

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : coefficient de variation corrigé 21-84 ans - toutes formules TM	Sociétés d'assurance : coefficient de variation 21-84 ans toutes formules TM (Moyenne Homme-Femme)
Moyenne	0,1889	0,3307
Écart type	0,1357	0,0783
Nombre d'observations	20	11
t-student	3,1730	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0,004	

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : coefficient de variation corrigé 21-84 ans - toutes formules TM	Sociétés d'assurance : coefficient de variation 21-84 ans toutes formules TM (cotisation homme)
Moyenne	0,1889	0,3453
Écart type	0,1357	0,0841
Nombre d'observations	20	11
t-student	3,4613	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0,002	

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : coefficient de variation corrigé 21-84 ans - toutes formules TM	Sociétés d'assurance : coefficient de variation 21-84 ans toutes formules TM (cotisation femme)
Moyenne	0,1889	0,3178
Écart type	0,1357	0,0809
Nombre d'observations	20	11
t-student	2,8701	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0,008	

1.1.3.3. Autres indicateurs

En ce qui concerne les formules Ticket Modérateur, d'autres indicateurs, qui sont utilisés pour leur caractère particulièrement explicite, ont été repris¹ :

- le rapport montant de la cotisation à 40 ans
montant de la cotisation à 21 ans
- le rapport montant de la cotisation à 59 ans
montant de la cotisation à 21 ans
- le rapport montant de la cotisation à 78 ans
montant de la cotisation à 21 ans

¹Pour le détail des résultats obtenus, cf annexe XX.

Tableau 6.4.

**Mutuelles ouvertes : progression des cotisations en fonction de l'âge atteint
(données moyennes formules Ticket Modérateur)**

	Cotisation Homme ou Femme
Rapport cotisation 40 ans cotisation 21 ans	1,37
Rapport cotisation 59 ans cotisation 21 ans	1,70
Rapport cotisation 78 ans cotisation 21 ans	2,01

Il apparaît alors que le rapport moyen de la cotisation demandée à 78 ans sur la cotisation demandée à 21 ans est significativement moins élevé chez les mutuelles ouvertes que chez les sociétés d'assurance.

La différence entre les deux types d'organismes assureurs est nettement moins marquée lorsque sont considérés le rapport moyen de la cotisation demandée à 59 ans sur la cotisation demandée à 21 ans et surtout le rapport moyen de la cotisation demandée à 40 ans sur la cotisation demandée à 21 ans.

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : cotisation 40 ans/21 ans toutes formules TM	Sociétés d'assurance : cotisation 40 ans/21 ans toutes formules TM (Moyenne Homme-Femme)
Moyenne	1,37	1,31
Ecart type	0,3036	0,1647
Nombre d'observations	20	11
t-student	- 0,6789	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0,503	

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : cotisation 59 ans/21 ans toutes formules TM	Sociétés d'assurance : cotisation 59 ans/21 ans toutes formules TM (Moyenne Homme-Femme)
Moyenne	1,70	1,90
Ecart type	0,5589	0,3031
Nombre d'observations	20	11
t-student	1,1212	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0,271	

H0 : m1 = m2 H1 : m1 = m2	Mutuelles ouvertes : cotisation 78 ans/21 ans toutes formules TM	Sociétés d'assurance : cotisation 78 ans/21 ans toutes formules TM (Moyenne Homme-Femme)
Moyenne	2.01	2.64
Ecart type	0.7476	0.6959
Nombre d'observations	20	11
t-student	2.2972	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0,029	

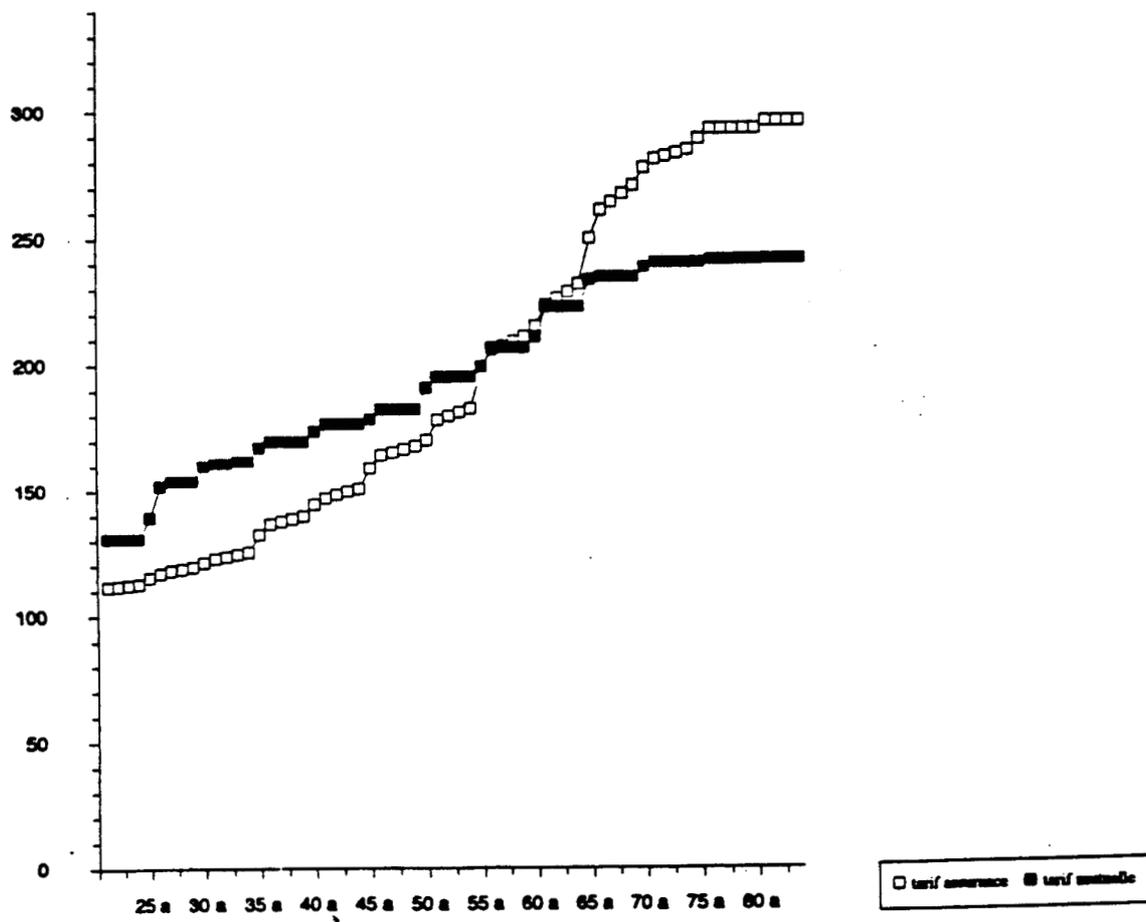
1.1.3.4. Résumé graphique

Dans la mesure où les garanties Ticket Modérateur constituaient une base de comparaison appréciable, nous avons enfin calculé en ce qui les concerne la moyenne âge par âge des cotisations mensuelles demandées d'une part aux sociétés d'assurance, d'autre part aux mutuelles ouvertes.

Le résultat obtenu (figure 6.2.) exprime bien la différence moyenne existant entre les mutuelles ouvertes et les sociétés d'assurance concernant la force de la prise en compte de l'âge atteint.

Figure 6.2.

Mutuelles ouvertes contre sociétés d'assurance :
prise en compte de l'âge atteint (formules TM)



1.1.4. Diversité des stades d'évolution

Montrer que les mutuelles ouvertes, en 1993, prenaient en compte en moyenne l'âge atteint avec moins de force que les sociétés d'assurance, n'est pas suffisant.

En effet, les usages des mutuelles ouvertes divergeaient quelque peu en la matière, au sens où elles n'étaient pas toutes au même stade de leur transformation.

1.1.4.1. Présentation graphique

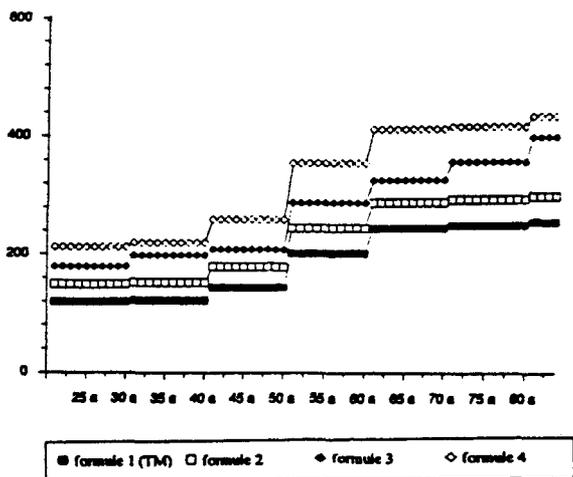
Pour exprimer simplement ce phénomène (les différences dans le stade des transformations opérées), nous avons construit des graphiques représentant la manière dont chacune des 20 mutuelles de notre échantillon font évoluer la cotisation demandée en fonction de l'âge atteint (et cela pour chacun des niveaux de couverture commercialisés) : l'âge atteint est placé sur l'axe des abscisses, tandis que la cotisation demandée à un homme aussi bien qu'à une femme¹ est placée sur l'axe des ordonnées (figures 6.3.).

• ¹Les mutuelles ne prennent jamais en compte le sexe de l'assuré pour fixer le niveau de la cotisation individuelle.

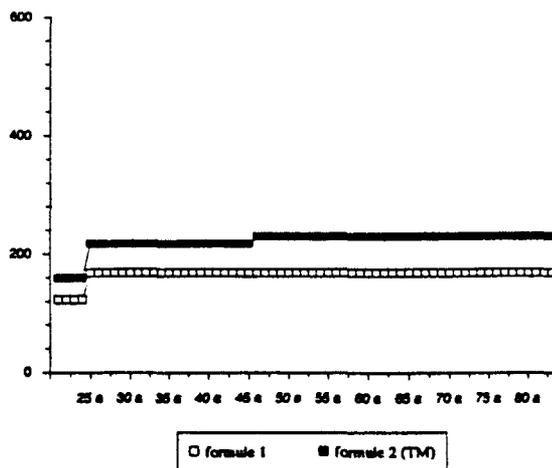
Figures 6.3.

Mutuelles ouvertes : prise en compte de l'âge atteint

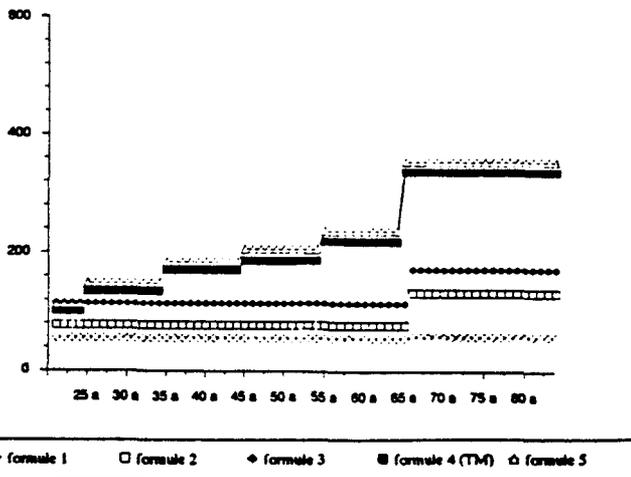
Mutuelle ouverte 1 : cotisation mensuelle (personne seule)



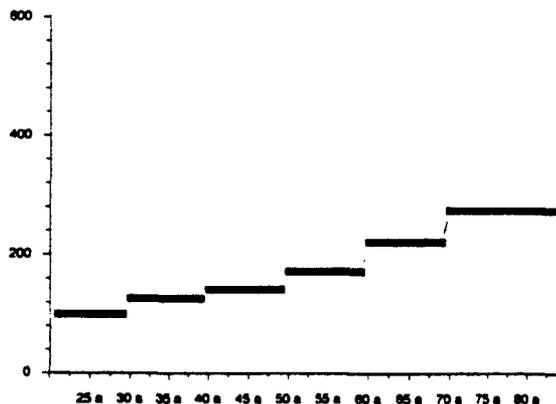
Mutuelle ouverte 2 : cotisation mensuelle (personne seule)



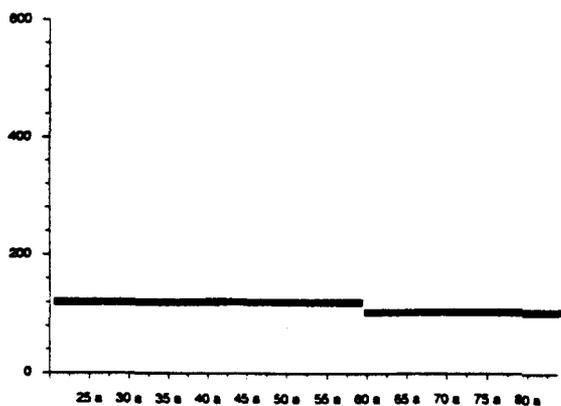
Mutuelle ouverte 3 : cotisation mensuelle (personne seule)



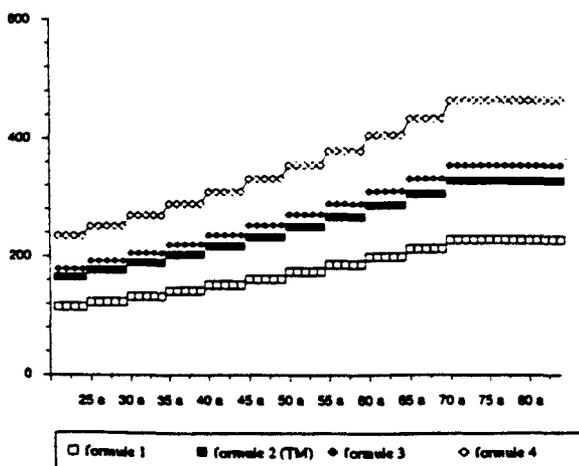
Mutuelle ouverte 4 : cotisation mensuelle (personne seule)



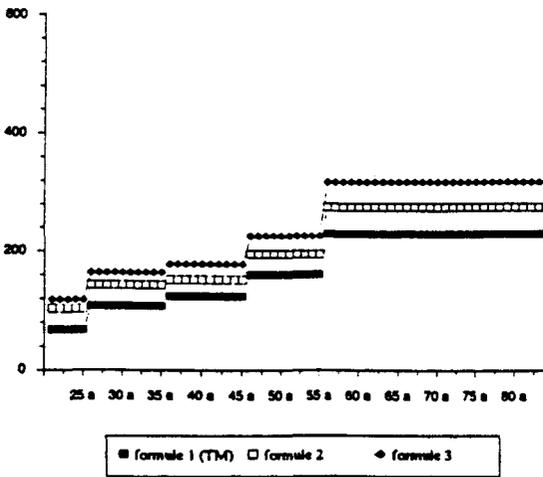
Mutuelle ouverte 5 : cotisation mensuelle (personne seule)



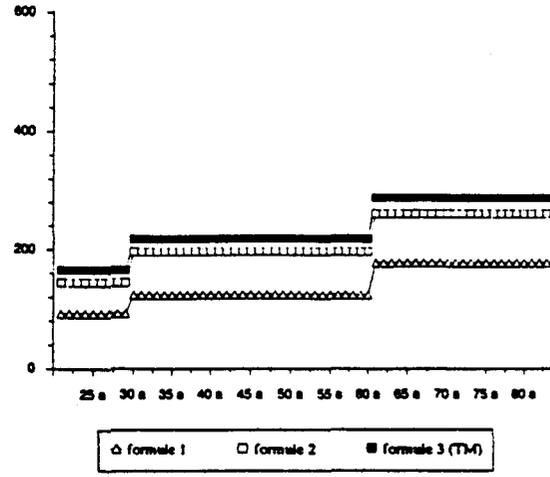
Mutuelle ouverte 6 : cotisation mensuelle (personne seule)



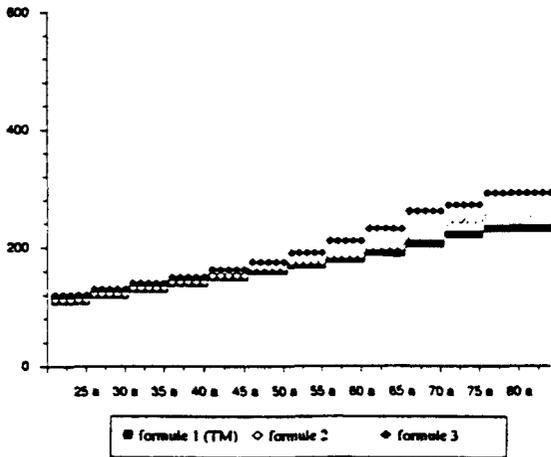
Mutuelle ouverte 7 : cotisation mensuelle (personne seule)



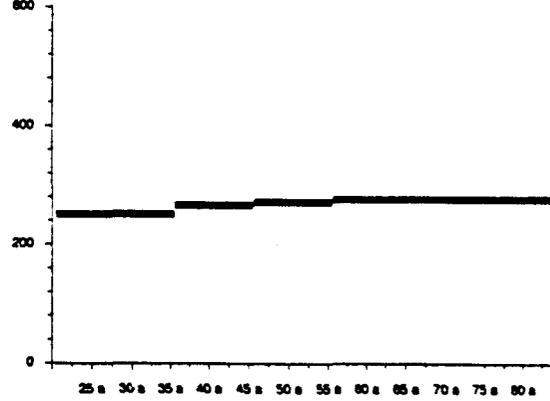
Mutuelle ouverte 8 : cotisation mensuelle (personne seule)



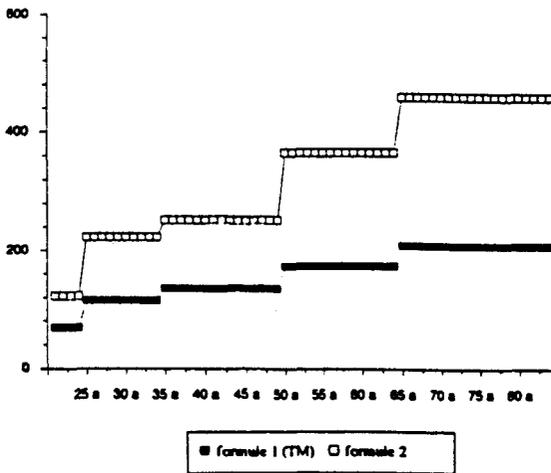
Mutuelle ouverte 9 : cotisation mensuelle (personne seule)



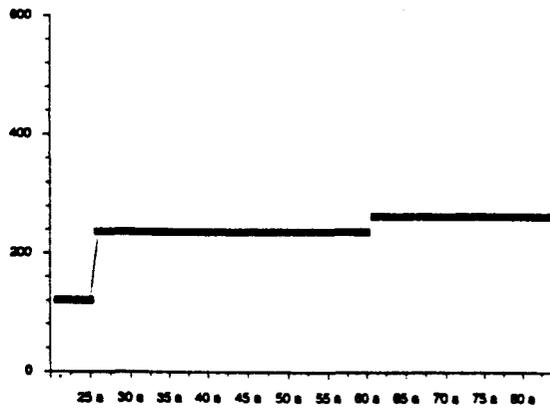
Mutuelle ouverte 10 : cotisation mensuelle (personne seule)



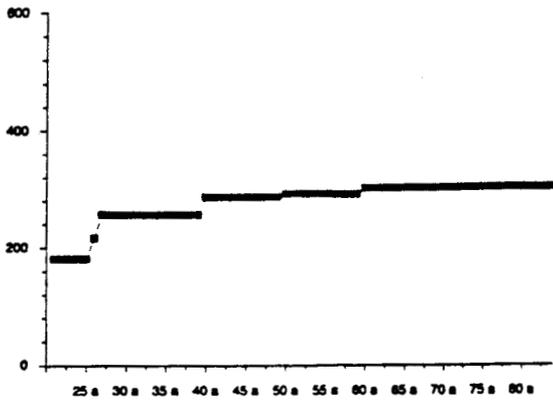
Mutuelle ouverte 11 : cotisation mensuelle (personne seule)



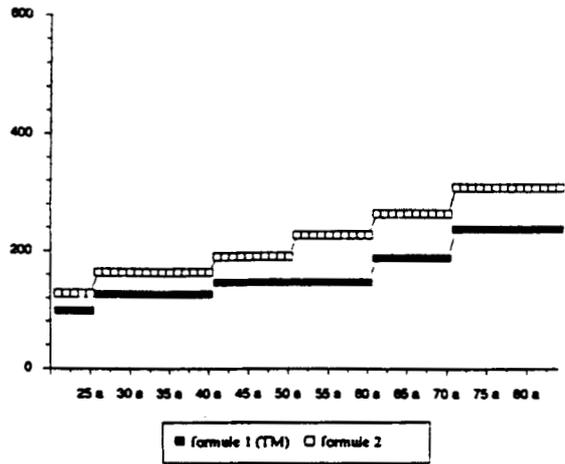
Mutuelle ouverte 12 : cotisation mensuelle (personne seule)



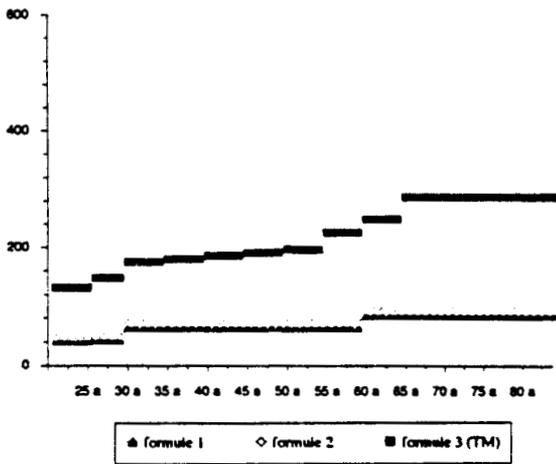
Mutuelle ouverte 13 : cotisation mensuelle (personne seule)



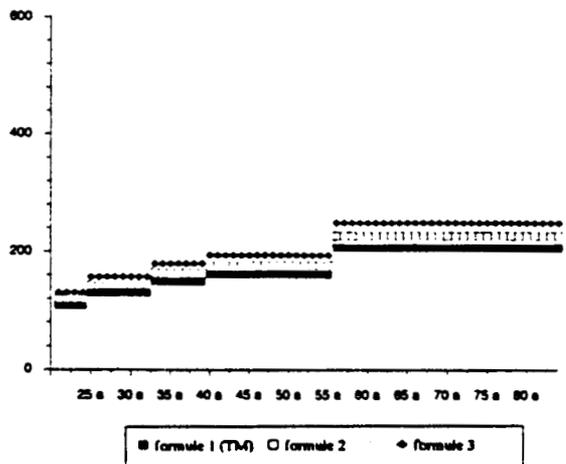
Mutuelle ouverte 14 : cotisation mensuelle (personne seule)



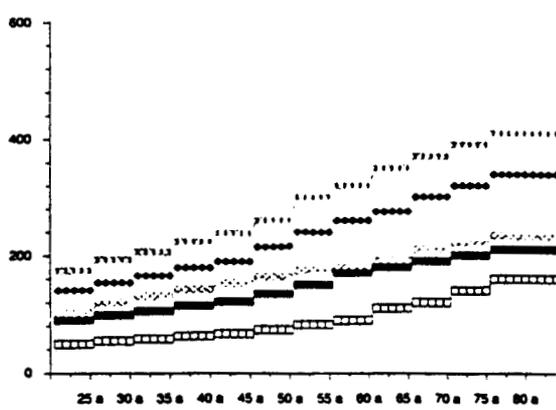
Mutuelle ouverte 15 : cotisation mensuelle (personne seule)



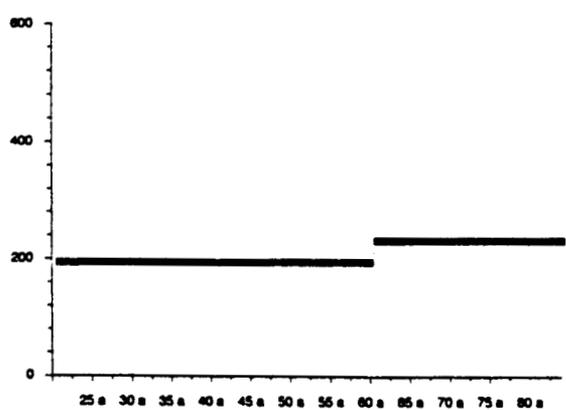
Mutuelle ouverte 16 : cotisation mensuelle (personne seule)



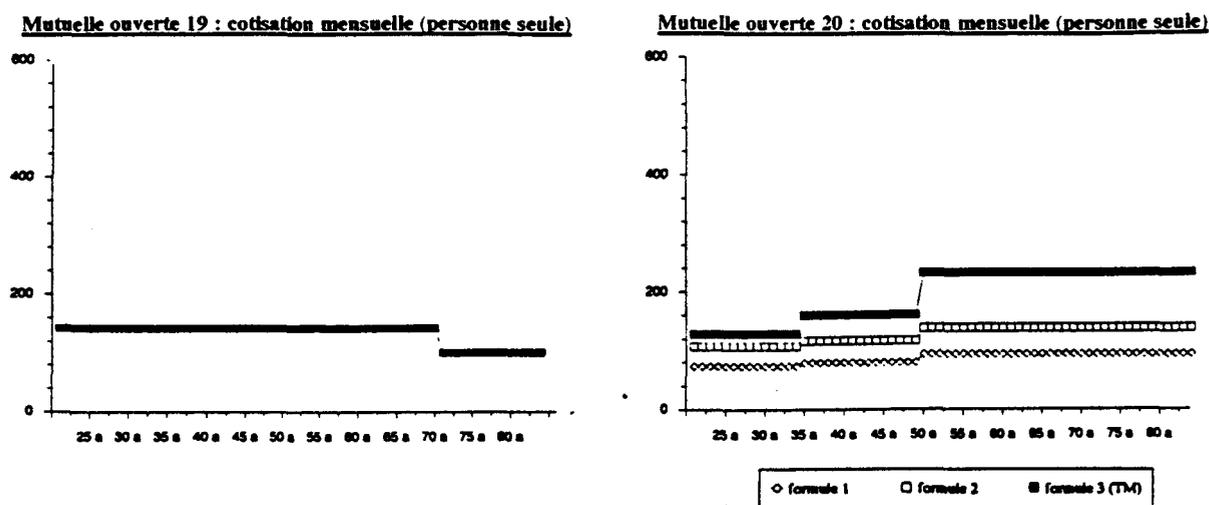
Mutuelle ouverte 17 : cotisation mensuelle (personne seule)



Mutuelle ouverte 18 : cotisation mensuelle (personne seule)



o formule 1 ■ (formule 2 (TM) ◇ formule 3 ◆ formule 4 x formule 5



1.1.4.2. Comparaison avec les sociétés d'assurance

Les différences dans le degré de la transformation opérée peuvent être appréciées de façon synthétique en reprenant les données obtenues par le calcul du coefficient de variation corrigé 21-84 ans pour chaque garantie commercialisée :

- La figure 6.4. présente les coefficients de variation corrigés obtenus pour chacune des formules Ticket Modérateur commercialisées par les mutuelles ouvertes de l'échantillon.

- La figure 6.5. présente les coefficients de variation obtenus pour chacune des formules Ticket Modérateur commercialisées par les sociétés d'assurance investies¹.

¹en considérant la moyenne de la cotisation demandée à une homme et à une femme.

Figure 6.4.

Mutuelles ouvertes : coefficient de variation corrigé 21-84 ans
(toutes formules TM)

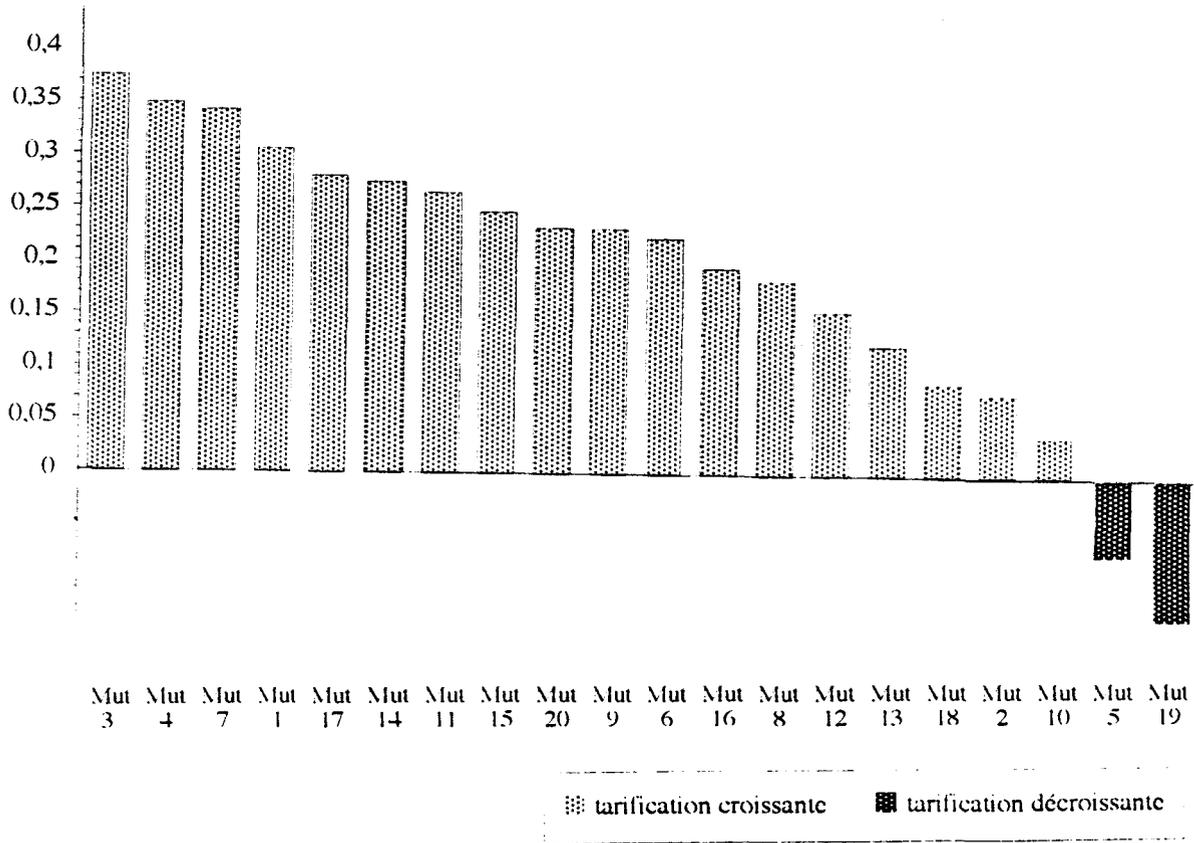
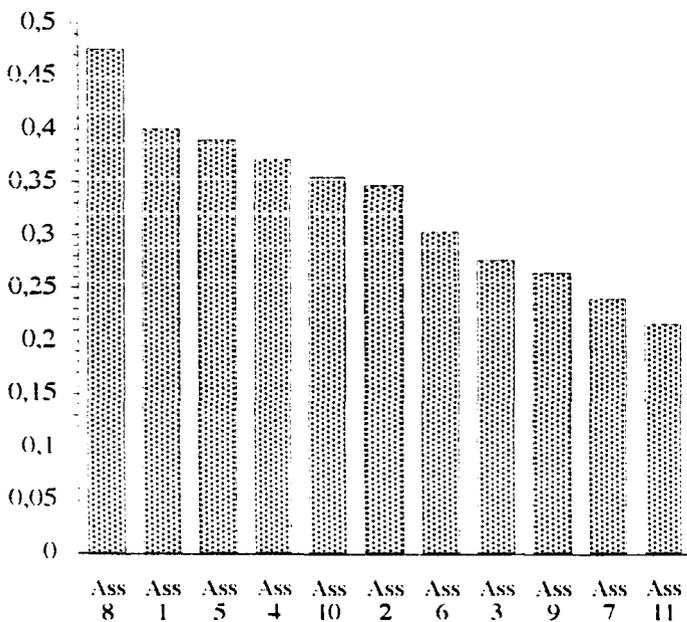


Figure 6.5.

Sociétés d'assurance : coefficient de variation corrigé 21-84 ans
moyenne homme femme (toutes formules TM)



Sur la base de ces données et des entretiens réalisés, on notera :

- 9 des 20 mutuelles ouvertes prenaient en compte l'âge atteint avec moins de force que toutes les sociétés d'assurance consultées :

- deux de ces 9 mutuelles se refusaient encore à se transformer véritablement.

- les autres voulaient aller plus loin dans les transformations jugées nécessaires en matière de tarification.

- les 11 autres mutuelles ouvertes, en matière de prise en compte de l'âge atteint, allaient au moins aussi loin que la société d'assurance recourant avec le moins d'intensité à cette variable (sans aller aussi loin que les sociétés d'assurance allant le plus loin en la matière). Ces 11 mutuelles considéraient comme terminé (ou pratiquement terminé) l'essentiel des transformations jugées nécessaires.

Il existe ainsi une "unité" dans le mouvement de prise en compte de l'âge atteint par les mutuelles ouvertes.

Nous verrons aussi que les grandes mutuelles ouvertes sont les plus avancées dans la transformation opérée : les petites mutuelles ouvertes sont, d'un point de vue général, des "suiveuses".

1.2. Déterminants autres que l'âge atteint

La prise en compte de l'âge atteint constitue l'élément principal de la mutation opérée par les mutuelles ouvertes, dans la mesure où il s'agit là de la variable indicatrice la plus déterminante.

En ce qui concerne les variables indicatrices autres que l'âge atteint, les mutuelles ouvertes n'ont pas toujours modifié leurs usages de façon marquée : la situation varie fortement selon les variables considérées.

1.2.1. Les variables retenues par les sociétés d'assurance et rejetées par les mutuelles ouvertes

Il est des variables retenues plus ou moins fréquemment par les sociétés d'assurance que les responsables des mutuelles ouvertes ont toujours refusé d'utiliser pour des raisons éthiques essentiellement.

En ce qui les concerne, les mutuelles ouvertes n'ont donc pas modifié leurs usages.

1.2.1.1. Le sexe

Aucune des mutuelles ouvertes examinées n'a jamais différencié les tarifs demandés en fonction du sexe : une femme adhérent seule s'est toujours vue demander une même cotisation qu'un homme adhérent seul (à âge égal). En comparaison, on rappellera qu'une société d'assurance sur deux prenaient en compte cette variable.

Les responsables des mutuelles ouvertes refusent explicitement d'un point de vue éthique de tenir compte d'une telle variable dans l'avenir. Respecter ce point doctrinal leur apparaît tout à fait tenable à long terme dans un contexte de lutte contre la sélection adverse, dans la mesure où les adhésions sont souvent familiales.

1.2.1.2. Variables types état de santé, sports, loisirs, moyens de transports

De même, aucune des mutuelles investies ne prenait en compte ou n'escomptait prendre en compte l'état de santé, les sports pratiqués, les loisirs ou le degré de dangerosité de la profession exercée pour fixer le tarif demandé à une personne.

Les responsables mutualistes manifestaient même une franche hostilité vis-à-vis de l'utilisation de ce type de variables. De ce point de vue, les mutuelles ouvertes n'ont jamais cessé de se différencier des sociétés d'assurance.

Leurs responsables considèrent généralement que retenir de telles variables constituait une erreur tactique (mise en cause de l'image).

1.2.2. Différenciation personne seule/couple : un alignement en cours sur les sociétés d'assurance

Il est une autre variable, pour laquelle les usages des mutuelles sont a contrario en cours de transformation : la prise de l'adhésion en couple ou au titre de personne seule.

En effet, au début des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes offraient généralement aux couples (dans plus de trois quart des cas) des conditions tarifaires (par personne couverte) plus avantageuses qu'aux personnes adhérant seules. Les sociétés d'assurance ne recouraient pas à une telle pratique (saufs rares exceptions).

Début 1993, seulement 9 des 20 mutuelles de notre échantillon offraient encore aux membres d'un couple des conditions plus avantageuses qu'aux personnes seules (en notant de plus que la moitié d'entre elles avaient atténué la "pénalité" faite aux personnes seules).

4 de ces 9 mutuelles différenciaient en outre le traitement tarifaire réservé aux couples selon que¹ :

- le conjoint du chef de famille était "non à charge" au sens de la Sécurité sociale (le conjoint cotise indépendamment du chef de famille à la Sécurité sociale),
- le conjoint du chef de famille était "à charge" au sens de la Sécurité sociale (le conjoint ne cotise pas indépendamment du chef de famille à la Sécurité sociale).

Il existe surtout un lien assez puissant entre l'évolution des pratiques concernant la force de la prise en compte de la variable âge atteint et celle concernant les avantages faits aux couples (relativement aux personnes seules).

¹Pour exprimer la diversité des usages en la matière, nous avons calculé les rapports suivants (pour chacune des garanties commercialisées par les mutuelles ouvertes) :

- le rapport de la cotisation mensuelle demandée en moyenne à un couple dont le conjoint du chef de famille est "à charge" sur la cotisation mensuelle demandée en moyenne à un célibataire souscrivant depuis son 21^{ème} jusqu'à son 85^{ème} anniversaire

- le rapport de la cotisation mensuelle demandée en moyenne à un couple dont le conjoint du chef de famille est "non à charge" sur la cotisation mensuelle demandée en moyenne à un célibataire souscrivant depuis son 21^{ème} jusqu'à son 85^{ème} anniversaire.

Le résultat détaillé du dépouillement est fourni dans l'annexe XXI. Dans l'annexe XXII, nous avons représenté en une série de graphiques la manière dont les mutuelles ouvertes traitant différemment couple et personne seule agissaient précisément en ce domaine.

Signe explicite de ce phénomène :

- en 1993, les 11 mutuelles de notre échantillon qui s'étaient rapprochées le plus des sociétés d'assurance pour ce qui est de la force de la prise en compte de l'âge atteint, ne privilégiaient plus les membres d'un couple.

- à la même époque, les 9 autres mutuelles (généralement des petites mutuelles, encore une fois) continuaient à le faire de façon plus ou moins marquée.

1.2.3. Le nombre d'enfants : vers une prise en compte quasi-systématique

La transformation opérée par les mutuelles ouvertes en ce qui concerne la variable "nombre d'enfants" s'avère, quant à elle, nettement moins "brutale", car bien plus étalée dans le temps.

En effet, avant le milieu des années quatre-vingt déjà, le nombre d'enfants était souvent déjà pris en compte par les mutuelles ouvertes (la couverture des enfants était rarement réalisée à titre gratuit) : couvrir gratuitement les enfants sans tarifier en fonction de l'âge atteint est extrêmement difficile, à moins d'accepter de ne voir jamais adhérer les jeunes adultes sans enfants.

A partir de la deuxième partie des années quatre-vingt, le mouvement de prise en compte du nombre d'enfants s'est ainsi simplement intensifié.

Début 1993, les trois quarts des mutuelles ouvertes mettaient en oeuvre en la matière des pratiques comparables à celles établies par les sociétés d'assurance :

-1) Pour tous les niveaux de couverture commercialisés, les mutuelles ouvertes privilégiaient souvent les familles nombreuses, sans assurer la gratuité pour tous les enfants (tableau 6.5.).

Tableau 6.5.

Mutuelles ouvertes : gratuité de la couverture pour les enfants

		Gratuité à partir du x ^{ème} enfant	Gratuité à partir de la x ^{ème} personne
Mutuelle 1	toutes formules	3 ^e	-
Mutuelle 2	toutes formules	-	5 ^e
Mutuelle 3	formule 1	4 ^e	-
	formules 2, 3, 4 (TM), 5	3 ^e	-
Mutuelle 4	la formule (TM)	4 ^e	-
Mutuelle 5	la formule (TM)	1 ^{er}	-
Mutuelle 6	toutes formules	3 ^e	-
Mutuelle 7	toutes formules	3 ^e	-
Mutuelle 8	toutes formules	3 ^e	-
Mutuelle 9	toutes formules	3 ^e	-
Mutuelle 10	la formule (TM)	4 ^e	-
Mutuelle 11	toutes formules	4 ^e	-
Mutuelle 12	la formule (TM)	- 1 ^{er} pour un couple - 3 ^e si famille mono-parentale	-
Mutuelle 13	la formule (TM)	4 ^e	-
Mutuelle 14	toutes formules	3 ^e	-
Mutuelle 15	toutes formules	4 ^e	-
Mutuelle 16	toutes formules	3 ^e	-
Mutuelle 17	toutes formules	4 ^e	-
Mutuelle 18	la formule (TM)	- 1 ^{er} jusqu'au 3 ^e pour un couple uniquement	-
Mutuelle 19	la formule (TM)	4 ^e	-
Mutuelle 20	toutes formules	4 ^e	-

-2) La cotisation par enfant diminuait habituellement avec le nombre d'enfants intégrant le groupe familial (tableau 6.6.).

Tableau 6.6.

Mutuelles ouvertes : niveau des tarifs enfants en fonction du nombre d'enfants

		cotisation 2 ^e enfant cotisation 1 ^{er} enfant	cotisation 3 ^e enfant cotisation 1 ^{er} enfant	cotisation 4 ^e enfant cotisation 1 ^{er} enfant
Mutuelle 1	toutes formules	1	0	0
Mutuelle 2	toutes formules	-tarif différent selon l'âge des parents		
Mutuelle 3	formule 1	1	1	0
	autres formules	1	0	0
Mutuelle 4	la formule (TM)	1	1	0
Mutuelle 5	la formule (TM)	-	-	-
Mutuelle 6	toutes formules	1	0	0
Mutuelle 7	toutes formules	1	0	0
Mutuelle 8	toutes formules	0,8 environ	0	0
Mutuelle 9	toutes formules	1	0	0
Mutuelle 10	la formule (TM)	-tarif différent selon l'âge des parents		
Mutuelle 11	toutes formules	1	1	0
Mutuelle 12	la formule (TM)	-	-	-
Mutuelle 13	la formule (TM)	1	1	0
Mutuelle 14	toutes formules	1	0	0
Mutuelle 15	toutes formules	1	1	0
Mutuelle 16	toutes formules	1	0	0
Mutuelle 17	toutes formules	1	1	0
Mutuelle 18	la formule (TM)	-20f mensuel par enfant à partir du 3 ^e pour un couple		
Mutuelle 19	la formule (TM)	1	1	0
Mutuelle 20	toutes formules	1	1	0

-3) Les enfants bénéficiaient toujours de tarifs plus bas que ceux réservés aux adultes.

Ainsi, en ce qui concerne les formules Ticket Modérateur, nous avons fait la moyenne (sur la base de la période 21-84 ans) de la cotisation demandée à une famille composée de deux conjoints et de 5 enfants quand le conjoint du chef de famille est à charge et de la cotisation demandée à une famille composée de deux conjoints et de 5 enfants quand le conjoint du chef de famille est non à charge. La cotisation correspondant à la couverture des 5 enfants représentait alors en moyenne environ 40% de la cotisation correspondant à la couverture des 2 parents (contre 48% pour les sociétés d'assurance)¹.

Encore une fois, il existe une corrélation importante entre la force de la prise en compte de l'âge atteint et la force de la prise en compte du nombre d'enfants. Ainsi, dans notre échantillon, les 11 mutuelles les plus avancées dans la prise en compte de l'âge atteint renaient schématiquement le nombre d'enfants à l'image de ce que faisaient les sociétés d'assurance.

¹Pour les résultats détaillés, cf annexe XXIII.

1.2.4. Prise en compte de l'âge à l'adhésion

Pour les mutuelles ouvertes, il est enfin une variable tout à fait particulière : l'âge à l'adhésion.

Depuis le milieu des années quatre-vingt, son statut est en cours de transformation : la sur-cotisation pour adhésion tardive tend à devenir un mécanisme d'appoint.

1.2.4.1. Mixage des usages originels et des pratiques des sociétés d'assurance

Nous savons d'un point de vue logique qu'en matière d'assurance maladie individuelle, une mutuelle met tendanciellement en oeuvre un système de sur-cotisation pour adhésion tardive quand elle désire lutter contre la sélection adverse subie, sans mettre en cause totalement le principe de la tarification non discriminante.

Ainsi, conformément à nos prévisions théoriques, avant le milieu des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes recouraient fréquemment à ce type de mécanisme :

- les personnes ayant adhéré alors qu'elles étaient déjà âgées avaient presque constamment à verser aux mutuelles ouvertes une cotisation plus élevée que les jeunes adultes.

- dans le même temps, les personnes âgées ayant adhéré alors qu'elles étaient jeunes avaient à payer la même cotisation (ou presque) que les personnes jeunes.

Nous avons vu aussi que, sur le terrain de l'assurance maladie individuelle, l'instauration d'un système de sur-tarification pour adhésion tardive n'est pas pleinement efficace pour lutter contre la sélection adverse, dès lors que la mutuelle concernée est concurrencée par des sociétés d'assurance sans avoir institué un mécanisme de tarification véritablement discriminant (prise en compte de l'âge atteint en particulier).

A partir de la deuxième partie des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes ont donc instauré usuellement, on l'a montré, des mécanismes de tarification discriminant (en particulier en fixant le niveau de la cotisation demandée en fonction de l'âge atteint).

Néanmoins, les mutuelles ouvertes s'étant le plus transformées n'ont pas pour autant mis à l'index les systèmes de sur-cotisation pour adhésion tardive. Pour elles, la prise en compte de l'âge à l'adhésion peut toujours constituer, en effet, un moyen efficace pour ne pas aller jusqu'à se transformer en sociétés d'assurance bis en matière de tarification.

Ainsi, en 1993, la sur-cotisation pour adhésion tardive était encore assez souvent utilisée par les mutuelles ouvertes, quel que soit le stade de leur transformation tarifaire :

- les plus avancées l'utilisaient encore assez fréquemment pour ne pas aller jusqu'à se transformer en sociétés d'assurance bis.

- pour les moins avancées, il s'agissait souvent d'une mesure quasi-impérative pour éviter de subir de plein fouet la sélection adverse (à moins de mettre en oeuvre des mécanismes restrictifs non tarifaires rigoureux).

1.2.4.2. Une prise en compte tendanciellement conjoncturelle

Contrairement aux autres variables tarifaires, l'âge à l'adhésion est désormais quasiment une variable d'ajustement conjoncturel, au sens où les mutuelles ouvertes modifient souvent leur décision quant à son recours : plusieurs des mutuelles examinées qui l'avaient supprimée en 1993 compte tenu des transformations menées, comptaient la remettre à l'ordre du jour en 1994.

En prenant bien conscience de ce phénomène, nous avons opéré une photographie des usages en la matière pour l'année 1993.

1.2.4.2.1. La cible

En 1993, 12 des 20 mutuelles de notre échantillon utilisaient une sur-cotisation pour adhésion tardive.

Il s'est avéré que le champ des personnes concernées par les mécanismes de sur-tarification pour adhésion tardive mis en oeuvre pouvait être (tableau 6.7.) :

- soit les personnes non couvertes antérieurement à leur demande

d'adhésion

- soit les personnes couvertes par un organisme assureur non mutualiste antérieurement à la demande d'adhésion.

Tableau 6.7.

Mutuelles ouvertes : sur-tarification pour adhésion tardive

		Sur-tarification pour adhésion tardive si non couvert antérieurement	Sur-tarification pour adhésion tardive si couvert antérieurement
Mutuelle 1	toutes formules	non	non
Mutuelle 2	toutes formules	oui	oui (sur-tarification demandée automatiquement)
Mutuelle 3	formule 1, 2, 3, 4 (TM), 5	non	non
	formule 6 (adhésion tardive)	oui	oui (sur-tarification pour les personnes non couvertes antérieurement par une mutuelle)
Mutuelle 4	la formule (TM)	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
Mutuelle 5	la formule (TM)	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
Mutuelle 6	formules 1, 2 (TM), 3, 4	non	non
	formules 5, 6 (adhésion tardive)	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
Mutuelle 7	toutes formules	non	non
Mutuelle 8	formule 1	non	-
	formule 2, 3 (TM)	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
Mutuelle 9	toutes formules	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
Mutuelle 10	la formule (TM)	non	non
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
	formule 2	non	-
Mutuelle 12	la formule (TM)	non	non
Mutuelle 13	la formule (TM)	non	-
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	oui	oui (sur-tarification pour les personnes non couvertes auparavant par une mutuelle avec forte possibilité de dérogation sur ce point)
	formule 2	non	non
Mutuelle 15	toutes formules	oui	oui (sur-tarification pour les personnes non couvertes auparavant par une mutuelle)
Mutuelle 16	toutes formules	non	non
Mutuelle 17	toutes formules	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
Mutuelle 18	la formule (TM)	non	non
Mutuelle 19	la formule (TM)	oui	oui (sur-tarification demandée systématiquement)
Mutuelle 20	toutes formules	non	non

Les personnes couvertes par une mutuelle antérieurement à leur demande d'adhésion étaient la plupart du temps également concernées par les mécanismes sur-cotisation pour adhésion tardive (quand ils étaient mis en oeuvre). Cet usage s'est surtout développé depuis le milieu des années quatre-vingt.

1.2.4.2.2. Sur-cotisation immédiate et sur-cotisation différée

Sur les 12 mutuelles prenant en compte l'âge à l'adhésion, 9 opéraient la distinction entre :

- l'âge d'ouverture de la sur-cotisation pour adhésion tardive (c'est-à-dire l'âge limite à partir duquel tout nouvel adhérent est taxé d'un sur-tarif).

- l'âge de début effectif de cette sur-cotisation pour adhésion tardive (c'est-à-dire l'âge limite à partir duquel un adhérent "tardif" acquitte effectivement ce sur-tarif).

Pour les 3 autres, âge d'ouverture et âge de début effectif de la sur-cotisation pour adhésion tardive coïncidaient.

Tableau 6.8.

Mutuelles ouvertes : forme de la sur-tarification pour adhésion tardive

		Forme de la sur-tarification	Age d'ouverture de la sur-tarification	Age de début effectif de la sur-tarification	Durée de la sur-tarification
Mutuelle 1	toutes formules	-	-	-	-
Mutuelle 2	toutes formules	sur-cotisation immédiate	50 ans si couvert auparavant par une mutuelle, 55 ans sinon	50 ans si couvert auparavant par une mutuelle, 55 ans sinon	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 3	formules 1 à 5	-	-	-	-
	formule 6 (adhésion tardive)	sur-cotisation immédiate	56 ans	56 ans	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 4	la formule (TM)	sur-cotisation immédiate	56 ans	56 ans	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 5	la formule (TM)	sur-cotisation immédiate	57 ans	60 ans	jusqu'à 3 ans
Mutuelle 6	formules 1 à 4	-	-	-	-
	formules 5, 6 (adhésion tardive)	sur-cotisation immédiate	60 ans	60 ans	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 7	toutes formules	-	-	-	-
Mutuelle 8	formule 1	-	-	-	-
	formule 2, 3 (TM)	sur-cotisation différée	46 ans	61 ans	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 9	toutes formules	sur-cotisation différée	41 ans	51 ans	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 10	la formule (TM)	-	-	-	-
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	sur-cotisation immédiate	65 ans	65 ans	jusqu'au terme de la vie
	formule 2	-	-	-	-
Mutuelle 12	la formule (TM)	-	-	-	-
Mutuelle 13	la formule (TM)	-	-	-	-
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	sur-cotisation immédiate	61 ans	61 ans	jusqu'au terme de la vie
	formule 2	-	-	-	-
Mutuelle 15	toutes formules	sur-cotisation immédiate	45 ans pour le niveau 1, 55 ans pour le niveau 2	45 ans pour le niveau 1, 55 ans pour le niveau 2	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 16	toutes formules	-	-	-	-
Mutuelle 17	formule 1, 2 (TM), 4, 5	sur-cotisation immédiate	56 ans	56 ans	jusqu'au terme de la vie
	formule 3	sur-cotisation immédiate	51 ans pour le niveau 1, 56 ans pour le niveau 2	51 ans pour le niveau 1, 56 ans pour le niveau 2	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 18	la formule (TM)	-	-	-	-
Mutuelle 19	la formule (TM)	sur-cotisation différée	41 ans	71 ans	jusqu'au terme de la vie
Mutuelle 20	toutes formules	-	-	-	-

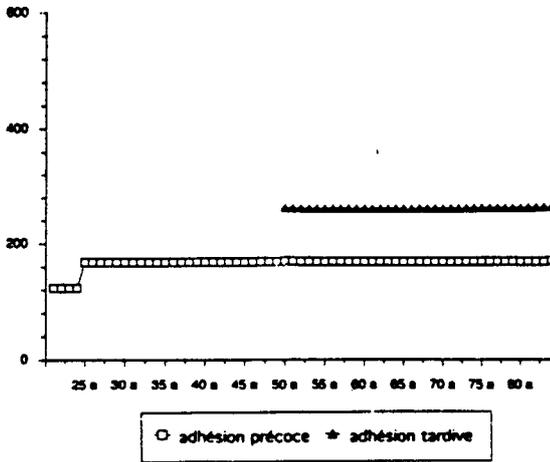
1.2.4.2.3. Hauteurs des sur-tarifcations

Nous avons représenté aussi en une série de graphiques (figures 6.6.) la manière dont les 12 mutuelles ouvertes recourant à un mécanisme de sur-cotisation pour adhésion tardive agissaient en 1993 en la matière (et cela pour chacun des niveaux de couverture commercialisés).

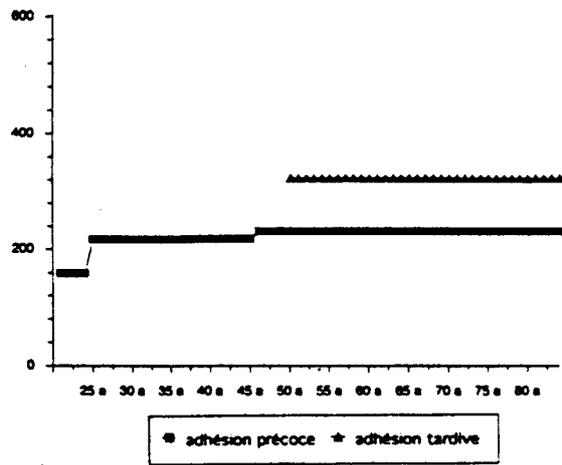
Figures 6.6.

Mutuelles ouvertes : Niveau de la sur-tarification pour adhésion tardive (toutes formules concernées)

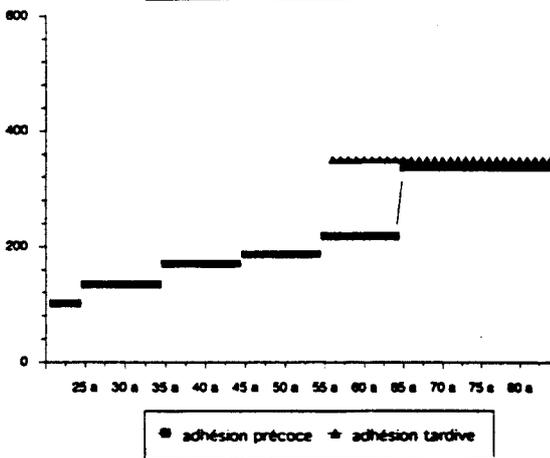
Mutuelle ouverte 2 : cotisation mensuelle pour la formule 1



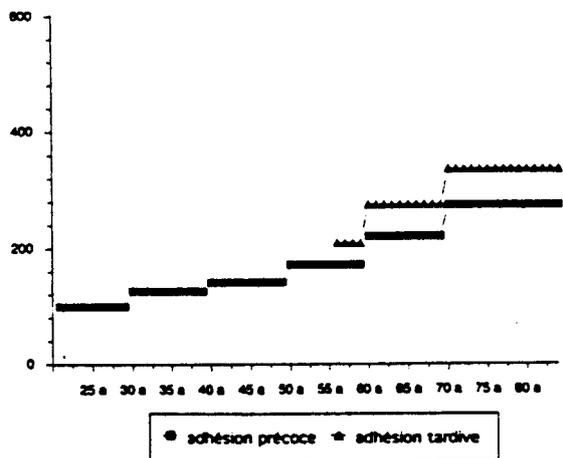
Mutuelle ouverte 2 : cotisation mensuelle pour la formule TM



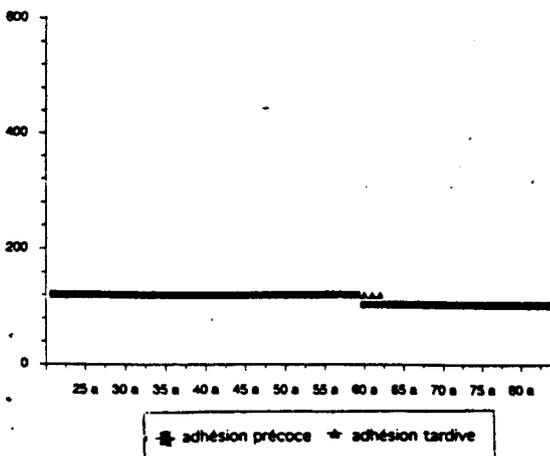
Mutuelle ouverte 3 : cotisation mensuelle pour la formule TM et pour la formule adhésion tardive



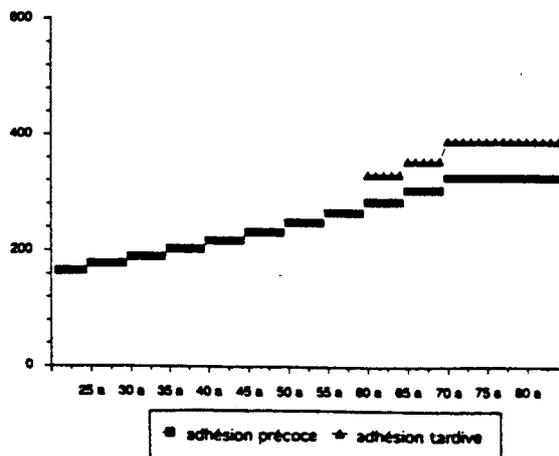
Mutuelle ouverte 4 : cotisation mensuelle pour la formule TM



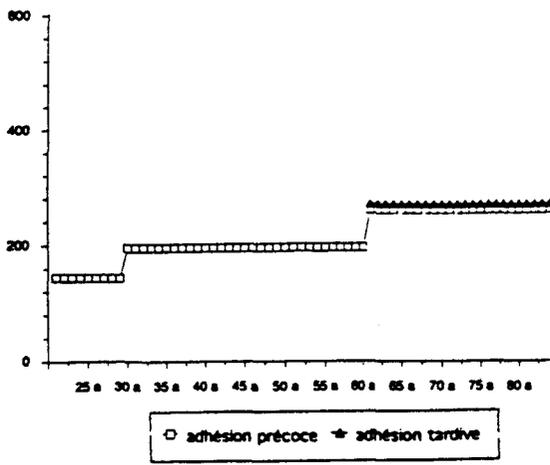
Mutuelle ouverte 5 : cotisation mensuelle pour la formule TM



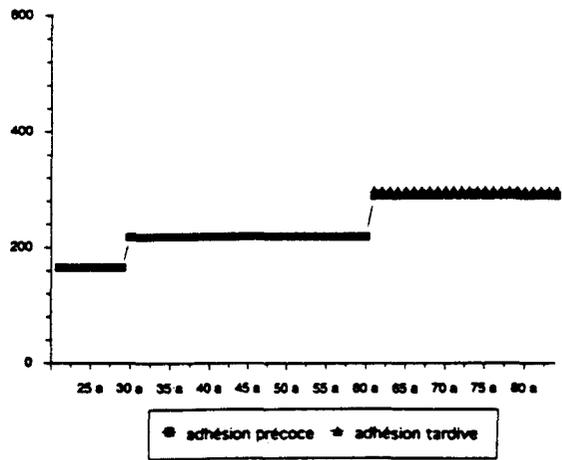
Mutuelle ouverte 6 : cotisation mensuelle pour la formule TM et pour la formule adhésion tardive A8



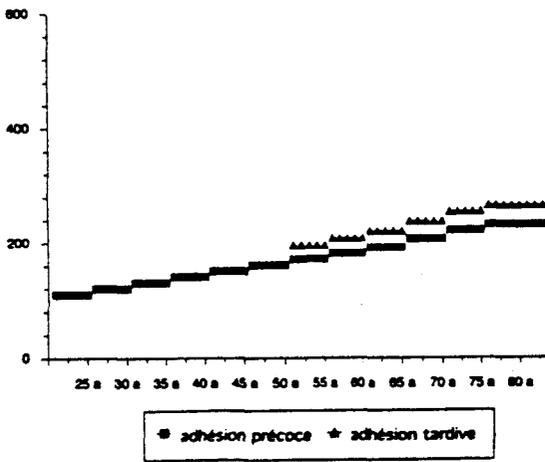
Mutuelle ouverte 8 : cotisation mensuelle pour la formule 2



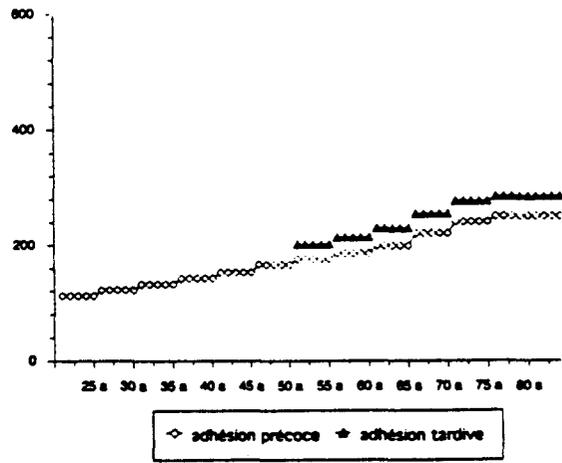
Mutuelle ouverte 8 : cotisation mensuelle pour la formule TM



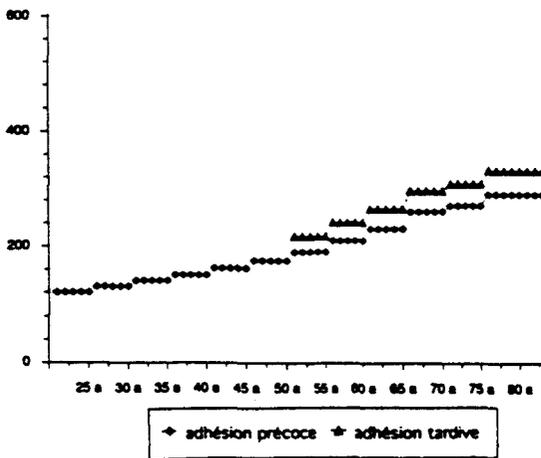
Mutuelle ouverte 9 : cotisation mensuelle pour la formule TM



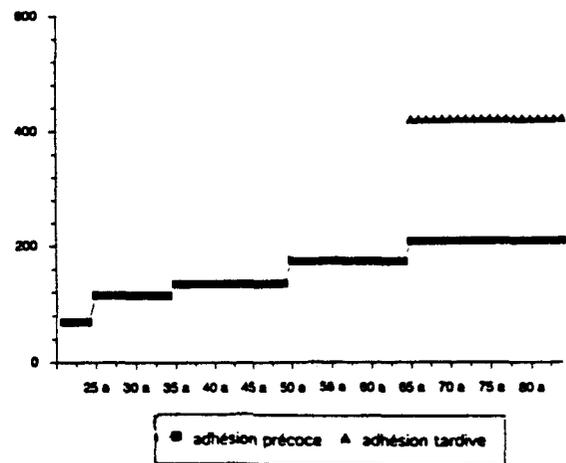
Mutuelle ouverte 9 : cotisation mensuelle pour la formule 2



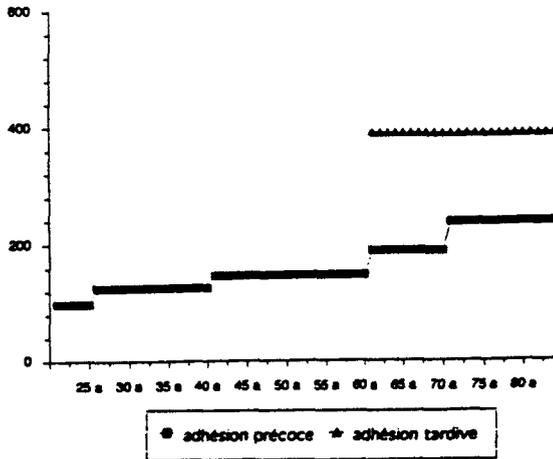
Mutuelle ouverte 9 : cotisation mensuelle pour la formule 3



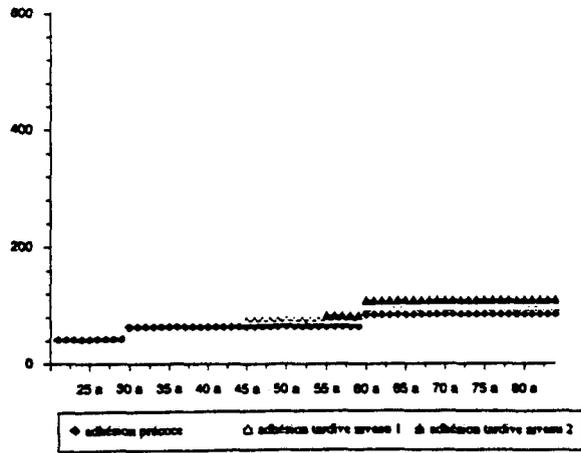
Mutuelle ouverte 11 : cotisation mensuelle pour la formule TM



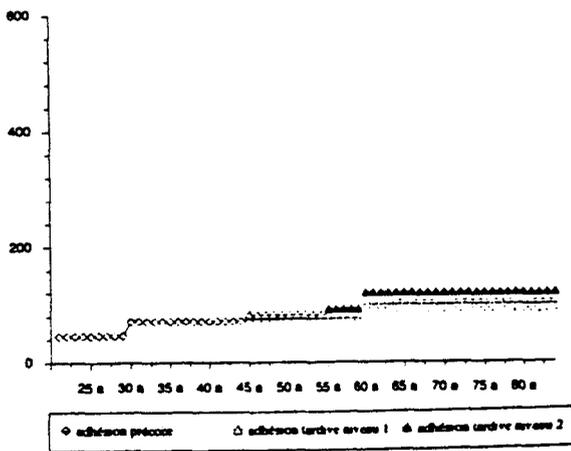
Mutuelle ouverte 14 : cotisation mensuelle pour la formule TM



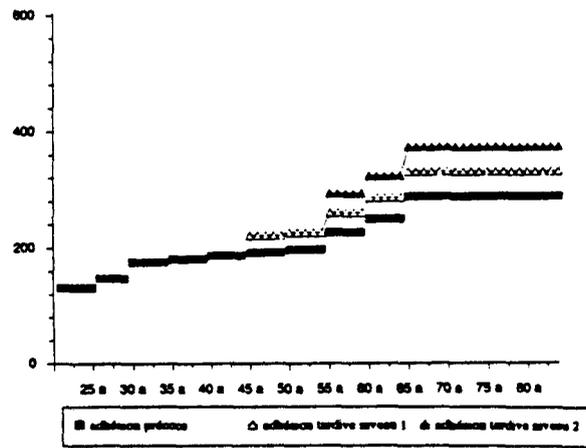
Mutuelle ouverte 15 : cotisation mensuelle pour la formule I



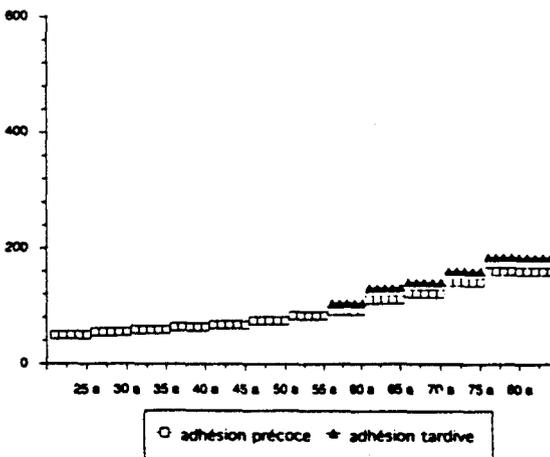
Mutuelle ouverte 15 : cotisation mensuelle pour la formule 2



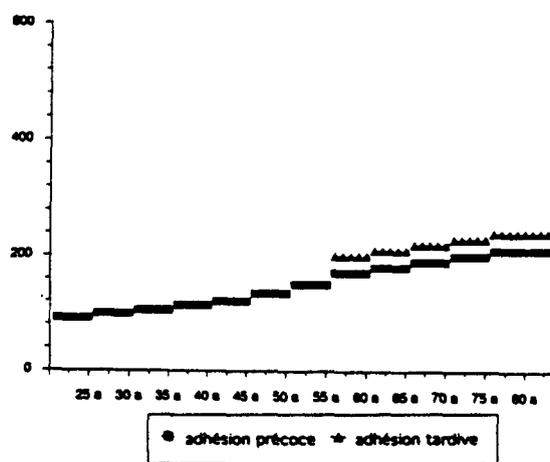
Mutuelle ouverte 15 : cotisation mensuelle pour la formule TM



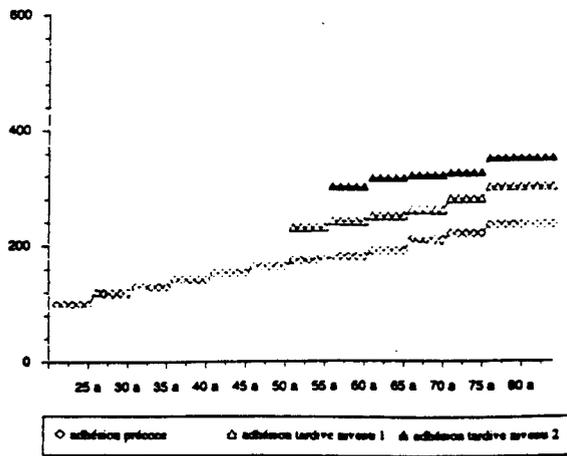
Mutuelle ouverte 17 : cotisation mensuelle pour la formule I



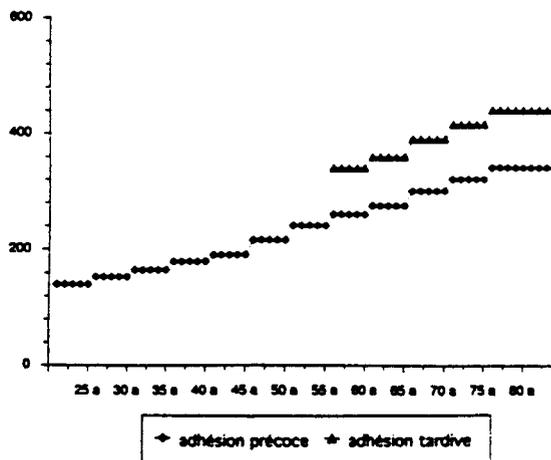
Mutuelle ouverte 17 : cotisation mensuelle pour la formule TM



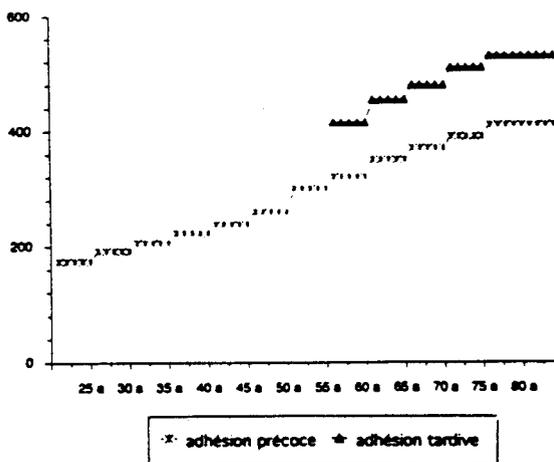
Mutuelle ouverte 17 : cotisation mensuelle pour la formule 3



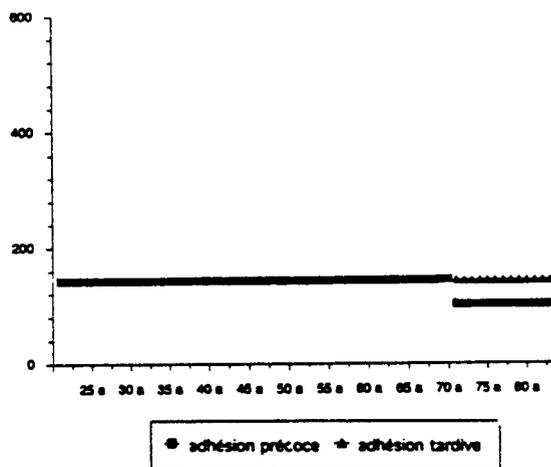
Mutuelle ouverte 17 : cotisation mensuelle pour la formule 4



Mutuelle ouverte 17 : cotisation mensuelle pour la formule 5



Mutuelle ouverte 19 : cotisation mensuelle pour la formule TM



En conclusion, les mutuelles ouvertes ont bien transformé leur système de tarification sur le terrain de la garantie maladie individuelle : elles se sont données les moyens de lutter contre la sélection adverse dans un contexte concurrentiel, sans se transformer pour autant en véritables sociétés d'assurance.

Compte tenu de leurs transformations tarifaires, les mutuelles ouvertes se sont ainsi éloignées des mutuelles fermées qui, pour l'essentiel, ont nettement moins modifié leurs usages :

- 1) L'écart existant désormais entre les mutuelles ouvertes et les mutuelles de fonctionnaires s'avère désormais des plus substantiels : généralement, ces dernières conservent toujours une tarification non discriminante¹, tout en recourant presque systématiquement à des mécanismes de sur-cotisation pour adhésion tardive rigoureux.

-2) Les pratiques des mutuelles professionnelles autres que de fonctionnaires varient entre le modèle des mutuelles de fonctionnaires et celui des mutuelles ouvertes selon la force de la sélection adverse endurée.

-3) Les mutuelles d'entreprise recourent toujours fréquemment à une tarification non discriminante (en notant que la prise en compte de l'âge à l'adhésion reste peu fréquente).

2. LES PRATIQUES NON TARIFAIRES : L'ADAPTATION

Sur le terrain de l'assurance maladie individuelle, les mutuelles ouvertes se sont mises à modifier aussi leurs usages en ce qui concerne les pratiques non tarifaires.

En cette matière aussi, les mutuelles ouvertes ne se transforment pas pour autant en sociétés d'assurance bis : elles disposent toujours d'usages propres.

Cette démarche est encore parfaitement rationnelle : ici encore, les mutuelles ouvertes s'efforcent de ne pas sacrifier le capital symbolique qu'elles ont accumulé depuis la Libération, dans la mesure où il est lui-même productif.

¹ Depuis le milieu des années quatre-vingt, les mutuelles de fonctionnaires ont modifié leurs pratiques tarifaires de façon nettement moins marquée que les mutuelles ouvertes. En matière de tarification, le principal trait des changements effectués par les mutuelles de fonctionnaires concerne le traitement réservé aux enfants (amenuisement ou disparition du traitement des plus favorables réservé aux enfants).

2.1. Les formules de remboursement offertes : une transformation sous contrôle

Nous savons que, pour une mutuelle cherchant à conserver un mécanisme de tarification non discriminant, l'offre d'une garantie de bas niveau constitue une arme potentielle pour lutter contre la sélection adverse.

Avant qu'elles ne transforment leurs usages tarifaires, les mutuelles ouvertes se sont donc contentées presque constamment d'offrir une unique couverture de bas niveau.

Conséquence de la mutation tarifaire opérée, cette situation a changé.

2.1.1. L'offre d'une garantie unique de bas niveau : un usage en voie de dépassement

Parrallèlement à leur transformation tarifaire, les mutuelles ouvertes modifient leur offre.

2.1.1.1. Multiplication des garanties

Au début des années quatre-vingt, plus de 90% des mutuelles ouvertes proposaient une garantie maladie unique. Il s'agissait toujours d'une garantie Petit et Gros Risques.

Début 1993, 35% (seulement) des mutuelles ouvertes investies se contentaient d'offrir une seule formule de remboursement.

En 1993 toujours, les mutuelles ouvertes ayant déjà élargi leur gamme étaient celles qui étaient les plus avancées dans les transformations tarifaires opérées. L'élargissement de l'offre s'opère bien parallèlement aux changements tarifaires.

2.1.1.2. Elargissement de l'offre

En 1993, la garantie proposée par les mutuelles ouvertes restées mono-produits correspondait approximativement à une formule Ticket Modérateur.

Avant le milieu des années quatre-vingt, il ne s'agissait pas là d'une pratique systématique : les mutuelles mono-produits proposaient soit une garantie Ticket modérateur, soit une garantie de niveau inférieur.

Chez les mutuelles ayant élargi leur gamme, les garanties créées étaient presque toujours d'un niveau supérieur à celui de la garantie originelle (cette garantie originelle étant très rarement supprimée)¹. Ces nouvelles garanties correspondaient aussi presque constamment à des formules Petit et Gros risques.

Début 1993, les mutuelles ouvertes ayant élargi leur gamme commercialisaient constamment une garantie Ticket modérateur. 80% d'entre elles proposaient en outre des garanties dépassant assez largement la garantie Ticket Modérateur.

L'offre d'une couverture unique de bas niveau est bien dans ces conditions un usage en voie de dépassement chez les mutuelles ouvertes (compte tenu des transformations tarifaires instituées).

2.1.1.3. Le butoir du hasard moral

Les formules maximales proposées par les mutuelles ouvertes n'atteignent pas toutefois les maxima commercialisés par les sociétés d'assurance (des formules correspondant à la couverture quasi intégrale des frais de maladie).

Le butoir du hasard moral joue ici explicitement un rôle actif.

Nous avons montré sur un plan théorique qu'une société d'assurance dispose de mesures efficaces pour lutter contre le hasard moral : l'exclusion des adhérents jugés ex post par trop consommateurs pendant un temps donné (durant les deux premières années de couverture usuellement) et la sélection intensive de risques (de façon à ne pas couvrir les personnes ayant manifesté antérieurement des "attitudes excessives" en matière de

¹Historiquement, la mutation des pratiques tarifaires (prise en compte de l'âge atteint en particulier) a souvent concerné d'abord ces garanties nouvellement créées, avant de concerner l'intégralité de la gamme.

consommation).

Les mutuelles se refusent d'un point de vue doctrinal à utiliser à plein de telles méthodes, ce qui les empêche de pouvoir lutter efficacement contre le hasard moral quand elles le subissent.

Les mutuelles hésitent dans ce contexte à proposer des niveaux de couverture très élevés, de façon à ne pas aller jusqu'à subir un important mouvement de hasard moral.

Pour donner un idée détaillée des garanties proposées en 1993, nous avons réalisé aussi un fichier présentant les niveaux de couverture institués pour 9 types-clés de frais de santé (honoraires des médecins conventionnés, pharmacie, optique, etc..). Ce fichier est présenté dans son entier dans l'annexe XXIV.

2.1.2. Comparaison avec les sociétés d'assurance

En 1993, compte tenu des différences dans le stade d'évolution des transformations opérées et de la volonté de ne pas proposer des garanties trop hautes, les pratiques des mutuelles ouvertes en la matière restaient assez éloignées en moyenne de celles des sociétés d'assurance.

Ainsi, les mutuelles ouvertes commercialisaient alors en moyenne 2,4 garanties maladie individuelles (contre 6,3 pour les sociétés d'assurance).

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : nombre de garanties maladie	Sociétés d'assurance : nombre de garanties maladie
Moyenne	2.45	6.28
Ecart type	1.3563	3.2323
Nombre d'observations	20	18
t-student	4.8486	
Degrés de liberté	36	
Signifiante	0.000	

De plus, dans le souci de mesurer l'écart moyen entre la garantie minimale et la garantie maximale proposée par les mutuelles ouvertes, nous avons repris une procédure de calcul déjà usitée : calcul de la cotisation mensuelle moyenne qui serait demandée à une personne bénéficiant d'une formule donnée depuis son 21^{ème} jusqu'à son 85^{ème} anniversaire (en supposant constant le mécanisme de tarification proposée).

On en a tiré les résultats moyens suivants¹ :

Tableau 6.9.

Etendue de la gamme de garanties

	Rapport moyen
cotisation 21-84 ans formule Maximum cotisation 21-84 ans formule TM	1,22
cotisation 21-84 ans formule Minimum cotisation 21-84 ans formule TM	0,83
cotisation 21-84 ans formule Maximum cotisation 21-84 ans formule Minimum	1,69

Les différences subsistant en moyenne avec les sociétés d'assurance sont alors encore significatives (concernant les garanties maximales commercialisées, et non les garanties minimales) :

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : formule Max/TM	Sociétés d'assurance : formule Max/TM
Moyenne	1.22	2.38
Ecart type	0.3391	0.5983
Nombre d'observations	20	11
t-student	6.9028	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0.000	

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : formule Min/TM	Sociétés d'assurance : formule Min/TM
Moyenne	0.83	0.82
Ecart type	0.2563	0.2563
Nombre d'observations	20	11
t-student	- 0.1678	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0.868	

H0 : m1 = m2 H1 : m1 ≠ m2	Mutuelles ouvertes : formule Max/Min	Sociétés d'assurance : formule Max/Min
Moyenne	1.69	3.12
Ecart type	0.909	0.986
Nombre d'observations	20	11
t-student	4.0673	
Degrés de liberté	29	
Signifiante	0.000	

¹Pour une présentation détaillée des résultats, cf annexe XXV.

2.2. Les mécanismes restrictifs non tarifaires : entre mutation et volonté de conserver le capital symbolique accumulé

En outre, les mutuelles ouvertes ont amendé de façon variée les mécanismes restrictifs non tarifaires qu'elles mettent en oeuvre.

2.2.1. Délais d'attente : des règles du jeu en partie modifiées

Toutes les mutuelles ouvertes n'ont pas cessé d'utiliser des délais d'attente. Les règles du jeu en la matière ont néanmoins été pour partie modifiées.

2.2.1.1. Changement partiel de statut

Nous avons vu d'un point de vue logique qu'une mutuelle cherchant à conserver autant que possible une tarification non discriminante tend à obliger les adhérents potentiels à raisonner sur leur vie entière. Elle tient alors compte du fait qu'en vieillissant le risque maladie subi par une personne quelconque s'alourdit nécessairement.

Les mécanismes de sur-cotisation pour adhésion tardive constituent la pratique type en la matière : ils visent à pénaliser les adhérents tardifs (les personnes qui adhèrent seulement lorsqu'elles ont dépassé un âge donné) via l'instrument tarifaire.

D'un point de vue logique toujours, nous avons vu que les mutuelles peuvent aussi utiliser des mécanismes restrictifs non tarifaires pour ce faire : âge limite d'adhésion et fixation de délais d'attente d'autant plus longs que l'âge à l'adhésion est tardif.

Dans ces conditions, les mutuelles ouvertes utilisaient souvent avant la seconde partie des années quatre-vingt les délais d'attente pour limiter les adhésions tardives (donc inciter à la précocité des adhésions), tout en conservant une tarification pour l'essentiel non discriminante.

Lorsque les mutuelles ouvertes ont tendu à modifier leur tarification (prise en compte de l'âge atteint en particulier) pour lutter efficacement contre la sélection adverse subie, cet usage n'a pas disparu, mais a été mis en oeuvre de façon moins intense.

Ainsi, début 1993, 7 des 20 mutuelles de notre échantillon fixaient explicitement la longueur des délais d'attente en fonction de l'âge à l'adhésion. 1 seule d'entre elles y recourait très intensément.

Tableau 6.10.

Mutuelles ouvertes : délais d'attente

	maladies courantes	hospitalisation	maternité	optique	soins dentaires	prothèses dentaires
Mutuelle 1	3 mois	3 mois	-	12 mois	nm	12 mois
Mutuelle 2	3 mois	6 mois	6 mois	nm	3 mois	6 mois
Mutuelle 3	3 mois	6 mois	10 mois	3 mois	3 mois	3 mois
Mutuelle 4	-adhésion à moins de 55 ans : 3 mois -adhésion à plus de 55 ans : 6 mois					
Mutuelle 5	3 mois	3 mois	10 mois	3 mois	3 mois	3 mois
Mutuelle 6	3 mois	6 mois	10 mois	6 mois	6 mois	6 mois
Mutuelle 7	3 mois, forfaits: 6 mois		9 mois	3 mois, forfaits: 6 mois		
Mutuelle 8	3 mois (sauf: pharmacie et examens laboratoire: sans)		12 mois	sans	3 mois	3 mois
Mutuelle 9	-adhésion à moins de 31 ans : pas de stage -adhésion de 31 ans à 55 ans : 3 mois -adhésion de 56 ans à 60 ans : 6 mois					
Mutuelle 10	-adhésion à moins de 26 ans : sans -adhésion après 25 ans : 3 mois NB : maternité : toujours 10 mois					
Mutuelle 11	3 mois	3 mois	10 mois	10 mois	3 mois	10 mois
Mutuelle 12	-adhésion à moins de 60 ans : 3 mois, sauf actes de chirurgie et hospitalisations (6 mois) -adhésion de 60 ans à 65 ans : 6 mois -adhésion de 65 ans à 70 ans : 8 mois -adhésion de 70 ans à 75 ans : 10 mois -adhésion à plus de 75 ans : 12 mois NB : maternité : toujours 10 mois					
Mutuelle 13	-adhésion à moins de 26 ans : 1 mois -adhésion après 25 ans : 6 mois NB : sauf pour maternité (10 mois) et prothèses dentaires (12 mois)					
Mutuelle 14	3 mois					
Mutuelle 15	sans pour les moins de 30 ans, 3 mois après 30 ans					
Mutuelle 16	3 mois					
Mutuelle 17	formule 1 : 3 mois					
	formules 2 (TM), 3 : adhésion à moins de 56 ans : 3 mois, adhésion à plus de 55 ans : 6 mois					
	formule 4 : 6 mois					
	formule 5 : 9 mois					
Mutuelle 18	3 mois	6 mois	12 mois	3 mois	3 mois	3 mois
Mutuelle 19	3 mois	6 mois	10 mois	3 mois	3 mois	3 mois
Mutuelle 20	3 mois	6 mois	12 mois	12 mois	3 mois	6 mois

2.2.1.2. Modification tendancielle de la cible

Chez les sociétés d'assurance, les personnes prises à la concurrence (les entrants pouvant justifier l'existence d'une couverture maladie antérieure) ont toujours obtenu aisément la suppression d'une grande part, voire de l'intégralité des délais d'attente prévus (et cela quel que soit l'organisme assureur antérieur).

Pour obtenir cette abrogation, il faut simplement que l'ancienne garantie soit d'un niveau au moins égal et que la résiliation soit le fait de l'assuré (et non de l'assureur).

Pour les mutuelles ouvertes, l'usage était jusqu'à ces dernières années le même, à une exception notable près : elles n'acceptaient généralement d'effectuer cette abrogation que si l'ancien organisme assureur était :

- soit une mutuelle

- soit une mutuelle affiliée à une fédération nationale considérée comme représentative (FNMF et FMF)

- soit une mutuelle affiliée à la même fédération nationale représentative (après la rupture entre la FNMF et la FMF).

Début 1993, ces règles étaient en cours de disparition (ce qui signifie que les mutuelles s'entraident désormais moins dans leurs actions) : si elles étaient encore inscrites explicitement dans la plupart des statuts des mutuelles, elles ne s'avéraient plus du tout appliquées ou s'avéraient appliquées avec souplesse (possibilités plus ou moins larges de dérogation). En 1993, un quart des mutuelles ouvertes investies se montraient encore inflexibles sur ce point.

Tableau 6.11.

Mutuelles ouvertes : conditions sur la nature de l'organisme assureur antérieur

		Suppression partielle ou totale en cas de prise à la concurrence	Condition sur la nature de l'org. assureur antérieur	Description
Mutuelle 1	toutes formules	oui	non	-
Mutuelle 2	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle
Mutuelle 3	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle
Mutuelle 4	la formule (TM)	oui	non	si couvert antérieurement par une mutuelle FNMF en théorie (statuts). En pratique, aucune condition concernant la nature de l'organisme assureur.
Mutuelle 5	la formule (TM)	oui	non	-
Mutuelle 6	toutes formules	oui	non	-
Mutuelle 7	toutes formules	oui	non	-
Mutuelle 8	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle
Mutuelle 9	toutes formules	non	non	-
Mutuelle 10	la formule (TM)	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle FNMF
Mutuelle 11	toutes formules	oui	non	-
Mutuelle 12	la formule (TM)	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle affiliée à une fédération nationale
Mutuelle 13	la formule (TM)	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle FNMF en principe, avec possibilité de dérogation en pratique
Mutuelle 14	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle FNMF en principe, avec possibilité de dérogation en pratique
Mutuelle 15	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle
Mutuelle 16	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle, avec possibilité de dérogation en pratique (si couverture antérieure collective d'entreprise: suppression des délais d'attente quel que soit l'organisme assureur antérieur)
Mutuelle 17	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle FNMF en principe, avec possibilité de dérogation en pratique
Mutuelle 18	la formule (TM)	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle en individuel (si couverture antérieure collective d'entreprise : suppression des délais d'attente quel que soit l'organisme assureur antérieur)
Mutuelle 19	la formule (TM)	oui	non	si couvert antérieurement par une mutuelle en théorie (statuts), pas en pratique
Mutuelle 20	toutes formules	oui	oui	si couvert antérieurement par une mutuelle

2.2.2. Age limite d'adhésion : mesure d'appoint non systématisée

Au début des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes utilisaient déjà assez souvent un âge limite d'adhésion (dans plus d'un cas sur deux approximativement).

Les usages des sociétés d'assurance en matière d'assurance collective jouaient en la matière : elles ne reprenaient en rien systématiquement des personnes sortant des contrats collectifs d'entreprise (les personnes âgées en particulier)¹ : les mutuelles devaient se prémunir alors contre ce phénomène².

Début 1993, l'utilisation d'un âge limite d'adhésion était encore de mise chez les mutuelles ouvertes sans qu'il ne s'agisse là d'une constante : environ 65% des mutuelles consultées y recouraient (tableau 6.12.).

Tableau 6.12.

Mutuelles ouvertes : âge limite d'adhésion

		Age limite d'adhésion hors prise à concurrence	Age limite d'adhésion quand prise à concurrence
Mutuelle 1	toutes formules	sans	sans
Mutuelle 2	toutes formules	55 ans	sans (si reprise à mutuelle)
Mutuelle 3	formules 1, 2, 3, 4 (TM), 5	55 ans	sans (si reprise à mutuelle)
	formule 6 (adhésion tardive)	sans	sans
Mutuelle 4	la formule (TM)	sans	sans
Mutuelle 5	la formule (TM)	65 ans	sans
Mutuelle 6	formules 1, 2 (TM), 3, 4	60 ans	60 ans
	formules 5, 6 (adhésion tardive)	75 ans	75 ans
Mutuelle 7	toutes formules	60 ans	60 ans
Mutuelle 8	toutes formules	sans	sans
Mutuelle 9	toutes formules	60 ans	60 ans
Mutuelle 10	toutes formules	55 ans	55 ans
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	sans	sans
	formule 2	60 ans	60 ans
Mutuelle 12	la formule (TM)	sans	sans
Mutuelle 13	la formule (TM)	64 ans	sans (si reprise à mutuelle en principe, avec souplesse en pratique)
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	sans	sans
	formule 2	60 ans	sans (si reprise à mutuelle en principe, avec souplesse en pratique)
Mutuelle 15	toutes formules	sans	sans
Mutuelle 16	formules 1(TM), 2	60 ans	60 ans
	formule 3	55 ans	55 ans
Mutuelle 17	toutes formules	sans	sans
Mutuelle 18	la formule (TM)	sans	sans
Mutuelle 19	la formule (TM)	65 ans	sans (si reprise mutuelle selon statuts, pas en pratique)
Mutuelle 20	toutes formules	53 ans	53 ans

¹Les institutions de retraite et de prévoyance ne posaient pas en la matière le même problème que les sociétés d'assurance : elles proposaient généralement dans les années quatre-vingt de récupérer les "sorties" des contrats collectifs d'entreprise..

²La loi EVIN du 31 décembre 1989 oblige désormais, en principe les organismes assureurs à assurer les personnes sortant des contrats collectifs (si celles-ci le désirent).

En 1993, lorsqu'une mutuelle ouverte mettait en oeuvre un âge limite d'adhésion pour une formule donnée, les personnes non couvertes antérieurement à leur demande d'adhésion se trouvaient toujours concernées. Les personnes couvertes antérieurement à leur demande d'adhésion ne l'étaient, quant à elles, que rarement.

Antérieurement à la deuxième partie des années quatre-vingt, cette abrogation de l'âge limite d'adhésion en faveur des personnes prises à la concurrence ne jouait usuellement que si l'organisme assureur antérieur était une mutuelle. En 1993, cet usage était donc en voie de disparition.

On notera enfin que les usages en matière d'âge limite d'adhésion sont très changeants (parfois d'une année sur l'autre).

2.2.3. Sélection sur la base de l'état de santé : le refus de l'alignement sur les sociétés d'assurance

D'un point de vue doctrinal, la sélection des risques sur la base d'une prise en compte de l'état de santé à l'adhésion est contraire à l'idéal mutualiste. Pour cette raison, les mutuelles ouvertes y ont constamment peu recouru.

Début 1993, les mutuelles restaient encore hostiles d'un point de vue général à la sélection des risques sur la base de l'état de santé.

Dans ces conditions, moins d'un tiers des mutuelles investies interdisaient explicitement l'entrée de personnes ayant des problèmes de santé donnés (étaient alors concernées généralement toutes les personnes demandant à adhérer).

Le moyen utilisé par les mutuelles ouvertes pour mettre en oeuvre une sélection médicale est presque constamment une attestation de bonne santé.

Le recours à un questionnaire médical reste en effet des plus mal considérés au sein du mouvement mutualiste (cf la volonté de sauvegarder le capital symbolique accumulé) : 2 des 20 mutuelles de notre échantillon y recouraient en 1993 (contre 100% pour les sociétés d'assurance). Et dans un des deux cas, le questionnaire médical était simplement soumis aux personnes ayant dépassé un âge donné.

Tableau 6.13.

Mutuelles ouvertes : description de la prise en compte des risques aggravés

		Description
Mutuelle 1	toutes formules	-Questionnaire médical demandé systématiquement -Visite médicale envisagée si problèmes de santé -Dans le bulletin d'adhésion, déclaration sur l'honneur concernant l'absence d'une affection de longue durée reconnue au titre de l'article des 3° et 4° de l'article L322-3 du code de la Sécurité sociale.
Mutuelle 2	toutes formules	-
Mutuelle 3	toutes formules	-
Mutuelle 4	la formule (TM)	-Dans le bulletin d'adhésion, attestation d'absence de maladie chronique ou aiguë demandée (concerne toute la famille) -En pratique, la mutuelle laisse néanmoins rentrer les "risques aggravés" pour mauvais état de santé.
Mutuelle 5	la formule (TM)	-
Mutuelle 6	toutes formules	-
Mutuelle 7	toutes formules	-
Mutuelle 8	toutes formules	-
Mutuelle 9	toutes formules	-Dans le bulletin d'adhésion, attestation de bonne santé demandée -Dans le bulletin d'adhésion, demande acceptation de tous contrôles tendant à faire preuve que la demande de prestations est due à une affection non contractée ultérieurement à l'admission -En pratique, selon le directeur, les personnes à 100% SS qui nécessitent beaucoup de soins peuvent ne pas être autorisées à adhérer, si elles n'étaient pas déjà couvertes antérieurement.
Mutuelle 10	la formule (TM)	-
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	-Questionnaire médical demandé si l'un des assurés potentiels du groupe familial a plus de 60 ans
	formule 2	-Questionnaire médical demandé systématiquement
Mutuelle 12	la formule (TM)	-
Mutuelle 13	la formule (TM)	-Dans le bulletin d'adhésion, attestation d'absence de maladies de longue durée demandée -Certificat médical attestant l'absence d'une maladie chronique ou d'une infirmité demandé systématiquement
Mutuelle 14	toutes formules	-
Mutuelle 15	toutes formules	-
Mutuelle 16	toutes formules	-
Mutuelle 17	toutes formules	-
Mutuelle 18	la formule (TM)	-
Mutuelle 19	la formule (TM)	-
Mutuelle 20	toutes formules	-Dans le bulletin d'adhésion, attestation de bonne santé et d'absence de traitement en cours demandée -Certificat médical attestant l'absence de problèmes de santé demandé systématiquement

2.2.4. Exclusion ex post des adhérents : le rejet

Il est enfin un domaine pour lequel les mutuelles ouvertes se refusent très nettement à transiger : l'exclusion ex post des adhérents pour sur-consommation

médicale.

De ce point de vue, elles cherchent nettement à se différencier des sociétés d'assurance pour qui cette pratique, nous le savons, est généralisée (dans les limites fixées par la loi).

Pour les responsables mutualistes, recourir à une telle pratique serait quasi-suicidaire (mise en cause complète à terme de l'image).

Ainsi, depuis le milieu des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes adaptent nettement leurs pratiques à leur environnement sur le terrain de l'assurance maladie individuelle.

De façon à lutter efficacement contre la sélection adverse subie dans un cadre concurrentiel, elles rapprochent fortement leurs usages de ceux des sociétés d'assurance, sans se transformer totalement pour autant en sociétés d'assurance : les mutuelles s'efforcent de ne pas sacrifier le capital symbolique qu'elles ont accumulé.

3. BILAN DES USAGES

Pour résumer l'état d'avancement des transformations opérées début 1993 et surtout exposer d'un point de vue global les liens existant entre les différentes variables, nous avons finalement réalisé une classification ascendante hiérarchique et une cartographie des usages des mutuelles ouvertes en matière de garantie maladie individuelle.

3.1. Classification automatique sur les usages tarifaires

La transformation de la tarification est au centre des mutations opérées par les mutuelles ouvertes. Pour cette raison, nous avons réalisé dans un premier temps une

classification ascendante hiérarchique du moment d'ordre deux¹ sur la base des modes de tarification qu'elles mettaient en oeuvre début 1993.

3.1.1. Fondements de la construction

Nous avons vu que les changements en matière de tarification prennent d'un point de vue général la forme suivante :

- une prise en compte de l'âge atteint (phénomène déterminant)
- un amenuisement de la différenciation membre d'un couple/personne seule (quand le conjoint du chef de famille est à charge ou non à charge)
- une intensification de la prise en compte du nombre d'enfants.

Pour réaliser la classification automatique, nous avons donc considéré ces trois variables.

La variable "intensité de la prise en compte de l'âge à l'adhésion" n'a pas été considérée dans le cadre de cette classification puisqu'elle était constamment modifiée en fonction des besoins (l'intensité de sa prise en compte variait souvent en tout sens) : elle constituait une variable de régulation "conjoncturelle".

3.1.2. Découpage en classes

Pour établir la classification ascendante hiérarchique, nous nous devons de prendre en compte les pratiques des mutuelles ouvertes comparativement à celles des sociétés d'assurance.

Pour ce faire, chacune des trois variables retenues a été éclatée en deux classes de façon à opposer les pratiques mutualistes qui s'avéraient déjà "rapprochées" fortement de celles des sociétés d'assurance et les pratiques mutualistes qui ne l'étaient toujours pas :

¹L'indicateur de distance entre les éléments est le CHI-DEUX. L'indicateur des liaisons entre classes est le moment centré d'ordre deux.

1) Pour la variable "intensité de la prise en compte de l'âge atteint", nous avons différencié¹ :

- les mutuelles prenant en compte l'âge atteint avec moins d'intensité que toutes les sociétés d'assurance investies (classe CV-)
- les mutuelles prenant en compte l'âge atteint plus intensément que la société d'assurance investie allant le moins loin en la matière (classe CV+)

2) Pour la variable "état de la différenciation couple/personne seule", nous avons différencié :

- les mutuelles privilégiant les membres d'un couple (quand le conjoint du chef de famille est à charge ou quand il est non à charge) par rapport aux personnes seules (classe C -)
- les mutuelles traitant de façon identique les membres d'un couple et les personnes seules (classe C +)

3) Pour la variable "intensité de la prise en compte des enfants", nous avons différencié :

- les mutuelles traitant tarifairement les enfants de façon plus privilégiée que toutes les sociétés d'assurance consultées (classe E-)
- les mutuelles traitant tarifairement les enfants de façon moins privilégiée que la société d'assurance allant le moins loin en la matière (classe E+)

Nous avons réalisé la classification automatique à partir des variables ainsi traitées.

En pratique, le dépouillement a été fait sur la base des formules Ticket modérateur, parce que tous les organismes assureurs consultés en proposaient une. De cette façon, on évitait le biais dû aux fortes différences entre les niveaux de couverture commercialisés.

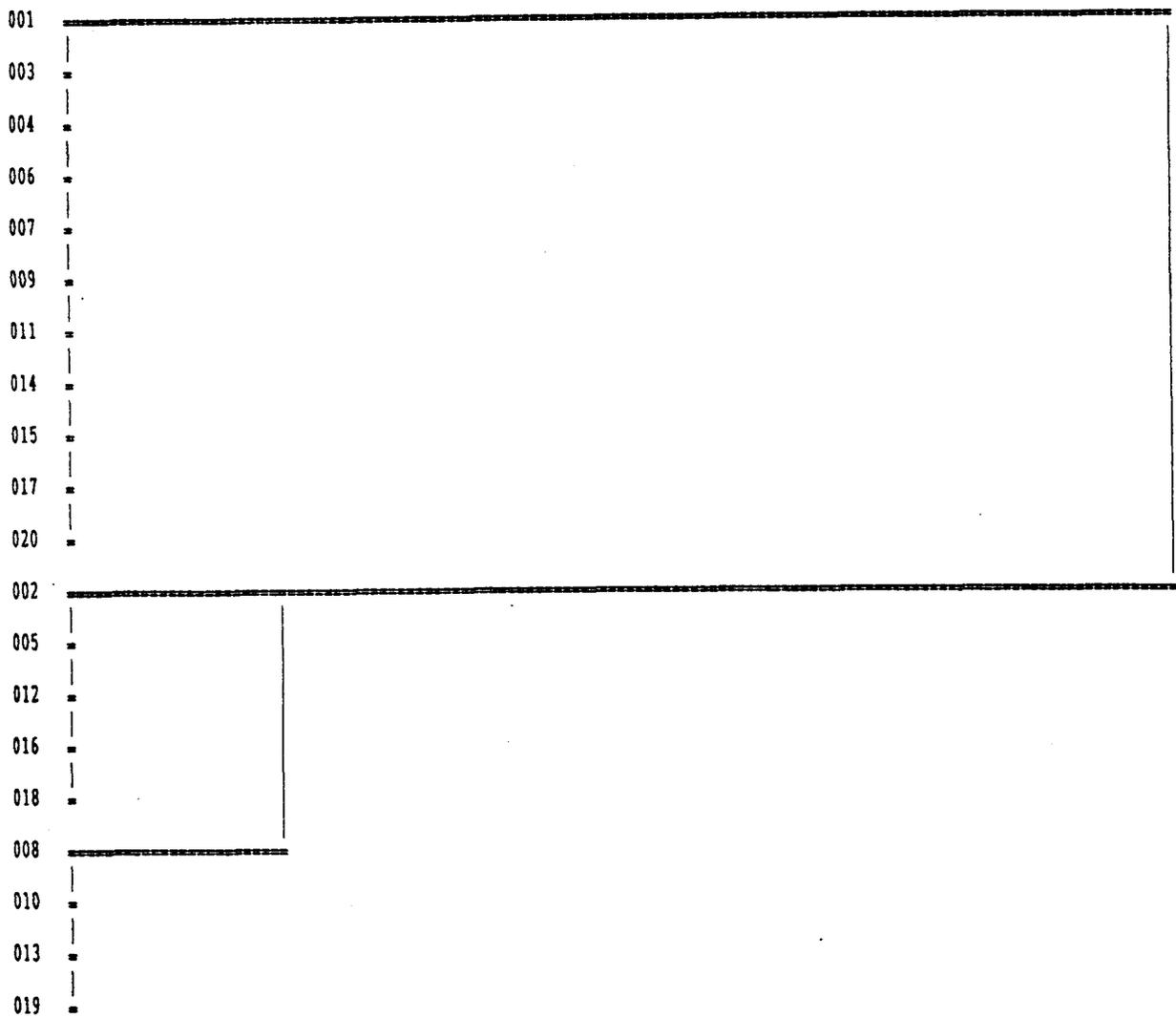
¹Pour ce faire, nous nous sommes basés sur l'indicateur le plus représentatif : le coefficient de variation corrigé.

3.1.3. Les résultats

La classification ascendante hiérarchique réalisée a abouti au classement des mutuelles ouvertes suivant :

Figure 6.7.

Mutuelles ouvertes : Résultat de la classification ascendante hiérarchique



Sur cette base, en ce qui concerne les pratiques sur le terrain de la garantie maladie individuelle, il n'existe ainsi que trois types de mutuelles ouvertes (types que l'on désignera sous les termes : groupe 1, sous-groupe 2-1, sous-groupe 2-2).

- **groupe 1** (classes CV+, C+, E+) : il réunit les 11 mutuelles qui, à la fois, :

- prennent en compte l'âge atteint plus intensément que la société d'assurance consultée allant le moins loin en la matière,
- traitent de façon identique les membres d'un couple par rapport aux personnes seules
- traitent schématiquement, d'un point de vue tarifaire, les enfants comme les sociétés d'assurance.

Groupe 2 (classes CV-, C-, E+ ou E-) : il réunit les 9 mutuelles qui, à la fois, :

- prennent en compte l'âge atteint moins intensément que toutes les sociétés d'assurance investies
- traitent de façon privilégiée les membres d'un couple par rapport aux personnes seules

Ce groupe 2 s'est trouvé décomposé lui-même en deux sous-groupes :

- sous-groupe 2-1** (classes CV-, C-, E-) : il rassemble les 5 mutuelles du groupe 2 qui traitent tarifairement les enfants de façon plus privilégiée que toutes les sociétés d'assurance investies
- sous-groupe 2-2** (classes CV-, C-, E+) : il rassemble les 4 mutuelles du groupe 2 qui traitent tarifairement les enfants de façon moins privilégiée que la société d'assurance allant le moins loin en la matière

Ces résultats manifestent bien que début 1993 :

- les mutuelles ouvertes qui prenaient en compte l'âge atteint de façon substantielle avaient cessé aussi de différencier le traitement réservé aux membres d'un couple par rapport aux personnes seules et de par trop privilégier tarifairement les familles nombreuses
- les mutuelles qui étaient encore peu engagées dans la prise en

compte de l'âge atteint privilégiaient encore de façon systématique les membres d'un couple par rapport aux personnes seules, mais étaient partagées en qui concerne le traitement tarifaire réservé aux enfants.

3.2. Analyse factorielle des correspondances multiples

Nous avons enfin réalisé une cartographie des usages des mutuelles ouvertes pour l'année 1933 toujours.

La méthode utilisée pour réaliser cette cartographie est l'analyse factorielle des correspondances multiples.

Cette méthode a été choisie afin, encore une fois, d'utiliser explicitement les pratiques des sociétés d'assurance comme étalon.

3.2.1. Cartographie sur la base des variables tarifaires centrales

Pour construire la carte graphique, nous avons repris exactement les principes qui ont présidé à l'élaboration de la classification automatique déjà proposée.

La carte a ainsi été constituée sur la base des trois variables tarifaires déjà présentées :

- intensité de la prise en compte de l'âge atteint
- état de la différenciation couple/personne seule (quand le conjoint du chef de famille est à charge ou non à charge)
- intensité de la prise en compte des enfants.

Comme pour la classification, chacune de ces trois variables a été "décomposée" en deux classes, de façon à différencier d'une part les pratiques déjà "rapprochées" fortement de celles des sociétés d'assurance, d'autre part les pratiques qui ne le sont toujours pas.

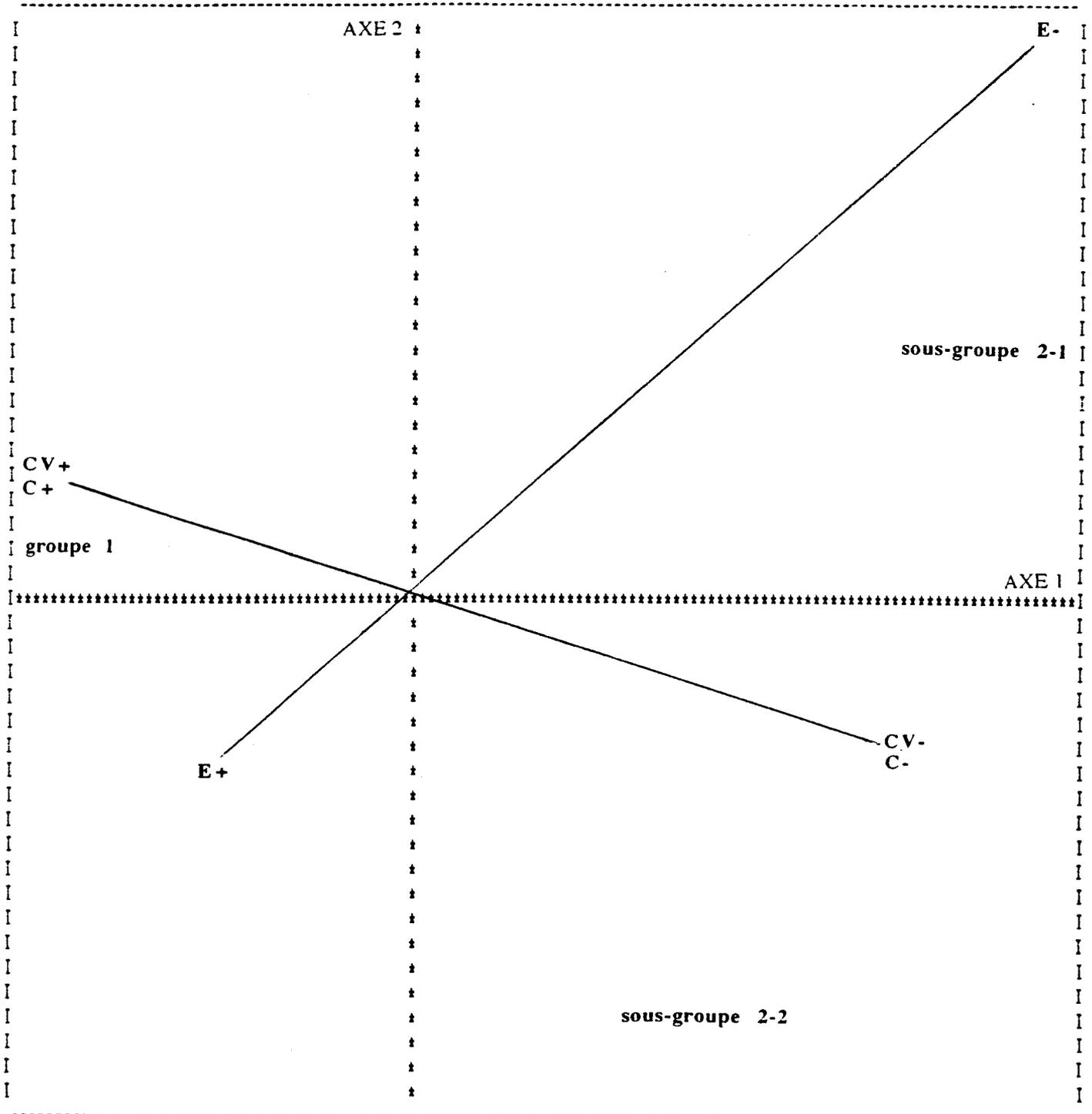
Sur la carte ainsi réalisée, les 11 mutuelles du "groupe 1" sont exactement au même" endroit", dans la mesure où elles ont exactement le même comportement du point de vue des variables prises en compte.

Il en va de même d'une part pour les mutuelles du "sous-groupe 2-1", d'autre part pour celles du "sous-groupe 2-2".

Sur la carte réalisée, les modalités des variables retenues (CV-/CV+, C-/C+, E-/E+) apparaîtront aussi. L'étude des proximités entre ces modalités confirmera les informations déjà mentionnées.

Carte graphique 6.1.

Mutuelles ouvertes : cartographie des usages tarifaires centraux



Sur cette carte graphique¹ :

- l'axe 1 (horizontal) oppose les mutuelles qui se sont le plus rapprochées des sociétés d'assurance (à l'ouest : les 11 mutuelles du groupe 1 -situées sur le même

¹L'examen graphique a été complété évidemment par les statistiques d'aide à l'interprétation. Cf annexe XXVI : présentation des aides à l'interprétation de l'analyse factorielle réalisée.

point-) aux mutuelles qui s'en sont le moins rapprochées (à l'est : les 9 mutuelles du groupe 2 (sous-groupes 2-1 et 2-2)

- l'axe 2 oppose les mutuelles qui traitent tarifairement les enfants de façon plus privilégiée que les sociétés d'assurance (au nord : les 5 mutuelles du sous-groupe 2.1 -situées sur le même point-) aux mutuelles qui n'agissent pas de même (au sud : les 4 mutuelles du sous-groupe 2.2 -situées sur le même point-).

3.2.2. Projection de variables supplémentaires

Sur la base du fond de carte ainsi constitué à partir de 3 variables actives (actives parce qu'elles participent à la construction de la carte), nous avons projeté des variables supplémentaires (inactives, c'est-à-dire ne participant pas effectivement à l'analyse factorielle).

Ces variables inactives peuvent être considérées en quelque sorte comme des variables expliquées (les variables explicatives étant les variables actives).

3.2.2.1. Variables supplémentaires reflétant les usages

Des variables supplémentaires reflétant les pratiques mises en oeuvre ont été projetées :

-1) variable "recours à une sur-tarifification pour adhésion tardive"

Deux classes ont été créées :

- recours à une sur-cotisation pour adhésion tardive pour la formule Ticket Modérateur (notée SC-)

- non recours à une sur-cotisation pour adhésion tardive pour la formule Ticket Modérateur (notée SC+)

-2) variable "état de la gamme de garanties maladie individuelles commercialisées"

Trois classes ont été distinguées :

- proposition d'une garantie Ticket Modérateur uniquement (notée P--)
- proposition, outre la garantie Ticket Modérateur, d'une ou plusieurs garanties de niveau moindre (notée P-)
- proposition, outre la garantie Ticket Modérateur, d'une ou plusieurs garanties de niveau supérieur (notée P+)

3) variable "recours explicite à la sélection médicale"

Deux classes ont été construites :

- recours explicite à une sélection médicale (notée S-)
- non recours à une sélection médicale (notée S+)

4) variable "recours à un âge limite d'adhésion (pour la formule Ticket Modérateur)"

Deux classes ont été construites :

- recours à un âge limite d'adhésion (notée H-)
- non recours à un âge limite d'adhésion (notée H+)

5) variable "délais d'attente fonction explicite de l'âge à l'adhésion"

Deux classes ont été construites :

- délais d'attente fonction explicite de l'âge à l'adhésion (notée D-)
- délais d'attente non fonction explicite de l'âge à l'adhésion (notée D+)

3.2.2.2. Variables supplémentaires de type état civil

Des variables supplémentaires de type état civil ont aussi été projetées :

-6) importance de l'effectif couvert par chaque mutuelle

Cette variable a été transformée en 4 classes :

- moins de 5000 assurés (noté T--)
- de 5001 à 30000 assurés (noté T-)
- de 30001 à 100000 assurés (noté T+)
- plus de 100000 assurés (noté T++)

-7) l'appartenance fédérative

Trois classes ont été distinguées :

- affiliation FMF (notée F--)
- affiliation FNMF (notée F-)
- affiliée ni à la FMF, ni à la FNMF (notée F+)

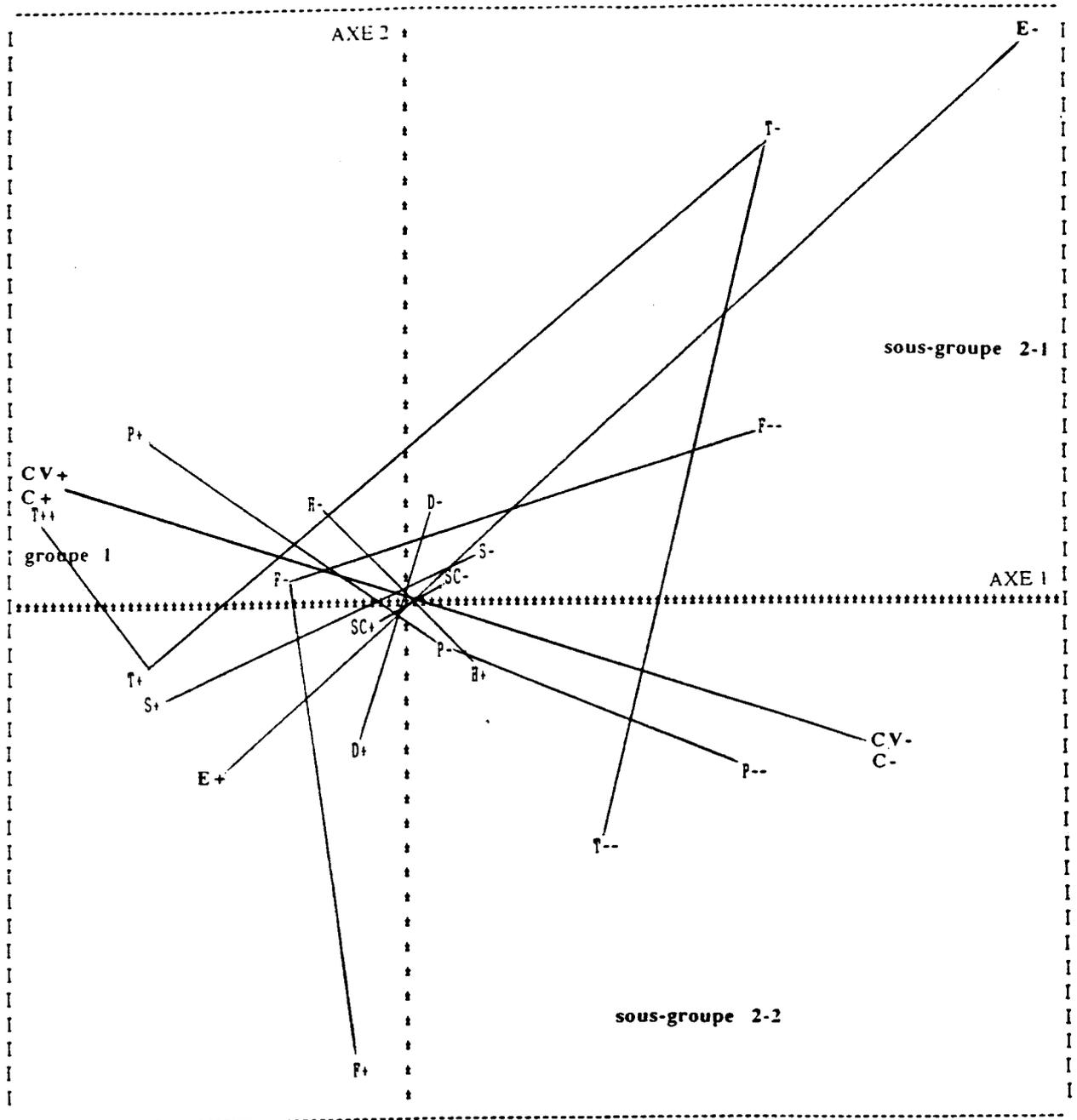
3.2.2.3. Résultats

Par l'étude des proximités entre classes de variables (et entre groupes de mutuelles et classes de variables), les résultats obtenus permettent de visualiser la logique d'ensemble des mutuelles ouvertes en matière d'assurance maladie individuelle¹.

¹Pour les statistiques d'aides à l'interprétation, cf annexe XXVI.

Carte graphique 6.2.

Les usages des mutuelles ouvertes : présentation globale



3.2.2.3.1. L'influence de l'effectif couvert et de l'appartenance fédérative

Sur la carte ainsi constituée, le positionnement des classes des variables de type état civil permet d'apprécier des phénomènes importants :

- 1) L'effectif couvert par une mutuelle ouverte "explique" fortement le comportement tarifaire mis en oeuvre : ce sont les mutuelles de grande taille qui se sont

rapprochées le plus des sociétés d'assurance. De façon générale, les mutuelles de petite taille sont bien en quelque sorte des "suiveuses".

- 2) L'affiliation FMF, FNMF, ou "ni FMF- ni FNMF" joue un rôle plus délicat à exprimer. En effet, en apparence, sur la carte, les mutuelles FMF se sont moins éloignées de leurs méthodes originelles que les mutuelles FNMF et les mutuelles "ni FMF-ni FNMF". En fait, deux phénomènes doivent être pris en considération :

- L'effet de la taille intervient de façon décisive : si l'on raisonne à taille égale, les différences ne sont pas manifestes (les mutuelles FMF investies étaient en général de plus petite taille que les mutuelles FNMF).

- Les mutuelles ouvertes "ni FMF-ni FNMF" sont de types très différents : il s'agit soit de mutuelles de petite taille qui s'avèrent très proches du mode de fonctionnement originel des mutuelles (tout en restant coupées des instances nationales de la FNMF et de la FMF), soit de mutuelles de taille relativement importante qui s'avèrent proches du fonctionnement actuel des sociétés d'assurance tout en refusant explicitement d'intégrer la FMF et la FNMF.

3.2.2.3.2. Parallélisme des transformations

Les liens entre les variables reflétant les pratiques mises en oeuvre (pratiques tarifaires et non tarifaires) apparaissent aussi :

- 1) Il existe un lien très puissant entre évolution des pratiques tarifaires et nature de la gamme de garanties maladie individuelles proposée :

- Les mutuelles ouvertes qui proposent plusieurs garanties avec un maximum allant au-delà de la simple garantie Ticket modérateur sont celles qui sont le plus proches des sociétés d'assurance sur le plan tarifaire.

- Les mutuelles qui proposent uniquement une garantie Ticket Modérateur restent usuellement éloignées des sociétés d'assurance sur le plan tarifaire.

- Les mutuelles qui proposent plusieurs garanties avec un maximum n'allant pas au-delà de la simple garantie TM sont des pratiques tarifaire.

Ce résultat découle d'une réalité déjà explicitée sur le plan de la logique économique : offrir une garantie unique de bas niveau cesse d'apparaître comme une nécessité lorsque l'état du risque encouru est pris en compte dans le tarif demandé à une personne donnée. De cette façon, il existe un lien historique entre transformation tarifaire et transformation des usages en ce qui concerne la fixation des niveaux de couverture.

2) Le positionnement des classes de la variable "recours à une sur-cotisation pour adhésion tardive" est lui-aussi intéressant : il manifeste que prendre en compte intensément la variable "âge atteint" n'implique pas l'abandon de la prise en compte de l'âge à l'adhésion. Ce résultat doit néanmoins être considéré avec prudence, dans la mesure où les pratiques en matière de sur-cotisation pour adhésion tardive varient de façon quasi-conjoncturelle.

3) Enfin, les liens entre pratiques tarifaires et mécanismes restrictifs non tarifaires sont diversement marqués.

En conclusion, antérieurement à la deuxième partie des années quatre-vingt, les usages des mutuelles ouvertes dans le champ de la garantie maladie individuelle ne permettaient pas de freiner substantiellement le mouvement de sélection adverse qu'elles enduraient. Leurs pratiques étaient alors seulement adaptées à la lutte contre la sélection adverse dans un contexte de non-concurrence de la part des sociétés d'assurance.

A partir de la deuxième partie des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes ont pris en compte la présence des sociétés d'assurance : pour ce faire, elles se transforment fortement.

CONCLUSION

Les mutuelles ouvertes modifient fortement leurs pratiques sur le terrain de la garantie maladie individuelle. Nous nous devons d'expliquer les fondements et les modalités de la mutation opérée.

La mutation des mutuelles ouvertes sur le terrain du complément maladie individuel

Si, depuis le milieu des années quatre-vingt, les mutuelles ouvertes se sont mises à modifier fortement (et rapidement) leurs pratiques sur le terrain de la garantie maladie individuelle, c'est dans le but essentiellement de freiner efficacement la sélection adverse subie.

En effet, nous avons montré que les dispositifs qu'elles mettaient en oeuvre usuellement jusque-là, pour ce faire, ne s'avéraient pas pleinement efficaces compte tenu de la concurrence des sociétés d'assurance.

Pour amenuiser la sélection adverse endurée, les mutuelles ouvertes ont donc été amenées à instaurer des méthodes "nouvelles" tenant compte des pratiques de leurs concurrents selon des modalités que nous avons précisément examinées.

L'évolution doctrinale de la mutualité prise dans son entier a joué aussi en la matière. En effet, depuis le milieu des années quatre-vingt schématiquement, il est désormais nécessaire aux yeux du mouvement mutualiste de déterminer son action en fonction de son environnement économique et non plus simplement en fonction de ses valeurs solidaristes traditionnelles.

Nature des transformations opérées

En pratique, la mutation opérée par les mutuelles ouvertes sur le terrain de la garantie maladie individuelle est extrêmement "lisible".

1) Elle repose essentiellement sur la transformation des mécanismes de tarification utilisés : les mutuelles ouvertes passent d'une tarification peu ou pas discriminante à une tarification qui l'est nettement.

En particulier, la cotisation demandée à une personne donnée tend désormais à croître avec l'âge atteint, tandis que les avantages réservés aux membres d'un couple (comparativement aux personnes seules) et ceux réservés aux familles nombreuses s'estompent.

En la matière, d'après les interviews réalisés, les mutuelles ouvertes cherchent néanmoins à ne pas aller aussi loin que les sociétés d'assurance. Ainsi, les mutuelles ouvertes s'étant transformées le plus fortement ont marqué significativement leur volonté de ne pas poursuivre la mutation opérée jusqu'à devenir des sociétés d'assurance bis : elles désirent conserver un particularisme solidariste significatif.

Dans ce contexte, elles ne rejettent pas totalement leurs moyens traditionnels de lutte contre la sélection adverse (en particulier les systèmes de sur-cotisation pour adhésion tardive). Dans la mesure où elles ne veulent pas "muter" totalement, elles imbriquent en effet usages traditionnels et pratiques des sociétés d'assurance.

2) La tarification n'est pas seule touchée par la mutation opérée, au sens où les mutuelles ouvertes changent aussi leurs pratiques sur le terrain :

- de la fixation du nombre et de la hauteur des niveaux de couverture
- et des mécanismes restrictifs non tarifaires.

Toutefois, nous avons montré qu'il existait une forte corrélation entre changements des usages tarifaires et changements des règles du jeu en ces matières : en

modifiant leur tarification, les mutuelles ouvertes sont amenées à repenser l'ensemble de leur action.

En particulier, nous avons vu que l'offre d'une garantie maladie unique de bas niveau tendait à ne plus être de mise, compte tenu des transformations tarifaires opérées : les mutuelles ouvertes élargissent désormais leur gamme de garanties maladie individuelles.

Les mutuelles ouvertes ne cherchent pas toutefois à proposer des compléments maladie atteignant les maxima commercialisés par les sociétés d'assurance (c'est-à-dire des formules correspondant à la couverture quasi-intégrale des frais de santé). Les méthodes à mettre en oeuvre pour se prémunir contre le hasard moral (sélection des risques et exclusion ex-post des adhérents en particulier) ne leur paraissent pas en effet conformes à leur éthique.

La conservation d'un particularisme solidariste

Trait fondamental de notre enquête : bien que la mutation opérée soit de grande ampleur et présente un caractère uniforme, les mutuelles ouvertes se refusent à aller jusqu'à se transformer en sociétés d'assurance bis.

Elles opèrent en quelque sorte un pari : dans un contexte des plus concurrentiels, la conservation de traits solidaristes leur apparaît comme un moyen de valoriser le capital symbolique accumulé par le mouvement mutualiste : en se donnant la possibilité de conserver une bonne image par le maintien de caractères solidaristes propres, les mutuelles ouvertes escomptent attirer toujours nombre de personnes (en particulier de personnes jeunes) rejetant la doctrine d'intervention des sociétés d'assurance.

La solidarité dans un cadre capitaliste

Les résultats enregistrés nous amènent à une double considération :

- 1) D'abord, si les mutuelles ouvertes étaient restées non-discriminantes concernant leurs pratiques sur le champ de la garantie maladie individuelle, elles se verraient désormais transformées en quasi-spécialistes des personnes à risque maladie élevé en la matière (des personnes âgées surtout).

Dans ces conditions, la cotisation non discriminante demandée à chacun des assurés concernés serait nécessairement très substantielle (puisqu'il n'y aurait plus ou quasiment plus de "bons risques" en leur sein). Les mutuelles ouvertes seraient ainsi rattrapées par les règles du jeu économique (en l'occurrence le phénomène de la sélection adverse).

Ainsi, il est clair que l'on ne peut jamais échapper aux Tables de la Loi économique.

-2) De plus, même si les mutuelles ouvertes tendent à se rapprocher fortement des sociétés d'assurance, elles manifestent le souci de conserver des particularismes solidaristes.

Si elles prennent cette décision, c'est que finalement présenter un aspect solidariste a aussi une valeur "marchande" : échapper en partie à la logique capitaliste constituerait ainsi, de ce point de vue, un bon moyen "d'y réussir".

Ce constat nous ramène à des appréciations philosophiques plus larges, qui dépassent le strict champ de la science économique.

Ainsi, pour P. BOURDIEU¹ et M. JEANTIN², il est clair qu'un comportement solidariste constitue de façon générale un moyen d'accumuler du capital symbolique (l'image de marque en quelque sorte) qui, à terme, permettra l'obtention d'un capital économique accru (but final de toute action).

Dans le même ordre d'idée, pour F. SELLIER³, un comportement solidariste n'est pas nécessairement le simple produit de la volonté de faire le "bien", mais s'explique aussi par des motivations les plus diverses, y compris strictement intéressées (ce qui nécessite de rechercher les fonctions "latentes" et les fonctions "expresses" dans chaque action).

¹Cf BOURDIEU P., déjà cité.

²Cf JEANTIN M., déjà cité.

³Cf SELLIER F., déjà cité. Dans le même esprit, cf aussi HATZFELD H., "Du paupérisme à la Sécurité sociale", Armand Colin, 1971.

Dans ce contexte, on peut même en venir aux études anthropologiques initiées par C. LEVI-STRAUSS, qui manifestent combien la solidarité peut constituer aussi l'outil d'un intérêt bien compris, même en dehors du cadre capitaliste.

Un risque d'éclatement du mouvement mutualiste

La transformation opérée par les mutuelles ouvertes sur le terrain de la garantie maladie individuelle est d'importance pour le mouvement mutualiste pris dans son entier.

En effet, les mutuelles fermées modifient aussi leurs actions pour lutter contre la sélection adverse endurée. Néanmoins, en ce qui les concerne, il n'y a pas mutation, mais plutôt adaptation mesurée.

Pour les mutuelles fermées, la conservation d'une tarification non discriminante ou peu discriminante est en effet toujours des plus envisageables, même dans un contexte de lutte contre la sélection adverse.

Deux phénomènes jouent en la matière :

- Les mutuelles fermées s'adressent par nature à une "communauté choisie d'individus", dont les membres sont liés de façon plus ou moins marquée. L'appartenance au groupe peut alors pousser les jeunes adultes (personnes à risque maladie faible en général) à adhérer auprès de la mutuelle fermée dont ils relèvent (par exemple du fait de l'existence d'un esprit corporatiste ou d'une pression morale).

- Pour les mutuelles d'entreprise, les employeurs prennent souvent à leur charge une partie de la cotisation. Le débours effectif demandé à un assuré pour être couvert (dans le cadre d'une tarification non discriminante) est alors potentiellement très bas, donc "quasi-imbattable", même pour les personnes à risque maladie faible¹.

Ainsi, l'action des mutuelles ouvertes sur le terrain de la garantie maladie individuelle tend à se différencier nettement des pratiques moyennes des mutuelles fermées.

¹Idem pour les contrats collectifs d'entreprise, quel que soit l'organisme assureur.

Une telle situation engendre un risque d'éclatement au sein même du mouvement mutualiste. Elle rend compte aussi de la pleine transformation du marché du complément maladie, ce qui s'avère d'une importance cruciale sachant que la Sécurité sociale ne cesse de reculer.

BIBLIOGRAPHIE

ABECASSIS D., APROBERTS A., KARTCHEVSKY A., "*La protection sociale complémentaire dans l'entreprise*", Rapport de recherche pour le Commissariat général au plan et la MIRE, polycopié, LAREA, décembre 1987.

ADAM A., "*Etude du risque frais de santé (hors hospitalisation) et élaboration d'une procédure de tarification à partir des résultats*", Rapport de mémoire, Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie et Institut des Actuaire Français, octobre 1990.

AGENCE REGIONALE DE DEVELOPPEMENT NORD - PAS DE CALAIS, "*Le secteur coopératif et le secteur mutualiste en 1987*", Rapport de recherche pour la Direction de la Planification et de la Statistique, mars 1989.

AGIRC, Direction générale, "*Circulaire n° 4540/SJ datée du 6 avril 1993*", Documentation interne AGIRC.

AKERLOF G-A., "*The market for "Lemons" : quality uncertainty and the market mechanism*", QJE, vol. 74, août 1970.

ALFANDARI E., "*L'entreprise non capitaliste dans un système capitaliste*", in Trames, Le fait coopératif et mutualiste, Actes de colloques, Limoges, 1981.

AMIEUX G., "*La Mutualité française et la prévoyance collective*", Rapport de mémoire présenté pour le Diplôme d'études supérieures en économie sociale, Université Paris X, 1991.

ANDRE C., DELORME R., "*L'Etat et l'économie*", Seuil, 1983.

ANDREANI E., "*Les retraites*", La découverte, 1986.

APROBERTS L., "*Les régimes de prévoyance : protection sociale et gestion du personnel*", Revue de l'IRES, n° 4, automne 1990.

ARCHAMBAULT E., CHANDOU D., COURTOIS J., LEDUC A., THERY H., "*Le rôle de l'Economie sociale comme productrice de services sanitaires et sociaux*", 6^{ème} Colloque, ADDES, novembre 1988.

ARNOULD M., "*Elaboration d'une méthode de tarification du risque Remboursement de frais*", Rapport de mémoire, Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie et Institut des Actuaire Français, avril 1987.

ARRCO, "*25^{ème} anniversaire*", Documentation ARRCO, 1987.

ARRCO, "*Répartition, solidarité des générations*", Documentation ARRCO, juillet 1988.

ARRCO, "*Les groupements d'institutions*", La retraite complémentaire ARRCO, n° 98, janvier à mars 1991.

ARRCO, "*Les institutions agricoles*", La retraite complémentaire ARRCO, n° 102, janvier à mars 1992.

ARRCO, "*Circulaire ARRCO du 21 mai 1992*", Documentation interne ARRCO, mai 1992.

ARRCO, "*Mission et fonctionnement*", Documentation ARRCO, 1992.

ARRCO, "*30^{ème} anniversaire*", Documentation ARRCO, 1992.

ARROW K.J., "*Uncertainty and the welfare economics of medical care*", A.E.R., vol. LIII, n° 5, décembre 1963.

ATEBI D., DELCOURT P., DESPITCH X., MALBRANQUE J-Y., "*Les mutuelles étudiantes*", Mémoire de maîtrise, Faculté de sciences économiques et sociales, Lille I, 1987.

AUBRY E., LAROQUE M., "*La réforme du code de la mutualité*", Droit social, n° 4, avril 1986.

BADOC M., "*Banques et assurances et 1992 : la stratégie de l'internationalisation*", Le Monde, 23 février 1988.

BAROIN M., "*Un homme, une voie*", Entretien avec BARON M., Coopérative d'information et d'Édition mutualiste (CIEM), 1985.

BARON M., "*La mutualité dans l'entreprise*", CIEM, 1987.

BARROUX J., DESSAL R., "*L'assurance*", PUF, 1983.

BARTHELEMY J., "*L'évolution du système de protection sociale complémentaire de l'entreprise*", Droit social n° 4, avril 1986.

BARTHELEMY J., "*Droits collectifs des salariés et nouveau droit de la prévoyance*", Droit social n° 4, avril 1990.

BARTHELEMY J., "*Le monopole des LA en question*", Droit social n° 5, mai 1990.

BAUMLIN L., KLAMECKA B., LAFARGE G., "*Coût du risque en 1993*", Documentation interne FNMF, juillet 1992.

BAUMLIN L., LEMAIRE M., "*Place de l'économie sociale dans la protection sociale*", 6^{ème} Colloque, ADDES, novembre 1988.

BEAU P., "*Mutualité et assurances : le droit et la nécessité de la différence*", Les cahiers français, n° 221, mai-juin 1986.

BEITONE A., "*Mutualité : l'année de tous les dangers*", L'Ecole Emancipée, n° 14, mai 1986.

BELORGEY J-M., "*La politique sociale*", Seghers, 1979.

BENHAMOU F., "*Incertitude, assurance et demande de santé*", Revue d'économie politique, n° 4, 1988.

BENHAMOU J., LEVECQUE A., "*La mutualité*", PUF, 1983.

BENNET J., "*La Mutualité française des origines à la révolution de 1789*", CIEM, 1981.

BERDOT F., "L'assurance de groupe après les réformes législatives du 31 décembre 1989", Revue française des affaires sociales, n° 4, 1990.

BERNADOU M., LABADIE J-C., GACHIE J-P., "La suppression du ticket modérateur est-elle possible ?", Revue française des affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 1988.

BICHOT J., "Les fonctions de la protection sociale : un réexamen critique", Problèmes économiques, n° 2116, 15 mars 1989.

BICHOT J., "Economie de la protection sociale", Armand Colin, 1992.

BIED-CHARRETON P., CLAUDIN H., MORET A., "Méthodes d'analyse de la consommation médicale des assurés actifs", Document photocopié Centres d'Etudes actuarielles, 1994.

BOCOGNANO A., GRANDFILS N., LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., "Enquête sur la santé et la protection sociale en 1990 : premiers résultats", CREDES, août 1991.

BOCOGNANO A., "Evolution de la protection sociale entre 1980 et 1990", CREDES, janvier 1992.

BOUCHAERT H., SCHOR A-D., "Les sociétés d'assurance en France", La documentation française, n°4875, 1988.

BOURDIEU P., "Le sens pratique", Editions de Minuit, 1980.

BOURSIER F., "L'économie sociale : mythes et réalités", Chronique sociale, 1984.

BRIENS G., "L'entreprise et le droit de la protection sociale complémentaire", LITEC, 1990.

BROCAS A-M., "La maîtrise des dépenses dans le secteur de la santé après la loi du 4 janvier 1993", Droit social, n° 3, mars 1993.

BUCHETON D., CLAUSTRES P., SILLAND S., "Rapport Gisserot", rapport établi dans le cadre du groupe de travail interministériel présidé par GISSEROT P., Documentation interne du Ministère des Affaires sociales, 1985.

BUCHETON D., JOUYET J-P., SILLAND S., "Note de synthèse sur les organismes de retraite et de prévoyance", Documentation interne du Ministère des Affaires sociales, 1984.

BUCHETON D., SILLAND S., "La prévoyance collective des salariés : les incertitudes du droit", Droit social n° 4, avril 1986.

CAHIERS DE LA MUTUALITE DANS L'ENTREPRISE, "Conférence nationale du Creusot", mars-avril 1987.

CAIRE G., "Syndicalisme, Sécurité sociale et mutualité", Revue de l'économie sociale, n° 2, octobre-décembre 1984.

CALISTI L., "L'expérience de la mutualité des travailleurs", in Trames, Le fait coopératif et mutualiste, Actes de colloques, Limoges, 1981.

CALISTI L., "La mutualité en mouvement", Editions sociales, 1982.

CALISTI L., "*Congrès constitutif : Fédération des mutuelles de France*", Documentation interne FMF, 1986.

CALISTI L., "*Notre politique de rassemblement du mouvement mutualiste français*", Conseil d'administration des 4 et 5 avril 1991, Documentation interne FMF, 1991.

CATRICE-LOREY A., "*Dynamique interne de la Sécurité sociale*", Economica, 1982.

CAUSSAT L., GLAUDE M., "*Dépenses médicales et couverture sociale*", Economie et statistique, n° 265, 1993.

CAYATTE J-L., "*Les origines des transferts sociaux*", LAST, polycopié, Université de Lille I, novembre 1985.

CAYATTE J-L., "*Les origines du salaire indirect : problèmes méthodologiques*", 6^{ème} journées de l'Association d'économie sociale, Lille, septembre 1986.

CDIA, "*Prévoyance et retraite dans l'entreprise*", Brochure CDIA, mars 1989.

CDIA, "*Les assurances des entreprises industrielles et commerciales*", Brochure CDIA, mars 1990.

CENDRON J-P., "*La capitalisation au secours de la répartition ?*", Economie et prévision, n° 71, 1985.

CENTRE REGIONAL DE LA CONSOMMATION, "*La complémentaire maladie : une étude technique réalisée par le CRC*", Documentation interne Conseil Régional Nord-Pas de Calais, décembre 1989.

CGRCR, "*Rapport d'activité*", Documentation interne de la Caisse générale de retraite des cadres par répartition, 1991.

CHADELAT J-F., PELLISSIER G., "*Les retraites des français*", Notes et études documentaires, n° 4810, 1986.

CHANDON J-L., "*L'analyse des données dans les sciences de gestion*", polycopié, Centre d'étude et de recherche sur les organisations et la gestion, Université de Droit, d'Economie et des sciences d'Aix Marseille, 1987.

CHAPERON P., "*Quelques réflexions sur la situation des régimes complémentaires ARRCO et AGIRC au regard du grand Marché unique européen*", Droit social n° 6, juin 1991.

CHARRAUD A., "*Forme et évolution de la consommation médicale aux différents âges de la vie*", Economie et statistique, n° 163, février 1984.

CHARRAUD A., MORMICHE P., "*Disparités de consommation médicale*", Les collections de l'INSEE, M118, janvier 1986.

CHASSAGNE Y., "*L'environnement en matière de concurrence*", Session d'études des directeurs d'organismes mutualistes, FNMF, 1^{er} au 3 mars 1988.

CHOPART J-N., GIBAUD B., "*Concurrences-solidarités : la protection sociale complémentaire depuis 1945*", LERS-IRTS, 1989.

CINQUANTE MILLIONS DE CONSOMMATEURS, "*Enquête : 10 mutuelles et 11 sociétés d'assurance au banc d'essai*", Cinquante millions de consommateurs, hors série n° 48, octobre-décembre 1990.

CLAIR P-M., "*La protection sociale*", Masson, 1984.

CNP, "*Le marche de la prévoyance collective des salariés*", Documentation interne Caisse nationale de prévoyance, février 1985.

COLLIGNON C., COLLIGNON D., "*L'assurance-vie : contrats individuels*", L'argus, 1989.

COUSINEAU J-M., LACROIX R., "*La détermination des avantages sociaux au Canada*", Relations industrielles, vol. 39, n° 1, 1984.

COUTROT T., MADINIER P., "*Les compléments de salaires*", Documents du CERC n° 83, 4^{ème} trimestre 1986.

COUTROT T., MADINIER P., "*Salaires et compléments de rémunération : analyse des pratiques d'entreprises*", Documents du CERC n° 87, 4^{ème} trimestre 1987.

CRESGE, "*L'avenir de la protection sociale en Europe*", Actes de la journée d'étude organisée à Lille, 14 octobre 1988.

CRESTA J-P., "*Théorie des marchés d'assurance*", Economica, 1984.

CTIP, "*Au service de la prévoyance collective paritaire en France*", Documentation CTIP, non daté.

CTIP, "*La prévoyance collective paritaire*", Documentation CTIP, non daté.

CTIP, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "*Les institutions de prévoyance des salariés*", Liste nominative détaillée, Documentation interne Ministère des Affaires sociales, 1989.

DAVANT J-P., "*Conférence de presse de J-P. DAVANT : 12 mai 1992*", Documentation interne FNMF, mai 1992.

DAVANT J-P., "*Intervention de J-P. DAVANT devant le Conseil supérieur de la mutualité*", Documentation interne FNMF, 18 juin 1992.

DAVANT J-P., "*Santé et assurance maladie : les voies de la réforme*", Documentation interne Mutuelle des Agents des impôts, 18 juin 1992.

DEHOVE G., DOLLEANS E., "*Histoire du travail*", Dumat-Montchrestien, 1953.

DELAMOTTE Y., "*Le droit du travail en pratique*", Editions d'Organisation, 1990.

DE LAUBIER P., "*La politique sociale dans les sociétés industrielles : 1800 à nos jours*", Economica, 1984.

DELUC A., WILLARD J-C., "*Economie sociale et financement de la protection sociale*", 6^{ème} Colloque, ADDES, novembre 1988.

DESROCHE H., "*Pour un Traité d'Economie sociale*", CIEM, 1983.

DEVOUASSOUX J., "*Protection sociale et recours aux soins médicaux de ville*", Solidarité santé-études statistiques, n° 1-2, janvier-février, mars-avril 1984.

DEVOUASSOUX J., "*La protection complémentaire du risque maladie*", Solidarité santé-études statistiques, n° 3, mai-juin 1989.

- DONZELOT J., *"L'invention du social"*, Fayard, 1984.
- DORION G., GUIONNET A., *"La Sécurité sociale"*, PUF, 1985.
- DUFOSSE G., *"CGT et mutualité"*, Le peuple, n° 1215, 27 mars 1986.
- DUMONT J-P., *"La Sécurité sociale toujours en chantier : historique, bilan, perspectives"*, Les Editions ouvrières, 1981.
- DUMONT J-P., *"L'impact de la crise économique sur les systèmes de protection sociale"*, Economica, 1986.
- DUMONT J-P., *"Les systèmes étrangers de Sécurité sociale"*, Economica, 1987.
- DUPEYROUX J-J., *"La fin d'une grande ambition"*, Le Monde, 15 février 1990.
- DUPEYROUX J-J., *"Avant-propos"*, Droit social n° 4, avril 1990.
- DUPEYROUX J-J., *"Les exigences de la solidarité"*, Droit social, n° 11, novembre 1990.
- DUPEYROUX J-J., *"Droit de la Sécurité sociale"*, Précis Dalloz, 12^{ème} édition, 1993.
- DURAND D., *"Les mutuelles de fonctionnaires"*, Numéro spécial consacré à "la protection sociale complémentaire en entreprise", Revue de l'économie sociale, novembre 1991.
- EHRARDT A., *"Le troisième âge et l'assurance : étude de différentes branches"*, Rapport de mémoire, Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie et Institut des Actuaire Français, septembre 1988.
- EPARGNE DE FRANCE, RIPS, *"Présentation de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989"*, Documentation interne RIPS, non daté.
- ESPIEU M-Y., *"La retraite complémentaire des salariés"*, Intervention au colloque de la Caisse nationale de prévoyance, Documentation interne CNP, le 19 avril 1991.
- EUZEBY A., LANGENDONCK J-V., *"Néo-libéralisme et protection sociale : la question de la privatisation dans les pays de la CEE"*, Droit social, n° 3, mars 1989.
- EWALD F., *"L'Etat-providence"*, Grasset, 1986.
- FAIVRE M., *"La mutualité et l'Europe"*, Liaisons fédérales, Bulletin intérieur spécial Europe n° 1, FNMF, 1988.
- FARSHIAN A., *"Choisir un contrat retraite dans l'entreprise"*, L'assureur-Conseil, n° 615, avril 1988.
- FELTESSE H., *"Crise, mutations des solidarités"*, Revue de l'économie sociale, n° 9, juillet-septembre, 1986.
- FENELON J-P., *"Qu'est-ce que l'analyse des données"*, LEFONEN, 1992.
- FFSA, *"Les opérations de prévoyance des assureurs en 1991"*, Documentation interne FFSA, décembre 1992.

FLOREAL N., "*Assurance maladie : faut-il réduire la couverture sociale obligatoire ?*", *Droit social*, n° 12, décembre 1979.

FMF, "*Au service du développement : développeurs en mutualisation*", Documentation interne FMF, janvier 1986.

FMF, "*Congrès constitutif de la FMF*", Documentation interne FMF, janvier 1986.

FMF, "*La Fédération des mutuelles de France*", Documentation interne FMF, juillet 1986.

FMF, "*Le Livre blanc de l'unité mutualiste*", Supplément à l'opinion mutualiste, n° 68, octobre 1986.

FMF, "*Accord Collège national des chirurgiens français - Groupe Pasteur Mutualité*", Documentation FMF, janvier 1991.

FMF, "*Note technique*", Documentation interne FMF, octobre 1991.

FMF, "*Notre politique de développement du mouvement mutualiste français*", Documentation interne FMF, octobre 1991.

FMF, "*Assemblée générale : 22 novembre 1991*", Documentation interne FMF, novembre 1991.

FMF, "*A propos du 33ème congrès de la FNMF*", Documentation interne FMF, 1991.

FNMF, "*La concurrence externe en matière de couverture maladie complémentaire*", Documentation interne FNMF, janvier 1986.

FNMF, "*Code de la mutualité*", présentation et commentaires du droit mutualiste, Documentation interne FNMF, mars 1986.

FNMF, "*Quel avenir pour la Mutualité française ?*", Synthèse des travaux de la commission Stratégie, Documentation interne FNMF, octobre 1987.

FNMF, "*Marketing et stratégies*", 3 tomes, Documentation interne FNMF, 1987.

FNMF, "*Jalons pour une stratégie de la Mutualité française*", Synthèse des travaux de la commission Stratégie, Documentation interne FNMF, février 1988.

FNMF, "*Circulaire FNMF*", n° 22, 26 mars 1988.

FNMF, "*Session d'études des directeurs d'organismes mutualistes*", Documentation interne FNMF, mars 1988.

FNMF, "*Extraits de la Résolution générale du congrès de la Mutualité française*", Documentation interne FNMF, juin 1988.

FNMF, "*Résolution générale : 32ème congrès de la Mutualité française*", Documentation interne FNMF, juin 1988.

FNMF, "*Coût du risque 1989*", Documentation interne FNMF, Unité "Conseil en assurance complémentaire maladie", août 1988.

FNMF, "*Etude documentaire sur la complémentaire santé auprès de sociétés d'assurance*", Documentation interne FNMF, Service Conseil-Formation, juin 1991.

FNMF, "*COTERC Travailleurs salariés 1990*", Documentation interne FNMF, Service complémentaire maladie-études et recherches, novembre 1991.

FNMF, "*Guide de l'administrateur*", Documentation interne FNMF, 1991.

FNMF, "*La Mutualité française, un projet de vie : agir ensemble pour vivre mieux*", Réunions préparatoires au 32^{ème} congrès national de la FNMF, Documentation interne FNMF, 1991.

FNMF, "*Relations avec les institutions de prévoyance*", Documentation interne FNMF, mars 1992.

FNMF, "*Résolution générale : Assemblée générale du 7 mai 1992*", Documentation interne FNMF, mars 1992.

FNMF, "*Compte-rendu de l'audience accordée le 11 mai 1992 à une délégation du comité exécutif de la Mutualité française par R. TEULADE, ministre des Affaires sociales et de l'Intégration*", Documentation interne FNMF, mai 1992.

FNMF, "*Développer la spécificité de l'entreprise mutualiste*", Assemblée générale 18 décembre 1992, Documentation interne FNMF, décembre 1992.

FNMF, "*La mutualité en 1990*", Documentation interne FNMF, 1992.

FNMF, "*Coût du risque 1994*", Documentation interne FNMF, Unité "Complémentaire maladie-études et recherches", juillet 1993.

FNMF, "*Classeur de données stratégiques : une analyse de l'environnement*", Documentation interne FNMF, 1993.

FNMF, "*Le dispositif d'offre globale*", Comité Offre globale, Documentation interne FNMF, 1993.

FNMF, "*Notes d'information stratégique*", Documentation interne FNMF, n°1, 2, 3 et 4, 1993.

FNMF, "*COTERC Travailleurs salariés 1992*", Documentation interne FNMF, Service complémentaire maladie-études et recherches, janvier 1994.

FNMF, "*Rapport du comité de concertation pour la modernisation de la pratique médicale*", Documentation interne FNMF, janvier 1994.

FNMF, "*Congrès de Bayonne 15-16-17 septembre 1994*", Documentation interne FNMF, 1994.

FNMT, "*Document de réflexion concernant l'unification du mouvement mutualiste français*", La Lettre mutualiste, Documentation interne FMF, non daté.

FREEMAN R-B., "*The effect of unionism on fringe benefits*", Industrial and labor relations review, vol. 34, juin 1984.

GABELLIERI B., "*Les origines lointaines du régime de retraite des cadres*", Bulletin d'information de l'AGIRC, n° 144, août 1985.

GABELLIERI B., "*De l'assurance vieillesse obligatoire aux régimes complémentaires privés de retraite: 1930-1945*", Bulletin d'information de l'AGIRC, n° 145, novembre 1985.

GABELLIERI B., "*Les origines immédiates du régime de retraite et de prévoyance des cadres*", Bulletin d'information de l'AGIRC, n° 146, février 1986.

GABELLIERI B., "*Le régime de retraite des cadres voit le jour*", Bulletin d'information de l'AGIRC, n° 148, août 1986.

GABELLIERI B., "*Le régime complémentaire de retraite et de prévoyance des cadres, institution de droit économique*", Thèse pour le doctorat d'Etat en droit, Université de Nice, 1987.

GADREAU M., "*Les fondements économiques d'une maîtrise des dépenses de santé*", Revue française des affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 1981.

GALANT H-C., "*Histoire politique de la Sécurité sociale : 1945-1952*", Armand Colin, 1955.

GANDONNIERE R., "*La généralisation de la prévoyance complémentaire : le progrès le plus raisonnable*", Droit social, n° 4, avril 1989.

GIBAUD B., "*De la mutualité à la Sécurité sociale : conflits et convergences*", Editions ouvrières, 1986.

GIBAUD B., "*Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire*", Sciences sociales et santé, n° 1, mars 1990.

GIRODOT J-L., LESAGE M-F., "*Militantisme et/ou gestion: sortir de l'ambiguïté*", dans "*Performance par la démocratie et la participation dans l'entreprise d'Economie sociale*", Actes du colloque des 2, 3, 4 septembre 1987 à Carcans-Maubuisson, Les dossiers de La Lettre de l' Economie sociale, Hors série n° 335.

GOLLIER J-J., "*L'avenir des retraites*", L'argus, 1987.

GONGUET J-P., "*La consommation des mutualistes*", Espace social européen, n° 76, août 1990.

GOUE M., "*Jean-Pierre DAVANT : vive le social*", Interview, La tribune de l'assurance, décembre 1992.

GOUPIL M-A., "*L'activité des institutions de prévoyance en 1986*", Bureau des régimes de retraite et de prévoyance des salariés, Ministère des Affaires sociales, 1989.

GOURION G., GUIONNET A., "*La Sécurité sociale*", PUF, 1985.

GRANGE D., LEBART L., "*Traitement statistique des enquêtes*", Dunod, 1993.

GREFFE X., "*La politique sociale*", PUF, 1975.

GREHAL J-Y., "*La protection sociale des agriculteurs*", Droit social, n° 4, avril 1983.

GRESLE F., "*Les travailleurs indépendants et la protection sociale*", Droit social, n° 4, avril 1983.

GREVET P., "*Besoins populaires et financement public*", Editions sociales, 1976.

GRUPE VAUBAN, "*Le Groupe Vauban : ensemble d'institutions, résultat de l'histoire*", Documentation interne Groupe Vauban, Lille, non daté.

GROUTEL H., *"Les assureurs et le titre 1er de la loi du 31 décembre 1989 sur la prévoyance complémentaire"*, Editions techniques, Faculté de droit de Bordeaux, mars 1990.

GUICHANDUT A., *"Le mouvement mutualiste et la demande sociale en entreprise"*, Cahiers de la mutualité dans l'entreprise, mars-avril 1987.

GUILLEMARD A-M., *"La vieillesse et l'Etat"*, PUF, 1980.

GUILLOTIN Y., *"Lois de comportement du système français de protection sociale : quelques scénarios d'avenir"*, Futuribles, mai 1983.

HATZFELD H., *"Du paupérisme à la Sécurité sociale"*, Armand Colin, 1971.

HAWKESWORTH R-I., *"Fringe benefits in british industry"*, British journal of industrial relations, vol. 15, n° 3.

HERRY G., *"La mutualisation collective"*, rapport présenté au Congrès de Grenoble de la FNMF, Documentation interne FNMF, 1991.

HEYRAUD J-L., *"Une protection collective à la mesure de l'individu"*, Personnel n° 339, février 1993.

INPC, *"Guide de la négociation en prévoyance collective"*, Documentation interne INPC, non daté.

INPC, *"La protection sociale complémentaire dans l'entreprise : guide juridique"*, Documentation interne INPC, non daté.

JEAN-CHARLES G., *"La mutualité dans l'entreprise et le nouveau code de la mutualité"*, Documentation interne FNMF, 1986.

JEAN-CHARLES G., LAFARGUE G., *"Les mutuelles face à l'Europe : les directives européennes, contraintes et perspectives"*, Editions de Verneuil, 1994.

JEANNIN P., *"L'exemple de la mutualité : un risque pour les associations"*, Associations et activités économiques, Actes de colloque, CECAM, juillet 1982.

JEANTET T., VERDIER R., *"L'Economie sociale"*, CIEM, 1982.

JEANTIN M., *"Le fait coopératif et mutualiste en économie capitaliste: éléments d'une approche critique"*, in Trames, Le fait coopératif et mutualiste, Actes de colloques, Limoges 1981.

JOHANSEN A., *"Emploi, nouvelles technologies et évolutions de la distribution dans l'assurance"*, Travail et emploi, n° 36-37, juin-septembre 1988.

JOLY R., *"Rapport introductif au congrès de Grenoble de la FNMF"*, Documentation interne FNMF, 1991.

KESSLER D., STRAUSS-KAHN D., *"L'épargne et le retraite"*, Economica, 1982.

LABONDE J-L., *"Analyse statistique de la consommation médicale des travailleurs non salariés non agricoles"*, Rapport de mémoire, Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie et Institut des Actuaire Français, 1991.

LABOURDETTE A., *"Economie de la santé"*, PUF, 1988.

- LADEGAILLERIE M., "*Discours : 07/05/1992*", Documentation interne FNMF, 1992.
- LAFARGUE G., "*Les opérations de prévoyance collective*", Documentation interne FNMF, 1986.
- LAFFONT J-J., "*La théorie économique de l'auto-protection*", Revue économique, n° 4, 1976.
- LAGADEC P-Y., "*La protection sociale complémentaire*", Question de Sécurité sociale, n° 12, décembre 1989.
- LAGADEC P-Y., "*Loi Evin sur la prévoyance collective : contenu et réactions*", Question de Sécurité sociale, n° 2, février 1990.
- LAIGRE P., "*La loi prévoyance*", Droit social, n° 4, avril 1990.
- LAIGRE P., "*Les institutions de prévoyance, les mutuelles et la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social*", Droit social, n° 3, mars 1993.
- LAIGRE P., GOUPIL M-A., "*La protection sociale complémentaire et le marché unique européen*", Rapport établi dans le cadre du groupe de travail présidé par C. MEME, Documentation Ministère des Affaires sociales, 1989.
- LAJEUNESSE M., "*Institutions de prévoyance : l'indépendance floue*", La Tribune de l'assurance, novembre 1990.
- LAMBERT-FAIVRE Y., "*Droit des assurances*", Précis Dalloz, 7^{ème} édition, 1990.
- LAMBERT-FAIVRE Y., "*Risques et assurances des entreprises*", Précis Dalloz, 3^{ème} édition, 1991.
- LAMELOT G., "*Les retraites : salariés-non salariés*", Delmas, 1990.
- L'ARGUS, "*Les cahiers pratiques : l'assurance de groupe*", n° 11, Supplément au numéro n° 6275 du 3 juillet 1992.
- LAUR A., "*La mutualité sociale agricole*", Revue de l'économie sociale, n° 2, octobre-décembre 1984.
- LAURENT E., "*Le paupérisme et les associations de prévoyance*", 2 volumes, 2^{ème} édition, éditeur non rapporté, 1865.
- LAURENT T., "*La mutualité et le monde du travail*", CIEM, 1973.
- LAVIELLE R., "*Histoire de la mutualité*", Hachette, 1964.
- LA VIE MUTUALISTE, "*La maladie : un produit*", octobre 1984.
- LA VIE MUTUALISTE, "*Les assurances privées se refont une santé*", octobre 1984.
- LEBRUN T., ROBERT B., SAILLY J-C., "*La protection sociale en France : état de la question, réformes et perspectives*", CRESGE, Lille, printemps 1992.
- LECOMTE T., "*Consommation pharmaceutique selon l'âge et le sexe des différentes classes thérapeutiques : évolution 1970-1980*", CREDES, avril 1990.

LECOMTE T., MIZRAHI A., MIZRAHI A., VILLENEUVE V., "les modes de protection médicale en 1970", Economie et statistique, n° 64, février 1975.

LEFEBVRE F., "Retraites : obligations, opportunités, et choix de l'entreprise", Ed. F. Lefebvre, 1987.

LEIGH D-E., "The effect of unionism on workers' valuation of future pension benefits", Industrial and labor relations review, vol. 34, n° 4, juin 1981.

LEMAIRE M-Y., "Le mouvement mutualiste en France", Problèmes économiques, n° 2145, 18 octobre 1989.

LEMOINE S., "La prévoyance au grand jour", L'Argus, 3 juillet 1992.

LE PEUPLE, "Prendre en compte syndicalement les questions mutualistes", Le peuple, n° 1242, 4 juin 1987.

LEPINAY M., "Sécu : faillite sur ordonnance", Calmann-Lévy, 1991.

LE SCORNET D., "Protection sociale et mutualisation", Revue de l'économie sociale, n° 9, juillet-septembre 1986.

LE SCORNET D., "Eloge du social", Messidor, 1988.

LE SCORNET D., "Rapport introductif de D. LE SCORNET au débat sur l'évolution de la protection sociale et la poursuite de l'action : conseil d'administration des 31/01 et 01/02/1991", Documentation interne FMF, février 1991.

LE SCORNET D., "Rapport introductif : conseil d'administration des 13 et 14 juin 1991", Documentation interne FMF, juin 1991.

LE SCORNET D., "Conférence de presse, débats avec les journalistes : 3 septembre 1991", Documentation interne FMF, septembre 1991.

LE SCORNET D., "Document d'orientation de la politique fédérale adoptée par l'Assemblée générale du 22 novembre 1991", Documentation interne FMF, novembre 1991.

LE SCORNET D., "Rapport du conseil d'administration à l'Assemblée générale du 22 novembre 1991", Documentation interne FMF, novembre 1991.

LEVY E., "La demande en économie de la santé", Revue d'économie politique, n° 4, 1988.

LEWALLE H., "L'assurance maladie privée", Solidarité Santé - Etudes statistiques, n° 2, avril-juin 1993.

LIAISONS SOCIALES-LEGISLATION SOCIALE, "Les régimes de prévoyance après la loi Evin", n° 6532, juin 1991.

LIAISONS SOCIALES MENSUEL, "Les cafeteria plans aux USA", Liaisons sociales mensuel, n° 63, novembre 1991.

LIAISONS SOCIALES MENSUEL, "3M, égalité, diversité, flexibilité", Liaisons sociales mensuel, n° 63, novembre 1991.

LIVRE BLANC SUR LES RETRAITES, préface de M. ROCARD, Collection les rapports officiels, La documentation française, 1991.

L'OPINION MUTUALISTE, "*Les quatre propositions des Mutuelles de France*", n° 39, février-mars 1991.

L'OPINION MUTUALISTE, "*Dossier : carte santé et relations Mutualité - Sécurité sociale*", n° 40-41, avril-mai 1991.

LOUZIR A., "*Note de documentation interne à la FNMF*", Documentation interne FNMF, mai 1988.

LUCAS M., "*Les enjeux de la protection sociale complémentaire*", Droit social, n° 4, avril 1986.

LYON-CAEN G., "*La deuxième jeunesse de la prévoyance sociale*", Droit social, n° 4, avril 1986.

LYON-CAEN G., "*Questions juridiques préliminaires sur la protection complémentaire d'entreprise*", Numéro spécial consacré à "la protection sociale complémentaire en entreprise", Revue de l'économie sociale, novembre 1991.

MAI, "*Plan d'assurance maladie : la MAI réagit*", Documentation interne Mutuelle des Agents des Impôts, octobre 1993.

MALINVAUD E., "*Leçons de théorie microéconomique*", Dunod, 1971.

MANACH R., "*Mémento de la retraite des cadres*", Documentation interne CRICA, avril 1985.

MARIEN J., MAYEUX P., MORET A., "*Etude du risque maladie en assurances de groupe (population cadres) : proposition de tarification*", Rapport de mémoire, Institut de Statistique de l'Université Pierre et Marie Curie et Institut des Actuaires Français, octobre 1991.

MARTINEZ F., "*L'évolution idéologique de la mutualité à travers ses congrès (1948-1979)*", Prévenir n° 1, octobre 1981.

MARTINEZ F., "*L'origine du pouvoir au sein de la FNMF*", Revue de l'économie sociale, n° 2, octobre-décembre 1984.

MASCOMERE P., "*Les mécanismes de la loi Evin*", Documentation interne URRPIMMEC, 21 juin 1990.

MASCOMERE P., LAIGRE P., "*Prévoyance : la loi Evin et son application deux ans après, Séminaire technique entreprises*", Documentation TGF actuaires et consultants, 1992.

MAUROY H., "*Etude préalable à l'élaboration de la stratégie globale de la Mutuelle familiale de l'arrondissement de Valenciennes*", DESS CAAE, Université de Lille I, 1988.

MAUROY H., "*La mutualité en mutation : modalités et conséquences de l'intégration du mouvement mutualiste à l'économie de marché*", Mémoire de DEA économie appliquée, Université de Lille I, 1989.

MAUROY H., "*Protection sociale complémentaire d'entreprise : positionnement et stratégies des organismes assureurs*", Numéro spécial consacré à "la protection sociale complémentaire en entreprise", Revue de l'économie sociale, novembre 1991.

MENAL D., "*La prévoyance collective des salariés en 1987*", Liaisons sociales-législation sociale, n° 6155, 26 octobre 1988.

MENAL D., "*La prévoyance dans les accords d'entreprise : accords déposés en 1987 et en 1988*", Documentation interne Direction de la Sécurité sociale du Ministère des Affaires sociales, 1989.

MERRIEN F-X., "*Etat et politiques sociales : contribution à une théorie néo-institutionnaliste*", Sociologie du travail, n° 3, 1990.

MEYSSONNIER G., "*Mutualité et entreprises : réflexions et préconisations pour son développement dans le département du Nord*", Documentation interne de l'Union départementale FNMF du Nord, 1987.

MEYSSONNIER G., "*Quelle stratégie d'avenir pour la mutualité territoriale du département du Nord ?*", Documentation interne de l'Union départementale FNMF du Nord, 1988.

MGEN, "*Extrait d'une lettre émanant d'une société d'assurance*", MGEN, n°136, mars 1991.

MIGRAINE R., "*Le nouveau code de la mutualité*", Droit social, n° 4, avril 1986.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "*Informations statistiques et financières sur la mutualité*", Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité, 1986.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "*Informations statistiques et financières sur la mutualité*", Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité, 1988.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "*Informations statistiques et financières sur la mutualité*", Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité, 1990.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "*Informations statistiques et financières sur la mutualité*", Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité, 1991.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "*Informations statistiques et financières sur la mutualité*", Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité, 1992.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, "*Informations statistiques et financières sur la mutualité*", Rapport présenté au Conseil supérieur de la mutualité, 1993.

MORMICHE P., "*Consommation médicale : les disparités sociales n'ont pas disparu*", Economie et statistique, n° 182, juin 1986.

MORMICHE P., "*Pratiques culturelles, profession et consommation médicale*", Economie et statistique, n° 182, juin 1986.

MOSCAROLA J., "*Enquêtes et analyse de données*", Vuibert gestion, 1990.

MOURIAUX R., "*Syndicalisme et mutualité : analyse de leurs relations à travers le cas de la CGT*", in Trames, Le fait coopératif et mutualiste, Actes de colloques, Limoges, 1981.

MOUSSY P., "*Les prérogatives du comité d'entreprise en matière de protection sociale complémentaire d'entreprise*", Numéro spécial consacré à "La protection sociale complémentaire en entreprise", Revue de l'économie sociale, novembre 1991.

MUTUALITE INTERPROFESSIONNELLE, "*Etude du marché des assurances individuelles "complémentaire santé"*", Documentation interne, décembre 1990.

MUTUELLE DES CHEMINOTS DU NORD, "*Les nouvelles cotisations au 1^{er} janvier 1993*", Documentation externe à large diffusion, juin 1993.

NATOURI K., "*Santé : lézardes*", La tribune de l'assurance, décembre 1992.

NETTER F., "*Les retraites en France au cours de la période 1895-1945*", Droit social, n° 7-8, juillet-août 1965.

NETTER F., "*Les retraites en France au cours de la période 1895-1945, suite*", Droit social, n° 9-10, septembre-octobre 1965.

NETTER F., "*Histoire des régimes complémentaires de salariés*", Droit social, n° 1, janvier 1977.

NEURISSE A., "*L'Economie sociale*", PUF, 1983.

OBSERVATOIRE DES RETRAITES, "*Nos retraites, quelles solutions pour quel avenir?*", Actes de colloque, CNIT Paris - La Défense, 26 septembre 1991.

OI W., "*Labor as a quasi-fixed factor of production*", Journal of political economy, décembre 1962.

PAULY M-V., "*The economics of moral hazard*", AER, vol.58, 1968.

PERRIN G., "*L'avenir de la protection sociale dans les pays industriels*", Futuribles, n° 92, octobre-novembre 1985.

PFEIFFER D., "*Le marché français de l'assurance vie et de la capitalisation : évolutions et perspectives*", Les cahiers de l'assurance, n° 6, juin 1991.

PIQUEMAL M., "*La prévoyance sociale des fonctionnaires*", Dalloz, 1991.

PLASSART P., "*Les trois dimensions de la prévoyance collective*", Liaisons sociales mensuel, n° 22, octobre 1987.

PRECEPTA ANALYSES STRATEGIQUES, "*L'assurance santé : stratégies et concurrence*", octobre 1989.

PRECEPTA ANALYSES STRATEGIQUES, "*La prévoyance et la retraite collective*", juin 1991.

PRECEPTA ANALYSES STRATEGIQUES, "*L'assurance santé individuelle*", décembre 1991.

PROUDHON P-J., "*Qu'est-ce que la propriété ?*", 1^{ère} édition 1840, Ed. Rivière, 1926.

RADELET M., "*L'entreprise mutualiste face aux défis de cette fin de siècle*", Revue des études coopératives, mutualistes et associatives, n° 17, 1^{er} trimestre 1986.

RADELET M., "*La mutualité en Europe*", Revue des études coopératives, mutualistes et associatives, n° 18, 2^{ème} trimestre 1986.

RAVIV A., "*The design of an optimal insurance policy*", A.E.R, vol. 69, n°1, march 1979.

RAY J-C., DUPUIS J-M., GAZIER B., "*Analyse économique des politiques sociales*", PUF, 1988.

RENARD B., "*Les retraites : régimes et produits*", Eska, 1990.

RIOUX O., "*Prévoyance : vers une couverture sur mesure*", Liaisons sociales mensuel, n° 63, novembre 1991.

ROCHE L., SABATINI J., SERANGE-FONTERNE R., "*L'économie de la santé*", PUF, 1982.

ROSANVALLON P., "*La crise de l'Etat-providence*", Seuil, 1981.

ROUSSEL A-P., "*La prévoyance flexible*", Personnel n° 339, février 1993.

RUDELLE A., "*L'assurance de santé*", L'argus, 1991.

SAILLARD Y., "*Assurances et mutuelles : deux logiques économiques*", Numéro spécial consacré à "La protection sociale complémentaire en entreprise", Revue de l'économie sociale, novembre 1991.

SAINT-JOURS Y., "*Un non sens économique : la privatisation de la protection sociale*", Revue de l'économie sociale, n° 9, juillet-septembre 1986.

SAINT-JOURS Y., "*Les mutuelles d'entreprise et la protection sociale complémentaire*", numéro spécial consacré à "La protection sociale complémentaire en entreprise", Revue de l'économie sociale, novembre 1991.

SAINT-JOURS Y., DREYFUS M., DURAND D., "*La mutualité*", LGDJ, 1990.

SAVATIER J., "*L'action sociale et culturelle des comités d'entreprise*", Edition Liaisons, 1992.

SELLIER F., "*Dynamique des besoins sociaux*", Editions ouvrières, 1970.

SEWELL W-H., "*Du compagnonnage aux sociétés de secours mutuels*", Revue de l'économie sociale, n° 2, octobre-décembre 1984.

SILLAND S., BUCHETON D., CLAUSTRES P., "*Rapport Gisserot : rapport du groupe de travail interministériel sur la protection sociale complémentaire présidé par Pierre GISSEROT, inspecteur général des finances*", janvier 1985.

STANKIEWICZ F., "*Economie du chômage et de l'emploi*", Cujas, 1984.

STIGLITZ J-E., "*Equilibrium in product markets with imperfect information*", A.E.R., vol. 69, n° 2, mai 1979.

TENENHAUS M., "*Méthodes statistiques en gestion*", Dunod Entreprise, 1994.

TEYSSIE B., "*La mise en place de la protection sociale complémentaire et le droit du travail*", Droit social n° 4, avril 1986.

TEULADE R., "*La Mutualité française, un idéal pour 25 millions d'hommes et de femmes*", Entretien avec M. Beau, Ramsay, 1981.

TEULADE R., "*Lettre de R. TEULADE à L. CALISTI*", 25 juin 1984.

TEULADE R., "*Allocution d'ouverture du 32^{ème} congrès de la FNMF tenu en juin 1988*", Revue de la mutualité n° 134, 2^{ème} trimestre 1988.

TEULADE R., "*Lettre de R. TEULADE à C. MEME*", 1^{er} septembre 1989, document annexé au rapport MEME.

TEULADE R., "*L'avenir des retraites*", Colloque, Assemblée nationale, 8 octobre 1992.

THIETARD A., "*La stratégie d'entreprise*", Mc Graw Hill, 1988.

THOUVENIN D., "*Les contrats de groupe*", numéro spécial consacré à "La protection sociale complémentaire en entreprise", Revue de l'économie sociale, novembre 1991.

TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES, "*La protection sociale complémentaire*", n° 99, novembre 1985.

UCANSS-INFO, "*Les régimes de retraite complémentaire et de prévoyance de la Sécurité sociale*", n° 75, octobre 1993.

UCANSS-INFO, "*La retraite complémentaire et la prévoyance*", Edition spéciale, avril 1994.

UNION DES SOCIETES MUTUALISTES DU BASSIN DE LA SAMBRE, "*La concurrence externe*", Documentation interne FMF, 1984.

UNION DES SOCIETES MUTUALISTES DU BTP, "*Conférence débat : la concurrence externe*", Documentation interne UNSM, 29 novembre 1985..

VAILLANT V., "*L'assurance complémentaire maladie : évolutions et perspectives*", Institut d'Economie scientifique et de gestion, 1993.

VALLETEAU DE MOUILLAC M., "*Guide pratique des régimes sociaux*", tome 1, Editions LITEC, 1991.

VANEECLOO N., "*Transformation de la main-d'oeuvre et marché de l'emploi*", Thèse pour le doctorat d'Etat es sciences économiques, Université de Lille I, 1978.

VANEECLOO N., "*Théorie de la transformation de la main-d'oeuvre*", Economica, 1982.

VERDIER J-M., "*Droit du travail*", Mémento Dalloz, 9^{ème} édition, 1986.

VERGER D., "*Les comportements des Français en matière d'assurance*", Economie et statistique, n° 174, février 1985.

VIVIER B., "*Offensive communiste contre le mouvement mutualiste*", Supplément à Etudes sociales et syndicales, n° 18, mai 1986.

VOIRIN R., "*Les régimes de prévoyance des salariés*", Les éditions de Verneuil, 1989.

VOLATIER J-L., "*Couverture complémentaire maladie : un marché en expansion mais en déséquilibre*", Socio-économie de la santé, n° 3, 1989.

VOLATIER J-L., "*Les modes de protection sociale*", CREDES, mars 1990.

VOLLE M., "*Analyse des données*", Economica, 1989.

WOODBURY S-A., "*Substitution between wage and nonwage benefits*", *The american economic review*, vol. 73, n° 1, mars 1983.

YAHIEL M., "*Note relative aux activités de prévoyance des sociétés d'assurance, des caisses L4, de la CNP et du secteur mutualiste*", *Inspection générale des Affaires sociales*, novembre 1983.

ANNEXES

ANNEXE I
LISTE DES MUTUELLES HABILITEES A JOUER LE ROLE DE
SECTIONS LOCALES

Sociétés mutualistes habilitées à jouer le rôle de sections locales

Intitulés des mutuelles	Sections locales nombre et implantation			
	Total	Région parisienne	Province	DOM
Fonctionnaires				
— Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN)	129	7 + 1	119	2
— Mutuelle générale des PTT (MGPTT)	129	7	120	2
— Mutuelle générale de la police (MGP)	39	7	32	—
— Fédération nationale des mutuelles de fonctionnaires et agents de l'État (FNMFAE)	142	18	120	4
Détail				
— sections interministérielles	124	—	120	4
— sections ministérielles	18	18	—	—
— Mutuelle civile de la marine	12	7	5	—
— Société mutualiste de la police nationale (SMPN)	28	1	27	—
— Mutuelles de l'équipement	4	—	4	—
— Autres mutuelles de fonctionnaires	3	1	2	—
Total fonctionnaires	486	49	429	8
Étudiants				
— Mutuelle nationale des étudiants de France (MNEF)	69	7	62	—
— Sociétés mutualistes régionales (USEM)				
• SMIEREP Région parisienne	7	7	—	—
• SMERRA Rhône Alpes	6	—	6	—
• SMECO Centre Ouest	4	—	4	—
• SMEREB Bourgogne Franche-Comté	5	—	5	—
• SMEBA Bretagne, Anjou	5	—	5	—
• SMESO Sud-Ouest	4	—	4	—
• SMENO Nord-Ouest	16	—	16	—
• MIEP Provence Languedoc	3	—	3	—
• MGEL Lorraine Alsace	8	—	3	—
• Total sociétés régionales	58	7	51	—
Total étudiants	127	14	113	—
Autres mutuelles				
1. Caisses d'action sociale EDF/GDF	127	19	108	—
2. Mutuelles des agents hospitaliers				
— MNH	21	1	20	—
— Autres hospitaliers	4	1	3	—
Total hospitaliers	25	2	23	—
3. Mutuelles des agents des collectivités locales ou territoriales				
— MGPCCL	3	—	3	—
— Autres collectivités locales	12	2	10	—
Total collectivités locales	15	2	13	—
4. Autres mutuelles du régime général	17	—	17	—
Total autres mutuelles	184	23	161	0
Total général	797	86	703	8

Source : CNAMTS-IDGA/SEREM

ANNEXE II
RESOLUTION DU CONGRES GENERAL FNMF DE NICE (JUN 1988)

XXXII^e CONGRÈS DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE NICE - JUIN 1988 RÉSOLUTION GÉNÉRALE

Le XXXII^e Congrès de la Mutualité française a rassemblé à Nice, du 3 au 11 juin 1988, les délégués représentant les 25 millions de mutualistes pour débattre de la Mutualité : une tradition d'avenir pour un monde qui change.

Ainsi que le montre clairement le thème choisi pour son congrès, la Mutualité française entend être activement présente dans le monde du XXI^e siècle, ce qui implique de sa part :

- la volonté de prendre en compte les mutations de la société,
- la capacité de s'ouvrir aux cultures parfois très différentes des autres pays composant la Communauté européenne,
- mais également la conviction qu'elle ne peut relever ces défis qu'en s'appuyant sur les valeurs qui, depuis toujours, inspirent son action et constituent sa spécificité.

En conséquence, le Congrès a :

- réaffirme le cadre de références de la Mutualité,
- très fermement rappelé que le principe de solidarité s'exprime en premier lieu dans l'organisation de la protection sociale obligatoire.

Dans ce contexte général, il a préconisé de faire porter un effort particulier sur les activités - ou métiers - dominants de la Mutualité, déjà nombreux, en évitant une diversification tous azimuts qui risque d'entraîner une dispersion.

Les savoir-faire acquis dans les domaines de la protection complémentaire, la prévoyance, la prévention, l'action sanitaire et sociale, sont à la fois des atouts pour affronter l'avenir et des éléments constitutifs de la spécificité mutualiste. Il s'agit de les utiliser avec le militantisme, le dynamisme et le professionnalisme, qui doivent caractériser l'action

des dirigeants mutualistes à la tête de leurs "entreprises", moyens au service du projet global de la Mutualité française.

Les délégués ont, enfin, sans ambiguïté situés les perspectives du développement de la Mutualité au sein du grand marché européen.

Le cadre de références

Face à un environnement en profonde évolution, le Congrès a réaffirmé les valeurs et les principes permanents qui fondent l'action et l'engagement mutualistes de ceux qui l'animent. La finalité est le service de l'homme; sa vocation : mettre en place avec les mutualistes eux-mêmes les réponses aux besoins sociaux qu'ils expriment et, d'une manière plus générale, aux problèmes liés à leur santé comprise au sens large : son éthique, fondée sur la responsabilisation, conditionne la nature de ses relations avec les mutualistes eux-mêmes, avec ceux qui œuvrent au sein du mouvement et avec son environnement. La Mutualité considère de son devoir de défendre et de promouvoir une protection sociale fondée sur la solidarité, ce qui implique, en toutes circonstances, le maintien de son indépendance.

La protection obligatoire

La Mutualité française réaffirme que la solidarité doit demeurer le fondement de la protection sociale obligatoire et complémentaire.

En ce qui concerne la protection sociale obligatoire, le Congrès rappelle les propositions faites par la Mutualité française lors des États généraux de la Sécurité sociale. Il demande à nouveau la révision des mécanismes de financement

de la Sécurité sociale, afin que tous les revenus y participent. Il souhaite que cette réforme, établie sur des bases enfin claires, permette un équilibre durable de notre système de protection sociale, expression de la solidarité nationale. Il estime que les Français doivent être convenablement informés du coût de cette solidarité nationale et des choix qu'elle implique. Il regrette le peu de crédibilité des différents "plans de redressement" qui se sont succédés.

En ce qui concerne l'assurance maladie, le Congrès insiste sur la nécessité de mettre en œuvre - avec le concours des professions de santé - des procédures d'évaluation des techniques médicales et des médicaments. Il s'agit d'évaluer non seulement les coûts mais aussi l'efficacité et la sécurité. Il s'agit non seulement d'évaluer mais de diffuser les résultats de ces évaluations (sous une forme adaptée) auprès des professions de santé et des assurés sociaux.

A cet égard, le Congrès souhaite la poursuite de l'action engagée par la F.N.M.F. en ce qui concerne le prix des médicaments.

Une meilleure maîtrise des dépenses de santé et surtout une meilleure utilisation des fonds que les Français consacrent à leur santé passent nécessairement par des évaluations objectives. La démonstration en a été faite : ce n'est pas en augmentant le ticket modérateur de certains médicaments ou en cessant de rembourser à 100 % certains malades, notamment les personnes âgées, que le "marché de la santé", qui n'est pas un marché comme un autre, se trouvera automatiquement réglé.

La protection complémentaire

La protection complémentaire aux régimes obligatoires reste une action essentielle de la Mutualité.

"Leader" dans ce domaine ou sevit une concurrence très vive, la Mutualité entend le demeurer et étendre son influence à l'ensemble de la population, spécialement dans les secteurs jusque-là peu mutualisés, notamment les cadres et les jeunes, les populations de l'ouïremer et celles issues de l'immigration.

Dans ce but, elle doit :

- agir sur la base de ses principes, qui constituent son originalité et sont un élément fort de son image;
- adapter son offre aux besoins sociaux qui peuvent être différents selon les personnes et les groupes qui les expriment; l'adaptation nécessaire, en termes de cotisations et de prestations, tient compte, outre des besoins exprimés, de l'environnement dans lequel le groupement mutualiste exerce son activité. Ainsi, chaque groupement est-il responsable, tant vis-à-vis de ses adhérents que de la communauté mutualiste, de l'application qu'il fait du principe de solidarité.

La Mutualité française confirme son attachement au système conventionnel qui, seul, permet la définition de tarifs opposables. Mais regrettant, d'une part, la dégradation du système conventionnel Sécurité sociale, d'autre part, l'existence et la diversité des modes et niveaux de prise en charge de dépassements de tarifs par les groupements mutualistes, le Congrès estime indispensable sa participation aux négociations conventionnelles qui doivent déboucher à la fois sur la fixation de tarifs réellement opposables et la définition d'objectifs en matière de santé.

Elle doit répondre aux besoins qui s'expriment collectivement dans le cadre de plus en plus fréquemment utilisé de négociations entre partenaires sociaux. Ce qui suppose la mise en œuvre de solutions techniques adaptées.

A cet égard, le Congrès se félicite de la qualité des relations qu'entretient la Mutualité française avec les partenaires sociaux et souhaite leur renforcement à tous les niveaux.

La Mutualité française entend par ailleurs poursuivre l'action menée en direction des catégories de populations les plus défavorisées ou les plus fragiles.

Ainsi, l'effort renoué, conformément aux vœux du Congrès de Lyon, en faveur des mutualistes chômeurs arrivés en fin de droits devrait être poursuivi. Il appartient à la Fédération nationale de proposer des solutions au mouvement.

Elle est naturellement favorable à l'instauration annoncée d'un revenu minimum d'insertion, ouvrant à ceux qui en bénéficieraient l'accès à la protection obligatoire. Encore faut-il que les personnes, susceptibles d'en bénéficier, soient en mesure de faire valoir leurs droits. La Mutualité apportera son concours à l'information et à l'éducation indispensables à cet égard.

La prévoyance

Dans la mesure où elle a pour objet d'apporter des réponses aux besoins actuels ou prévisibles, nés de la diminution ou de la disparition temporaire ou définitive - de tout ou partie du revenu familial (par suite de maladie, incapacité de travail, invalidité, retraite, décès...), l'activité de prévoyance apparaît comme l'un des axes de développement de la Mutualité.

Compte tenu de l'évolution récente de cette activité, de ses perspectives, du comportement des divers intervenants en ce domaine, le Congrès confirme son attachement aux formules mutualistes pour résoudre les problèmes de société ainsi posés.

Pour réaliser cet objectif, et sans négliger les handicaps auxquels la Mutualité doit faire face dans ce contexte concurrentiel - et dont certains sont de nature législative ou réglementaire -, le Congrès estime :

- qu'il convient de tirer tout le parti possible des forces et atouts que constituent une image de marque positive, un réseau de mutuelles particulièrement dense et un nombre important de bénéficiaires potentiels déjà connus;
- que la recherche d'une collaboration avec d'autres acteurs, dans un cadre de partenariat, ne doit pas être exclue;
- qu'il faut savoir recourir à des outils et à des méthodes susceptibles d'assurer la performance de ses interventions, en conciliant l'utilisation de ces techniques avec les principes de base du mouvement; en ce sens la création par la F.N.M.F. d'une société d'assurance permet à la Mutualité d'être présente dans des secteurs jusqu'ici

inaccessibles, et à échéance 1993 sur le "marché unique européen".

- qu'il importe d'adopter des structures et une organisation internes visant à centraliser les moyens techniques et financiers tout en décentralisant le service à l'adhérent, à homogénéiser la conception et la promotion des produits tout en confiant la diffusion et la gestion au réseau.

Il s'agit, ce faisant, de permettre à la prévoyance de la Mutualité d'atteindre la « masse critique », objectif supposant des regroupements à divers niveaux, suffisants pour occuper sa vraie place auprès des grands groupes privés et sans laquelle elle ne pourrait jouer le rôle de force de proposition ni assumer la mission d'extériorité qui incombe au premier mouvement social de France.

Il appartient à la F.N.M.F. de prendre les dispositions qui s'imposent pour progresser rapidement dans cette voie. Enfin le Congrès recommande que des efforts soient engagés en direction de catégories de population encore peu ou mal mutualisées (les jeunes) ou particulièrement vulnérables (personnes âgées en risque de dépendance).

La prévention et l'éducation sanitaire

Le Congrès a largement débattu de la politique d'innovation, d'éducation sanitaire et de prévention menée depuis plusieurs années par la Mutualité française. L'éducation sanitaire et la prévention constituent l'un des moyens dont nous disposons pour mieux maîtriser les dépenses de santé ou même pour réaliser des économies. Mais le Congrès a confirmé que la Mutualité française ne s'en tient pas à cette conception réductrice.

Quand les actions de prévention permettent d'augmenter la longévité et d'améliorer la qualité de la vie, elles doivent être poursuivies, développées, améliorées même si elles ne débouchent pas nécessairement sur des économies. L'éducation sanitaire et la prévention ne doivent pas constituer des contraintes supplémentaires mais permettre à chacun, en toute connaissance de cause, de modifier son comportement, d'être plus libre et donc plus responsable. Le Congrès s'est très nettement prononcé sur ce point en insistant sur la nécessité pour la Mutualité française de conjurer

guer ses efforts avec ses partenaires naturels que sont les professionnels de la Santé, la Sécurité sociale, les pouvoirs publics et les différentes associations spécialisées. Il a également mis l'accent sur la priorité des actions d'initiative locale, coordonnées au plan national, et sur la nécessité d'une participation locale à toutes les actions d'intérêt national.

L'action sanitaire et sociale

La réflexion du Congrès sur l'action sanitaire et sociale s'est développée sur différents plans. Les réalisations sanitaires et sociales mutualistes ne constituent pas seulement la vitrine du mouvement mutualiste mais son originalité et l'un des moyens de sa politique sociale. Un des atouts de notre mouvement est sa capacité à répondre aux besoins par des structures souples notamment dans le secteur de l'action sanitaire et sociale.

Le Congrès a confirmé que les réalisations sanitaires mutualistes constituaient, aujourd'hui comme hier, l'un des moyens, pour notre mouvement, d'atteindre ses objectifs tant en ce qui concerne la qualité et le coût des soins que la dispense d'avance des frais.

Pour cette raison, le Congrès a également confirmé que la gestion des réalisations sanitaires mutualistes ne peut que faciliter le développement de la politique conventionnelle de la sécurité sociale et de la Mutualité.

Le Congrès a toutefois mis l'accent sur la nécessité d'une plus grande rigueur de gestion. Dans cette perspective, le Congrès a insisté sur l'intérêt que présentent le regroupement et la mise en œuvre coordonnée des efforts de chacun en matière de financement, d'approvisionnement et d'image de marque, domaines dans lesquels la Mutualité peut jouer un rôle novateur.

Il a également demandé que soient élaborées de nouvelles formes de financement des investissements, notamment dans le domaine hospitalier.

Ce rôle novateur, la Mutualité doit également le jouer, estime le Congrès, par le développement de ses réalisations sociales, instruments de sa politique en faveur des personnes âgées ou handicapées et en faveur des vacances. L'objectif à atteindre est de favoriser l'insertion des personnes les plus défavorisées et d'éviter la mise en place de structures qui ne

correspondent pas à l'attente et aux besoins des intéressés.

Dans cette perspective, une large information de l'opinion publique sur les problèmes posés par la prise en charge des personnes âgées dépendantes est jugée indispensable.

Le Congrès demande avec insistance que soient encouragés les efforts consentis par la Mutualité dans les domaines sanitaire et social et de mettre un terme à l'utilisation abusive de la réglementation pour freiner le développement des réalisations mutualistes.

L'entreprise mutualiste

Pour atteindre les objectifs ainsi fixés par le Congrès, la Mutualité doit se doter de moyens nouveaux.

La présence sur le terrain d'un tissu diversifié et vivant est un atout que la Mutualité doit savoir préserver. Toutefois, son maintien ne peut être envisagé sans une mise en commun des moyens financiers, techniques et commerciaux. "L'entreprise mutualiste", même performante, ne peut rester isolée. En particulier, l'accès aux marchés nationaux (conventions collectives, groupes ou entreprises nationaux) voire internationaux, pose le problème de l'existence d'une force de négociation unique, la définition commune des produits, la compensation des risques.

Le Congrès invite les composantes du mouvement mutualiste, sous la conduite de la F.N.M.F., à mettre en place très rapidement des formules souples, modernes, efficaces, fondées sur le volontariat des organismes. A cet égard, toutes les ressources du Code de la Mutualité doivent être utilisées et, en cas de besoin, une action doit être menée pour obtenir des pouvoirs publics des moyens législatifs et réglementaires nouveaux.

Le Congrès appelle l'attention de tous les responsables mutualistes sur la nécessité de veiller à donner aux militants et aux collaborateurs salariés, une formation leur permettant d'exercer leurs responsabilités complémentaires avec compétence et efficacité. Il recommande en particulier que soient utilisées à plein les possibilités offertes par le congrès mutualiste de formation prévu par la loi et les moyens proposés par le Fonds de formation des administrateurs mutualistes (F.O.F.A.M.).

Le Congrès réaffirme son attachement à l'application du fait mutualiste dans l'entreprise.

La mutualité dans l'Europe

Les années qui viennent seront celles de la construction du grand marché intérieur, qui concernera 120 millions d'Européens.

Le Congrès affirme la volonté de la Mutualité Française d'agir avec la plus grande énergie, au sein de l'Association Internationale de la Mutualité, pour que l'Europe de 1992 ne soit pas seulement l'Europe des marchands, mais devienne un "espace social" privilégiant la protection de la personne dans une démarche de solidarité.

Il invite la Mutualité française :

- à se préparer activement à la dimension européenne que prend dès maintenant la concurrence, notamment dans le secteur de l'assurance,
- à poursuivre l'action menée au sein de l'A.I.M.,
- et à intensifier ses efforts en vue de la mise en place d'un statut européen de la Mutualité.

Il souhaite que se multiplient des maintenant des initiatives en commun avec les Mutualités des autres pays européens, des pays méditerranéens et des pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique.

❖

Le Congrès affirme avec force sa conviction que la Mutualité française saura relever les défis de son temps, qu'il s'agisse d'une société en pleine mutation ou de la construction du grand marché européen. Pour cela, elle s'appuie sur les valeurs humaines permanentes que sont la solidarité, la responsabilité et le respect de la personne.

Elle renforcera également sa cohésion interne, consciente que l'avenir est ouvert à tous ceux qui auront la volonté d'agir librement ensemble. ■



**ANNEXE III
RESOLUTION DU CONGRES GENERAL FNMF
DE GRENOBLE (JUN 1991)**



MUTUALITÉ FRANÇAISE
XXXIII^e CONGRÈS NATIONAL
GRENOBLE 30 MAI - 2 JUIN 1991

RESOLUTION GENERALE

Le XXXIII^e Congrès de la Mutualité Française a rassemblé à Grenoble, du 30 Mai au 2 Juin 1991, les délégués représentant les 25 millions de mutualistes français. Leur réflexion et leurs débats ont eu, une fois encore, l'ambition de réaliser une alliance efficace entre la permanence des valeurs et la nécessaire adaptation des modalités de l'action. Le thème des travaux : Un projet de vie : agir ensemble pour vivre mieux, les y invitait expressément.

L'action mutualiste trouve en effet sa légitimité à la fois dans une fidélité aux principes qui l'inspirent et dans l'efficacité des réponses qu'elle apporte aux problèmes de santé et de bien-être des personnes vivant en France en l'année 1991.

La prise en compte de l'accélération des évolutions culturelles, sociales, économiques et politiques qui bouleversent la société française et le monde, a été ainsi la première préoccupation des congressistes.

Ils ont été particulièrement sensibles aux difficultés de vie d'un grand nombre de nos concitoyens, notamment des plus jeunes touchés par le chômage et souvent victimes du développement anarchique du tissu urbain, tandis que des zones entières se dépeuplent.

Face à cet environnement en pleine mutation, et à une concurrence de plus en plus vive, la Mutualité a elle-même connu une profonde évolution, le plus souvent spontanée, témoignant d'une remarquable capacité d'adaptation aux nouvelles conditions de son action.

Le Congrès a estimé que les qualités de souplesse, d'efficacité et de dynamisme ainsi manifestées - et qu'il convient de maintenir - devaient, sous peine de banalisation, être mises au service d'un projet commun ambitieux, permettant à la fois de consolider l'unité du mouvement mutualiste et de marquer sa place spécifique dans la société française et dans le monde.

UNE AMBITION POUR LA SOLIDARITE

Ainsi, la Mutualité Française entend tout mettre en oeuvre pour défendre et promouvoir une conception de la Santé et de la Protection Sociale fondée sur la solidarité et la responsabilité, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de nos frontières nationales.

. En Europe et dans le monde

Dans un contexte d'internationalisation croissante, le Congrès souligne qu'entre le "tout Etat" et le "tout lucratif", aux conséquences également néfastes, le système mutualiste ouvre une autre voie. La Mutualité Française entend être acteur à part entière dans l'évolution en cours.

Concernant les pays de la Communauté, le Congrès, préoccupé par l'immobilisme et l'absence de perspectives de construction d'une Europe sociale, soutient l'action engagée par l'Association Internationale de la Mutualité pour obtenir une réelle convergence des politiques nationales de protection sociale.

La F.N.M.F., en liaison avec l'A.I.M., revendique la concrétisation de la reconnaissance de la Mutualité par l'adoption d'un droit mutualiste européen et celle d'une directive (spécifique) lui donnant les moyens d'exister au même titre que les sociétés de capitaux.

Le Congrès se réjouit des expériences mutualistes engagées dans plusieurs pays de l'Europe Centrale et dans des pays en voie de développement. Il se félicite de l'aide concrète apportée par certains groupements mutualistes mais, dans un souci de cohérence, il demande que ces initiatives s'insèrent dans des accords conclus au niveau national.

D'une manière générale, le Congrès demande à la Fédération d'intensifier sa participation aux travaux de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale et de l'Association Internationale de la Mutualité et de développer les contacts bi ou multilatéraux afin de promouvoir les valeurs et les solutions mutualistes.

280

. En France, assurer l'avenir d'une protection sociale solidaire

Le Congrès réaffirme que l'avenir à long terme d'une protection obligatoire de haut niveau et demeurant solidaire ne pourra être assuré que par le recours à de nouvelles sources de financement et par une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

- C'est pourquoi, en matière de financement, la Mutualité s'est déclarée favorable à la mise en place de la Contribution Sociale Généralisée, dans la mesure où elle permet de faire participer l'ensemble des revenus. Toutefois, celle-ci devrait être associée à des réformes structurelles, s'attachant prioritairement à l'harmonisation du financement des régimes.
- dans le domaine de la retraite, le Congrès rappelle son attachement au système de répartition et au maintien des droits acquis. La Mutualité attend de la concertation engagée avec les partenaires sociaux qu'elle aboutisse à des mesures susceptibles d'assurer l'avenir à long terme de notre système de retraites dans le respect du principe de solidarité.
- en ce qui concerne l'assurance maladie, le Congrès s'oppose à toute limitation autoritaire des dépenses de santé et préconise le développement d'une politique d'évaluation des techniques et des pratiques médicales qui, seule, permet une bonne adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population. Il se félicite des actions réalisées depuis NICE et demande qu'elles soient poursuivies et amplifiées avec le concours de la Fondation de l'Avenir.
- les dépenses pharmaceutiques doivent aussi faire l'objet d'une politique visant à leur maîtrise. Y contribue notamment la diffusion, par la Mutualité Française, du guide des spécialités indiquant le prix des médicaments les moins chers à principe actif égal. En revanche, le Congrès s'oppose aux mesures tendant à transférer sur le budget des ménages une part croissante des dépenses de pharmacie, ainsi qu'à tout projet tendant à dissocier le prix des médicaments du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale. Il se prononce en faveur du retour à un taux unique de remboursement.
- des tarifs de remboursement opposables : une protection solidaire doit également favoriser un égal accès à une médecine de qualité et au progrès médical. Seul, un système conventionnel définissant des tarifs opposables peut le permettre. Le Congrès regrette vivement que la nouvelle convention médicale, conclue en mars 1990, malgré les innovations intéressantes qu'elle comportait, n'ait pas spécifié la disparition, à court terme, du secteur 2. Pour la Mutualité Française, l'avenant de mars 1991 qui, dans le cadre de l'option "continuité des soins", confère aux

médecins généralistes un rôle pivot dans la distribution des soins, va dans le bon sens et constitue un premier pas vers les filières de soins. Elle souhaite que cette option, avec dispense de frais, soit rapidement ouverte aux médecins spécialistes et soit étendue à l'ensemble des assurés sociaux, ceux-ci demeurant libres du choix de leur médecin.

- le tiers payant concourt aussi fortement à l'égalité devant l'accès aux soins. Aussi, le Congrès entend que l'action de la Mutualité Française en la matière soit poursuivie et amplifiée et que des solutions de substitution, telle que la monétique, soient étudiées. Il demande que les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie lèvent les obstacles mis à cette pratique et, notamment, que soit retirée la circulaire ministérielle du 19 juillet 1990 contre laquelle un recours en annulation devant le Conseil d'Etat a été engagé.
- en matière de politique hospitalière, le Congrès estime que la nouvelle planification à base de schémas régionaux issus de la concertation doit permettre de répondre aux besoins des patients. Il considère que l'évaluation des soins et l'information des malades sont des avancées positives.

La Mutualité continuera à soutenir l'existence d'un secteur public hospitalier performant.

Les établissements mutualistes entendent continuer à jouer, dans ce dispositif, leur rôle de secteur témoin. Ils attendent des pouvoirs publics que les mécanismes de la dotation globale soient assouplis et redeviennent incitatifs pour les établissements performants, en respectant le libre choix du malade avec égalité de tous dans l'accès à des soins de qualité et à des tarifs opposables.

- sauver les centres de santé : le Congrès affirme une nouvelle fois le rôle indispensable des réalisations sanitaires mutualistes, à la fois régulateur du système de soins et garant d'un accès pour tous à des soins de qualité. Dans le contexte conventionnel actuel, le maintien de ces structures de soins est d'autant plus fondamental.

At nom du libre choix des assurés sociaux et des mutualistes ainsi que du droit qui lui est reconnu de créer et de gérer de telles réalisations, la Mutualité Française exige des pouvoirs publics les mesures permettant aux centres médicaux, dentaires et d'auxiliaires médicaux de ne plus être défavorisés par rapport au secteur libéral. Ils doivent notamment bénéficier de tous les avantages sociaux accordés aux professionnels de santé conventionnés avec l'assurance maladie.

Le Congrès dénonce la lenteur des pouvoirs publics à publier les décrets qui permettront l'application des évolutions encore insuffisantes prévues par la loi du 18 janvier 1991. Il se félicite des engagements du Président de la République.

prendre la forme d'une allocation individualisée, complémentaire des ressources de la personne concernée, dont le financement serait assuré par la création d'un fonds, expression de la solidarité nationale.

- Le Congrès est, par ailleurs, favorable à une extension aux personnes handicapées dépendantes du dispositif préconisé pour les personnes âgées. Il demande que la mise en oeuvre des nombreuses propositions, présentées par la Mutualité aux pouvoirs publics, en vue d'améliorer le soutien à domicile des personnes handicapées à mobilité réduite, intervienne sans plus tarder.

- Les exclus : dès l'instauration du Revenu Minimum d'Insertion, la Mutualité Française a apporté son concours actif à la mise en place de ce nouveau dispositif de solidarité. Le Congrès s'en félicite mais estime que la mobilisation du mouvement mutualiste au profit des plus défavorisés doit être amplifiée. Il demande en particulier que soient développés et, si possible, généralisés, en collaboration avec les collectivités publiques compétentes, des formules décentralisées de mutualisation des bénéficiaires du R.M.I. Le Congrès considère en effet que le système mutualiste apporté, non seulement un service concret aux intéressés, mais constitué, pour eux, par son mode de fonctionnement, un moyen d'insertion et un élément de citoyenneté.

Toutefois, cet engagement nouveau ne doit pas contribuer à négliger la situation des mutualistes en difficulté du fait du chômage. A cet égard, le Congrès demande que la Fédération propose au mouvement, lors de sa prochaine Assemblée Générale, des solutions de nature à pérenniser, sous une forme à déterminer, les effets de l'opération "un coup de main au fin de droits".

Le Congrès se félicite de la concrétisation de l'orientation du Congrès de LYON visant à doter la Mutualité de structures favorisant l'intégration des populations issues de l'immigration. Il demande que cette politique soit poursuivie.

LES MOYENS DE SON AMBITION

. Réseau et partenariat

Le Congrès a par ailleurs défini les moyens dont doit se doter la Mutualité Française et, pour en assurer à la fois la faisabilité et le caractère opérationnel, il a mis l'accent sur une démarche fondée sur deux logiques complémentaires : celles de réseau et de partenariat.

Les entreprises mutualistes constituent un maillage serré du territoire qu'il suffit de placer en situation d'acteurs des évolutions, sur la base des métiers respectifs et des services offerts.

- une conception globale de la santé - la prévention et l'éducation sanitaire : la Mutualité Française inscrit sa démarche dans une conception de la santé ne se limitant pas aux soins, mais également tournée vers la recherche du bien-être et de la responsabilisation de l'individu.

A ce titre, le Congrès réaffirme la très grande importance qu'il attache à la prévention, voie la plus sûre pour progresser vers une complète "promotion de la santé", en même temps qu'un outil efficace de maîtrise de dépenses de santé.

Il constate que la politique suivie depuis plus de dix ans en matière de prévention et d'éducation de la santé par la F.N.M.F. a fortement contribué à donner d'elle l'image d'un organisme professionnel, d'un partenaire fiable et recherché, développant le sens de la responsabilité parmi les mutualistes. Les actions expérimentales mutualistes font école et contribuent à l'amélioration de la Santé Publique.

Dans le triple but de prévenir l'exclusion, d'aider la jeunesse, notamment celle en difficulté, et de lutter pour un environnement sain, le Congrès souhaite qu'à partir des désirs exprimés et des besoins décalés, des actions de prévention soient menées en direction du monde du travail, des établissements scolaires et des quartiers.

Il souhaite que le partenariat soit renforcé, en particulier par le développement d'accords cadres. Il demande que les moyens humains et financiers nécessaires soient ajustés au niveau des besoins, notamment pour couvrir les actions des mutuelles et des unions départementales.

. Répondre aux nouveaux besoins de solidarité

- Concernant plus spécialement la jeunesse, la Mutualité Française estime indispensable que tout soit mis en oeuvre pour en préserver la cohésion, menacée par l'accroissement des inégalités. A ce titre, elle entend promouvoir toute initiative visant à permettre aux jeunes et, parmi eux, en premier lieu, ceux qui se trouvent en situation précaire, d'accéder à une couverture de leur santé conforme à leurs besoins. Elle considère, d'autre part, qu'il convient de leur offrir des modalités de participation, de nature à accroître leur autonomie et donc de favoriser l'intégration sociale qu'ils revendiquent.

- Les personnes âgées dépendantes : La Mutualité attend des pouvoirs publics que la dépendance des personnes âgées soit reconnue comme risque social. Le Congrès est favorable à une prise en charge fondée sur le principe d'une aide à la dépendance, quel que soit le lieu de résidence. Cette aide devrait

La Mutualité, promoteur de réseaux et de partenariat, doit se donner les moyens d'en définir les règles afin de maîtriser leur évolution.

. Une communication renforcée

Le Congrès souligne que le type d'organisation proposé repose sur une communication interne parfaitement interactive. Un effort particulier devra, en conséquence, être fait en ce sens.

D'une manière plus générale, le Congrès souhaite que l'action entreprise depuis le Congrès de LYON en vue de renforcer l'identité de la Mutualité Française, dont le logo symbolise la cohésion du mouvement, soit accentuée.

Il demande par ailleurs une harmonisation accrue des actions de communication locales et nationales, ce qui favorisera une meilleure connaissance de la Mutualité considérée dans toutes ses dimensions. Ces actions devront davantage encore être adaptées aux axes de développement choisis.

. De nouveaux outils

Sur les bases ainsi définies, le Congrès décide d'engager le mouvement mutualiste dans la construction de nouveaux outils capables de répondre aux besoins de la population dans les domaines de la protection sociale et de la santé, tout en marquant nettement sa différence par rapport à ses concurrents. Ces outils devront être à même d'intégrer une dimension européenne.

- Le système complet de santé : le Congrès demande à cet égard que soit mis en oeuvre un système complet de santé mutualiste, système visant à offrir aux mutualistes un ensemble de services et de produits intégrés dans le domaine de la santé, offerts sous un même label, accessible au moyen d'un identifiant normalisé, en tout point du territoire, tout au long de leur vie.

Il s'agit d'assurer un partenariat efficace et sans discontinuité territoriale entre toutes les réalisations et services constituant le réseau mutualiste renforcé, si nécessaire, par des accords de partenariat externes, notamment avec les professions de santé.

Le Congrès souligne que le système proposé comporte des avantages évidents, tant pour le mutualiste que pour les groupements et le mouvement dont la cohésion s'en trouvera considérablement améliorée et l'image fortement valorisée.

./.

En conséquence, il demande que sa construction soit engagée sans tarder.

- La mutualisation collective - l'offre globale aux entreprises : le Congrès, considérant par ailleurs,

le développement de la prévoyance collective complémentaire à caractère obligatoire dans les entreprises et les branches professionnelles,

. le fait que la demande associe indistinctement le petit et le gros risque (la couverture du ticket modérateur et la prévoyance),

. la recherche, par les partenaires sociaux, d'interlocuteurs fiables, et disposés à les associer à la gestion des accords qui leur sont confiés,

demande qu'un système répondant à ces caractéristiques soit mis en oeuvre, afin de permettre à la Mutualité Française de jouer un rôle de premier plan dans le domaine de la prévoyance collective. Il souhaite que les travaux entrepris à cet égard, sous l'égide de la Fédération Nationale, soient très rapidement menés à leur terme.

Au plan interne, le système en cause reposera sur une règle du jeu claire et permettra d'organiser concrètement, si nécessaire, à un niveau autre que départemental, une offre globale mutualiste crédible techniquement et financièrement, c'est à dire organisant une mise en commun de certains risques.

L'adoption irréversible de cette nouvelle voie de développement n'implique pas l'abandon des modalités traditionnelles d'entrée dans la Mutualité que sont l'adhésion individuelle et les contrats de groupe.

De même, la Mutualité attend veiller fermement au respect des principes qui l'animent et, notamment, celui de solidarité. Elle veillera également à ce que la prévoyance complémentaire obligatoire ne devienne pas un accélérateur du désengagement des régimes de protection obligatoire et de démantèlement du système conventionnel.

Pour cela, des relations de partenariat avec les organisations syndicales et professionnelles, maîtresses du jeu de la prévoyance collective, doivent être établies sur des bases de coopération égalitaire, respectant l'indépendance de chaque partie. Le Congrès insiste pour que les adhérents mutualisés de manière collective soient, comme les autres mutualistes, associés aux actions menées sur le terrain et mis en situation d'acteurs responsables de leur santé.

Le Congrès demande enfin instamment que toutes mesures soient prises pour éviter une dérive commerciale de la protection collective complémentaire. A cet effet, il invite la Fédération à se rapprocher des organismes intervenant sur le même terrain avec une éthique similaire, afin d'envisager avec eux les modalités susceptibles d'y concourir. Il insiste également pour que le projet de loi permettant de tisser des collaborations dans le cadre de la réassurance avec des institutions de prévoyance aboutisse dans les meilleurs délais.

283

./.

Dans un contexte plus général, le Congrès réaffirme sa volonté de voir la prévoyance de la Mutualité Française prendre la place nationale à laquelle son potentiel l'autorise à prétendre ; et ce, tant dans un cadre individuel que collectif.

Il souhaite que l'Union de Prévoyance de la Mutualité Française, créée en concertation avec les organismes concernés par cette activité, joue pleinement le rôle qui lui est dévolu d'animer et d'organiser le développement de la prévoyance.

- Le réseau NOE

Le développement d'outils nouveaux essentiellement fondés sur le partenariat entre les organismes suppose que soit mise en place une communication technique entre eux. Aux yeux du Congrès, NOE constitue un moyen d'y parvenir, tant pour les échanges internes qu'externes.

Le Congrès se félicite de l'accord donné par le Conseil d'Administration de la C.N.A.M.T.S. sur le texte du protocole C.N.A.M.T.S. / F.N.M.F. permettant la mise en place d'un système commun de télécollecte de données.

La voie est ainsi dégagée en vue d'un déploiement, que le Congrès souhaite désormais rapide, du système tant au niveau des professionnels de santé que des mutuelles elles-mêmes.

LA DEMOCRATIE AU COEUR DU MOUVEMENT

Le Congrès souligne que, si la Mutualité se caractérise volontiers elle-même par l'action qu'elle mène concrètement (un pragmatisme), sa différence réelle réside dans l'éthique de responsabilité qu'elle revendique et qui implique un certain type de relations entre les hommes. Cette exigence fondamentale revêt une dimension philosophique mais également pratique, dans la mesure où elle constitue un caractère distinctif fort.

Dans ce contexte, la formation des hommes a une importance décisive. Le Congrès insiste pour que chaque responsable, élu ou salarié, puisse, grâce à la formation, accéder à une meilleure efficacité dans ses activités mutualistes. Il demande à la F.N.M.F. de poursuivre l'action engagée en ce sens, à l'image du Fonds d'Assurance Formation des Administrateurs Mutualistes (F.O.F.A.M.), dont il souligne la réussite, à amplifier par la mise en place du nouveau partenariat avec les pouvoirs publics.

./.

Le Congrès réaffirme que la particularité mutualiste de la complémentarité des responsabilités entre élus et salariés doit s'exercer avec compétence et professionnalisme. C'est pourquoi des formations spécifiques doivent être proposées aux uns comme aux autres, avec possibilité d'une mise en commun finale des acquis.

Le Congrès demande que soit engagée sans tarder une concertation sur la nécessaire adaptation de l'organisation générale du mouvement. En ce qui concerne tout particulièrement les D.O.M., il se félicite de la mise en place d'un fonds de mutualisation pour ces départements.

Ainsi dotée de projets ambitieux, de moyens efficaces, la Mutualité Française aborde avec assurance les défis de l'an 2000.

ANNEXE IV
Liste des institutions de retraite sur-complémentaire

L4 RSC (retraite sur-complémentaire) - 1991

L4 RSC (hors ARRCO et AGIRC)

L4 RSC (hors caisse d'épargne)

L4 RSC (hors caisse d'épargne) uniquement		L4 RSC (hors caisse d'épargne) et Prévoyance		L4 RSC caisses d'épargne (toujours non Prévoyance)
6 SACEM 142 L4	478 UNION DES FORGERONS	710 DELMAS VIELJEU	350 CREPPSA 8 L4	73 CARPENTRAS 48 L4
21 WENDEL CADRES	479 DIAC	711 ELF AQUITAINE	395 CAPREVAL	74 VIENNE
22 WENDEL NON CADRES	482 CCCE	720 ELECTROMETALLURGIE	565 CGRCE	103 RODEZ ESPALION
25 IPCS SOLVAY	484 LA BISCUITERIE IDEALE	721 CDIAMEUSE	648 MOBIL OIL	111 PROVINS
28 BP FRANCE	492 LITHOGRAPHIE PARISIENNE	729 FORGES DE STRABOURG	826 CREPA	112 ROANNE
67 LES BONS MARCHES-EMPLOYES	493 MUTUELLE DE POITIERS	730 SOUDURE AUTOGENE FRANCAISE	828 IRPESSO	113 GIVORS
68 LES BONS MARCHES-OUVRIERS	498 CRPIP	731 APC CADRES	912 CRPS	125 MOULINS
75 SOVANOR	503 LES TERRASSIERS PAVEURS	738 GALERIE LAFAYETTE	927 IRPRP	162 MARENNES
94 FORGES DE CHATILLON	VERSAILLAIS	760 CONSTRUCTION MODERNE		167 MONTLUCON
128 MUMM CADRES	505 IMPRIMERIE COOPERATIVE	FRANÇAISE		186 FONTAINEBLEAU
157 MUMM OUVRIERS	OUVRIERE	761 COMBLANCHIEN		187 NIORT
181 CAVDI RHONE-POULENC	508 JEWISH COLONISATION	762 PEUGEOT		189 ALES
215 DENAIN NORD-EST LONGWY SA	ASSOCIATION	767 CRSMEG		206 MORLAIX
247 GRANDS TRAVAUX DU SUD-OUEST	514 CRITA	784 IACP BUMF		213 EVREUX
258 IPPADI	516 LA VIEILLE MONTAGNE	796 CAVICA		214 NIMES
260 JARDINIERS DE PARIS	519 SAINT GOBAIN	801 CAVIAC		222 LORIENT
280 L'ESSOR	523 SICOVAM	809 PEUGEOT CADRES		228 BORDEAUX
291 PROFESSIONNELS REUNIS	524 CREDIT NATIONAL	815 CHEVILLON		230 AUXERRE
340 BIAO	526 CHAMBRES DE COMMERCE	820 PEUGEOT MAITRISE		253 SAINT ETIENNE
352 CLERCS D'HUISSIERS DE JUSTICE	PORTAUTONOME	822 CHAUFFAGE ET VENTILATION		258 BOULOGNE-SUR-MER
359 SOCOMA	527 TCT	823 CCR		259 AVIGNON
365 SACM	531 MONDEVILLE MALESHERBES	824 CASUVAL		263 VENDOME
371 L'HIRONDELLE	CADRES	831 SGM		265 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE
376 LA GUTENBERG	574 BERLIET	834 CRCC (SOVAC)		266 LYON
378 SOGIP	581 IMCARVAU	836 CHAMBRE DE COMMERCE		275 LA ROCHE SUR YON
379 CCTA	582 PRESSE FRANÇAISE	MARSEILLE		282 TOULON
381 IPC	586 ACR	838 TRANSPORTEURS LYONNAIS		285 DIJON
382 LAIT MONT BLANC	589 CRECO	845 MGF ACCIDENTS		286 LONS-LE-SAUNIER
386 HAUTS FOURNAUX DE LA CHIERS	592 KUHLMANN CADRES EMPLOYES	846 MGF VIE		290 REIMS
389 CDIA	595 MONDEVILLE MALESHERBES ETAM	847 GRANDE PAROISSE		307 TOURCOING
390 CARIPEC	596 AGFA GEVAERT	849 WENDEL OUVRIERS		308 SAINT QUENTIN
400 IMPRIMERIE NOUVELLE D' AMIENS	597 CAREPEC	852 UCCREPSA		310 VILLEFRANCHE-SUR-SAONE
402 CARP	601 ENDUITOIT	857 CCI PORT AUTONOME DU HAVRE		323 BOURGES
406 MUTUELLE DU MANS	602 LES CHARPENTIERS FRANCAIS	875 CRCJSO		332 BRESSUIRE
426 ATELIERS ELEC ET METAL LOIRET	620 CRES	879 PIERRE ET MARBRE		333 LE HAVRE
427 SNET	627 MUTUELLE INDRES	880 TOPOGRAPHES GEOMETRES		336 BELFORT
438 SOCIETE HAVRAISE DE	634 MAISON LECLAIRE	886 DEGUSSA		348 BLOIS
MANUTENTION	639 NESLE	892 CAVSGF		351 ORLEANS
441 COOTYPOGRAPHIE	640 PEINTURE	903 UNION CARBIDE FRANCE		362 TOURS
442 IMPRIMERIE NOUVELLE	641 ROUTES ET CARRIERES	909 AGP		373 CHARTRES
449 ROUTE ARTESIENNE	642 JOURNAL L'AUTO	911 RIPCS		432 DREUX
450 VERRERIE D' ALBI	643 HONEYWELL BULL	917 CRUAP		434 MAMERS
452 LA CONCORDE (LA)	644 ENTREPRISE ELECTRIQUE	922 RHONE POULENC TEXTILE		475 DOUAI
459 TRAVAIL (LE)	649 AIR LIQUIDE	925 IPRICAS		534 MARSEILLE
460 ANCIENS MERGERS	665 EAUX DE MARSEILLE	929 IRICASE		536 CUSSET
463 SAULNES CIE	671 PIBRAP	934 CRCM		656 VAL DE SAONE
464 POMPEY	674 CREAS	943 AGF		884 EPINAL
471 LA MURE	691 BAYARD PRESSE	951 PORT AUTONOME MARSEILLE		905 BEZIERS
	692 APC	960 COMPAGNIE GENERALE MARITIME		
	695 MAÇONS PARISIENS	974 CRCFF		
	706 L'AVENIR	977 IRUS		

sources : Ministère des Affaires sociales, multiples documentations internes L4 (recouvrements par nos soins).

ANNEXE V
NOMBRE D'INSTITUTIONS L4
PAR TYPES DE GARANTIES DE PREVOYANCE

		Nombre de L4	
L4 RC.AGIRC notamment ou uniquement	L4 RC.AGIRC uniquement	50	
	L4 RC.AGIRC et Prévoyance	4	
	L4 RC.AGIRC et RSC	1	
L4 RC.ARRCO notamment ou uniquement	L4 RC.ARRCO en direct notamment ou uniquement	L4 RC.ARRCO en direct uniquement	30
		L4 RC.ARRCO en direct et Prévoyance	11
		L4 RC.ARRCO en direct et RSC	1
	L4 RC.ARRCO en indirect notamment ou uniquement	L4 RC.ARRCO en indirect uniquement	46
		L4 RC.ARRCO en indirect et Prévoyance	3
		L4 RC.ARRCO en indirect et RSC	16
L4 RC hors ARRCO et AGIRC notamment ou uniquement	L4 RC.hors ARRCO et AGIRC uniquement	1	
	L4 RC.hors ARRCO et AGIRC et Prévoyance	3	
L4 RSC (hors retraite complémentaire) notamment ou uniquement	L4 RSC uniquement	191	
	L4 RSC et Prévoyance	8	
L4-Prévoyance (uniquement)		43	
autres	L4 chapeau (ARRCO et AGIRC)	2	
	L4 de moyens (L4 fédérant d'autres L4)	6	
	L4 indemnités départ retraite uniquement	2	
	L4 non actives (sans activités réelles)	12	

Source : Documentations internes L4, Ministère des Affaires sociales et Livre blanc sur les retraites de 1991.

NB : Sigles utilisés dans le tableau :

RC : retraite complémentaire,

RSC : retraite sur-complémentaire,

L4-Prévoyance : L4 opérant dans le champ de la prévoyance, sans intervenir sur le terrain de la retraite complémentaire ou sur-complémentaire

L4 RC-AGIRC : L4 de base relevant de l'AGIRC,

L4 RC-ARRCO : L4 de base relevant de l'ARRCO,

L4 RC-ARRCO en direct : L4 de base relevant de l'ARRCO qui prend en charge à elle seule l'un des régimes de retraite complémentaire relevant de l'ARRCO

L4 RC-ARRCO en indirect : L4 de base relevant de l'ARRCO qui ne prend pas en charge à elle seule l'un des régimes de retraite complémentaire relevant de l'ARRCO

L4 RC-ARRCO et RSC : L4 de base relevant d'une part de l'ARRCO et mettant en oeuvre d'autre part un régime de retraite sur-complémentaire,

L4 RC-AGIRC et RSC : L4 de base relevant de l'AGIRC et mettant en oeuvre d'autre part une régime de retraite sur-complémentaire.

ANNEXE VI
INSTITUTIONS DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE
PAR RISQUES DE PREVOYANCE COUVERT

CHAMP D'ACTION DES L4 / risques de prévoyance (1988)

	Prévoyance	Incapacité de travail	invalidité	décès	maladie
L4 interprofessionnelles	CGRCR, CIPC, PRECA, CAPICAF, IPCASMO, CRE, APICIL, IREPS, CIPS, URPIIMMEC, IPICA, OCIRP, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CIPRA-P, CRI-P, IPRIAC, ARCIL-P, APRI-P, CSPC, IPGM, ICIRS-P, CIRRESE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC	CIPC, IPCASMO, CRE, APICIL, IREPS, CIPS, URPIIMMEC, IPICA, OCIRP, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CIPRA-P, CRI-P, ARCIL-P, APRI-P, IPGM, ICIRS-P, CIRRESE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC	CGRCR, CIPC, PRECA, IPCASMO, CRE, APICIL, IREPS, CIPS, URPIIMMEC, IPICA, OCIRP, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CIPRA-P, CRI-P, ARCIL-P, APRI-P, CSPC, IPGM, ICIRS-P, CIRRESE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC NB: -rev alorisation de rentes d'invalidité : CGRCR, PRECA, CSPC; inaptitude à la conduite: IPRIAC	CIPC, CAPICAF, IPCASMO, CRE, APICIL, IREPS, CIPS, URPIIMMEC, IPICA, OCIRP, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CIPRA-P, CRI-P, ARCIL-P, APRI-P, IPGM, ICIRS-P, CIRRESE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC	CIPC, CAPICAF, IPCASMO, CRE, URPIIMMEC, IPICA, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, CIPRA-P, CRIP, ARCILP, APRIIP, IPGM, ICIRS-P, CIRRESE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC
L4 professionnelles / réglementaires	CNPBTPIC, CAPRICAS, IPECA, CPPOSS, CREPPSA, IPAC, CACE, CRPNPAC, GUTENBERG, CARPILIG, IRPVVRP, CBTP, CARGSMA, ISICA, CARCEPT, CARCEL (Intermédiaire de CRI-P), IRPELEC, CREPA, CAPAVES, IRPC, IRREP, CNPO, CANAREP, CAPRICEL-P, IPSA, IRCANTEC	CNPBTPIC, IPECA, CACE, GUTENBERG, CARPILIG, IRPVVRP, CBTP, CARGSMA, IRPELEC, CREPA, CAPAVES, IRPC, IRREP, CNPO, CANAREP, CAPRICEL-P, IPSA	CNPBTPIC, IPECA, CPPOSS, CREPPSA, IPAC, CACE, GUTENBERG, CARPILIG, IRPVVRP, CBTP, CARCEPT, IRPELEC, CREPA, CAPAVES, IRPC, IRREP, CNPO, CANAREP, CAPRICEL-P, IPSA NB: CREPPSA : revalorisation de rentes; IPRIAC : inaptitude à la conduite.	CNPBTPIC, CAPRICAS, IPECA, CPPOSS, IPAC, CACE, CRPNPAC, GUTENBERG, CARPILIG, IRPVVRP, CBTP, CARGSMA, ISICA, CARCEPT, IRPELEC, CREPA, CAPAVES, IRPC, IRREP, CNPO, CANAREP, CAPRICEL-P, IPSA, IRCANTEC	CNPBTPIC, IPECA, IRPVVRP, CBTP, CAPAVES, IRREP, CNPO, IPSA
L4 d'entreprise	BP-FRANCE, IPU, CAPREVAL, CREDIT-DU-NORD, CGRCE, CPEI, USINOR, LA-BOETIE, MOBIL-OIL, SNECMA, IPSEC, IRRPTE, BNP, IRPESSO, CRPS, RHONE-PROGIL, CAPRAMICATE-P	BP-FRANCE, CREDIT-DU-NORD, CGRCE, LA-BOETIE, SNECMA, IPSEC, IRRPTE, CAPRAMICATE-P	BP-FRANCE, IPU, CAPREVAL, CREDIT-DU-NORD, CGRCE, LABOETIE, MOBIL-OIL, SNECMA, IPSEC, IRRPTE, IRPESSO, CRPS, CAPRAMICATEP	BP-FRANCE, IPU, CAPREVAL, CREDIT-DU-NORD, CGRCE, LABOETIE, MOBIL-OIL, SNECMA, IPSEC, IRRPTE, BNP, IRPESSO, CRPS, RHONE-PROGIL, CAPRAMICATE-P	IPSEC, IRRPTE, CAPRAMICATE-P

sources : Ministère des Affaires sociales, multiples documentations internes L4 (recoupements par nos soins).

CHAMP D' ACTION DES L4 (1988)

	indemnités de retraite	PER (devenu PEP)
L4 interprofessionnelles	APICIL	APICIL
L4 professionnelles/réglementaires	CNPO, CARPILIG	
L4 d'entreprise	CPEI, USINOR, BNP	

sources : Ministère des Affaires sociales, multiples documentations internes L4 (recoupements par nos soins).

PREVOYANCE : TYPES DE L4 PAR RISQUES (1988)

	Prévoyance	Incapacité de travail	Invalidité	décès	Maladie
L4-retraite complémentaire-ARRCO	CAPRICAS, CRE, CACE, IREPS, GUTENBERG, CARPILIG, CBTP, CARGSMA, ISICA, CARCEPT, IRPELEC, CIPS, IRRPTE, CAPAVES, IRPC, IRREP, CANAREP	CRE, CACE, IREPS, GUTENBERG, CARPILIG, CBTP, CARGSMA, IRPELEC, CIPS, IRRPTE, CAPAVES, IRPC, IRREP, CANAREP	CRE, CACE, IREPS, GUTENBERG, CARPILIG, CBTP, CARCEPT, IRPELEC, CIPS, IRRPTE, CAPAVES, IRPC, IRREP, CANAREP	CAPRICAS, CRE, CACE, IREPS, GUTENBERG, CARPILIG, CBTP, CARGSMA, ISICA, CARCEPT, IRPELEC, CIPS, IRRPTE, CAPAVES, IRPC, IRREP, CANAREP	CRE, CBTP, IRRPTE, CAPAVES, IRREP
L4-retraite complémentaire-AGIRC	CGRCR, CIPC, CNPBTPIIC, IPECA, PRECA, CAPICAF, IPCASMO, IRPVRP, IPICA	CIPC, CNPBTPIIC, IPECA, IPCASMO, IRPVRP, IPICA	CGRCR, CIPC, PRECA, CNPBTPIIC, IPECA, IPCASMO, IRPVRP, IPICA NB: CGRCR, PRECA : revalorisation de rentes	CIPC, CNPBTPIIC, IPECA, CAPICAF, IPCASMO, IRPVRP, IPICA	CIPC, CNPBTPIIC, IPECA, CAPICAF, IPCASMO, IRPVRP, IPICA
L4-retraite surcomplémentaire ou complémentaire hors ARRCO et AGIRC	BP-FRANCE, CPPOSS, IPU, CREPPSA, IPAC, CAPREVAL, CGRCE, CRPNPAC, MOBIL-OIL, BNP, CREPA, IRPESSO, CRPS, IRCANTEC, RHONE-PROGIL	BP-FRANCE, CGRCE, CREPA	BP-FRANCE, CPPOSS, IPU, CREPPSA, IPAC, CAPREVAL, CGRCE, MOBIL-OIL, CREPA, IRPESSO, CRPS NB: CREPPSA : revalorisation de rentes	BP-FRANCE, CPPOSS, IPU, IPAC, CAPREVAL, CGRCE, CRPNPAC, MOBIL-OIL, BNP, CREPA, IRPESSO, CRPS, IRCANTEC, RHONE-PROGIL	
L4-Prévoyance uniquement	APICIL, CREDIT-DU-NORD, CPEI, USINOR, LA-BOETIE, SNECMA, IPSEC, CARCEL (intermédiaire CRI-P), URRPIMMEC, OCIRP, CNPO, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CAPRICEL-P, CIPRA-P, CRIP, IPRIAC, ARCIL-P, APRI-P, CSPC, IPSA, IPGM, CAPRAMICATE-P, ICIRS-P, CIRRSE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC	APICIL, CREDIT-DU-NORD, LA-BOETIE, SNECMA, IPSEC, URRPIMMEC, OCIRP, CNPO, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CAPRICEL-P, CIPRA-P, CRIP, ARCIL-P, APRI-P, IPSA, IPGM, CAPRAMICATE-P, ICIRS-P, CIRRSE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC	APICIL, CREDIT-DU-NORD, LA-BOETIE, SNECMA, IPSEC, URRPIMMEC, OCIRP, CNPO, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CAPRICEL-P, CIPRA-P, CRIP, ARCIL-P, APRI-P, CSPC, IPSA, IPGM, CAPRAMICATE-P, ICIRS-P, CIRRSE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC NB: CSPC: revalorisation de rentes, IPRIAC: inaptitude à la conduite	APICIL, CREDIT-DU-NORD, LA-BOETIE, SNECMA, IPSEC, URRPIMMEC, OCIRP, CNPO, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, ANIPS, CAPRICEL-P, CIPRA-P, CRIP, ARCIL-P, APRI-P, IPSA, IPGM, CAPRAMICATE-P, ICIRS-P, CIRRSE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC	IPSEC, URRPIMMEC, CNPO, CIPREV, APGIS, APSO, AGRR-P, CARPRECA-P, CAIRPSA-P, UNI-P, CIPRA-P, CRI-P, ARCIL-P, APRI-P, IPSA, IPGM, CAPRAMICATE-P, ICIRS-P, CIRRSE-P, UPESE-P, CRICA-P, CIRRIC-P, GNP-INPC

sources : Ministère des Affaires sociales, multiples documentations internes L4 (recoupements par nos soins).

Indemnités de départ à la retraite et PER (devenu PEP) (1988)

	Indemnités de retraites	PER (devenu PEP)
L4-retraite complémentaire-ARRCO	CARPILIG	
L4-retraite complémentaire-AGIRC		
L4-rsc ou rc hors ARRCO ou AGIRC	BNP	
L4-Prévoyance uniquement	APICIL, CPEI, USINOR, CNPO	APICIL

sources : Ministère des Affaires sociales, multiples documentations internes L4 (recoupements par nos soins).

ANNEXE VII
LISTE DES 33 GROUPES (D'ENVERGURE) D'INSTITUTIONS DE
RETRAITE ET DE PREVOYANCE INVESTIS (1991-1992)

GROUPE AGRR**L4-rc.arrco** :

-**AGRR** : Association générale de retraite par répartition
(autorisée à fonctionner en 1951)

L4-p :

-**AGRR-P** : Association générale de retraite par répartition - prévoyance
(autorisée à fonctionner en 1977)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres :

- PRIMAMUT** (mutuelle)
- PRIMA** (société d'assurances IARD)
- PRIMATOUR** (association : tourisme)
- PRIMATOUR** (association : tourisme)
- ADPR** Association pour la diffusion de la prévoyance

NB: groupement de fait

GROUPE APICIL-ARCIL**L4-rc.agirc** :

-**CIRRSEC** : Caisse interprofessionnelle de retraite Rhône, Sud-Est, Centre
(autorisée à fonctionner en 1947)

L4-rc.arrco :

-**ARCIL** : Association de retraites complémentaires pour l'industrie et le commerce lyonnais
(autorisée à fonctionner en 1961, L4-rc.arrco via unirs)

L4-p :

-**APICIL**: association de prévoyance interprofessionnelle des cadres et ingénieurs de la région lyonnaise
(autorisée à fonctionner en 1949)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, indemnités fin de carrière, plan d'épargne en vue de la retraite

-**ARCIL-P**: Association de retraites complémentaires pour l'industrie et le commerce lyonnais - Prévoyance
(autorisée à fonctionner en 1982)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres :

- MIRAPE** : Mutuelle interprofessionnelle Rhône-Alpes des personnels d'encadrement
- MICILS**: Mutuelle interprofessionnelle des cadres et ingénieurs des régions lyonnaise et stéphanoise
- UMIGA** : Union des mutuelles interprofessionnelles du groupe Apicil
- DELTA PREVOYANCE** (association pour les travailleurs non salariés)
- diverses sociétés d'investissement à capital fixe et sociétés civiles immobilières

NB : AMPERE (Association de moyens pour la prévoyance et la retraite) : une L4 (caisse de moyens) créée par APICIL, CIRRSEC, ARCIL-P et UMEGA et autorisée à fonctionner en 1990.

GROUPE APRI**L4-rc.agirc** :

-**IRRAPRI** : Institution de retraite par répartition de l'association pour la retraite des ingénieurs et cadres de l'industrie et du commerce
(autorisée à fonctionner en 1948)

L4-p :

-**APRI-PREVOYANCE**: Association de prévoyance et de retraite interprofessionnelle -Prévoyance
(autorisée à fonctionner en 1983)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres :

- SMAPRI**: Société mutualiste Apri

NB : groupement de fait

GROUPE ARIES**L4-rc.agirc-rsc :**

-**IPERCES** : Institution de prévoyance et de retraites des cadres de l'économie sociale (autorisée à fonctionner en 1948)

L4-rc.arrco-p

-**CAPAVES** : Caisse de prévoyance et d'allocations vieillesse de l'économie sociale (autorisée à fonctionner en 1962)

L4-p :

-**CAPAVES-P** : Caisse de prévoyance et d'allocations vieillesse de l'économie sociale - prévoyance (autorisée à fonctionner en 1991 ou 1992)
risques de prévoyance agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres:

-**APRECOOP** : Association de prévoyance des coopératives
-**CICL** : Comité interprofessionnel pour la construction et le logement

NB : GROUPE ARIES : groupement d'intérêt économique

**ASSOCIATION DE PREVOYANCE BAYARD
(APB)****L4-rc.agirc :**

-**CIRCA** : Caisse interprofessionnelle de retraite par répartition des cadres et assimilés (autorisée à fonctionner en 1947)

-**CRICIC** : Caisse de retraite par répartition des ingénieurs et cadres de l'industrie et du commerce

(autorisée à fonctionner en 1947)

-**IRCA** : Institution de retraites par répartition des cadres des architectes (autorisée à fonctionner en 1951)

L4-rc.arrco :

-**GIRS** : Groupement interprofessionnel de retraites des salariés (autorisée à fonctionner en 1958, L4-rc.arrco via unirs)

L4-rc.arrco-p :

-**IREPS** : Institution de retraite et prévoyance des salariés (autorisée à fonctionner en 1953)

risque de prévoyance agréés: décès, incapacité, invalidité, maladie

autres :

-**ANDEREP** : Association nationale de développement de l'épargne, de la retraite et de la prévoyance à vocation sociale

NB: groupement de fait

GROUPE BELLINI**L4-rc.agirc :**

-**CRPC** : Caisse de retraites et de prévoyance des cadres (autorisée à fonctionner en 1947)

-**CNPRCP** : Caisse nationale de prévoyance et de retraite de la presse (autorisée à fonctionner en 1949)

L4-rc.arrco :

-**ANEP-section Bellini** : Association nationale d'entraide et de prévoyance-section Bellini (ANEP: autorisée à fonctionner en 1973)

-**CREP** : Caisse de retraite des entreprises de presse (autorisée à fonctionner en 1975)

NB: groupement de fait

BUREAU COMMUN DE PREVOYANCE COLLECTIVE
(BCP)

L4-rc.agirc :

-**CIREC** : Caisse interprofessionnelle de retraites des cadres (appelée souvent **LA REPARTITION**)

(autorisée à fonctionner en 1947)

-**CIRICA** : Caisse interprofessionnelle de retraites des ingénieurs, cadres et assimilés (autorisée à fonctionner en 1947)

L4-rc.arrco :

-**RESURCA** : régime supplémentaire de retraite des cadres et assimilés (RESURCA: autorisée à fonctionner en 1962)

L4-rc.arrco-p :

-**CANAREP** : Caisse nationale de retraite de l'enseignement privé (autorisée à fonctionner en 1972)

risques de prévoyance agréés : décès, incapacité, maladie

autres:

-**UCREP** : Union pour le recouvrement des cotisations de retraite de l'enseignement privé

-**ACOGEFI** : Association de co-assurance pour la gestion financière d'institutions unirs

-**ACOGEFIR** : Association de co-assurance pour la gestion financière d'institutions de retraites

-**BCAC** : Bureau commun d' assurances collectives

-**BCAM** : Bureau commun des assureurs maladie

NB: BCP: Association loi 1901

GROUPE CARCEPT

L4-rc.arrco :

-**CARCEPT** : Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport

(autorisée à fonctionner en 1956)

L4-p :

-**CARCEPT-P** : Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport - Prévoyance

(autorisée à fonctionner en 1988)

risques agréés : décès, invalidité

-**IPRIAC**: Institution de prévoyance d' inaptitude à la conduite

(autorisée à fonctionner en 1982)

risque agréé: inaptitude à la conduite

NB: groupement de fait

GROUPE CARPILIG

L4-rc.arrco :

-**CARPILIG** : Caisse de retraite et de prévoyance de l'imprimerie de livre et des industries graphiques

(autorisée à fonctionner en 1953)

L4-p :

-**CARPILIG-P** : Caisse de retraite et de prévoyance de l'imprimerie de livre et des industries graphiques-Prévoyance

(autorisée à fonctionner en 1990)

risques couverts : décès, incapacité, invalidité, prime fin de carrière

NB: groupement de fait

GROUPE CIPRA**L4-rc.agirc :**

-**CIRICA** : Caisse interprofessionnelle de répartition des ingénieurs, cadres et assimilés
(autorisée à fonctionner en 1947)

L4-rc.arrco :

-**CIPRA** : Caisse interprofessionnelle paritaire de retraite des Alpes
(autorisée à fonctionner en 1955, L4-rc.arrco via fnirr)

L4-p :

-**CIPRA-P** : Caisse interprofessionnelle paritaire de retraite des Alpes - prévoyance
(autorisée à fonctionner en 1981)
risques agréés: décès, incapacité, invalidité, maladie

autres:

- SOMURA** : Société mutualiste pour les retraités des Alpes (mutuelle)
- APRECA Alpes**-prévoyance des cadres
- APRA** : Association pour la retraite anticipée

NB: groupement de fait

GROUPE CNRO**L4-rc.arrco :**

-**CNRO** : Caisse nationale de retraite des ouvriers du bâtiment et des travaux publics
(autorisée à fonctionner en 1959)

L4-p :

-**CNPO** : Caisse nationale de prévoyance des ouvriers du bâtiment et des travaux publics
(autorisée à fonctionner en 1970)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie, indemnités de fin de carrière

autres:

-**SAF-BTP IARD** : Société d'assurances familiales des salariés et artisans du bâtiment et des travaux publics - IARD
-**SAF-BTP VIE**: Société d'assurances familiales des salariés et artisans du bâtiment et des travaux publics - Vie

NB: groupement de fait

GROUPE CRECO-BP**L4-rc.agirc :**

-**CARICA-BP** : Caisse autonome de retraite des ingénieurs, cadres et assimilés du groupe BP France
(autorisée à fonctionner en 1968)

L4-rc.arrco :

-**CRECO-BP** : caisse de retraites complémentaires du personnel du groupe BP France
(autorisée à fonctionner en 1962, L4-rc.arrco via unirs)

L4-rsc :

-**BP FRANCE** : Caisse de prévoyance du groupe BP France
(autorisée à fonctionner en 1947)

NB: groupement de fait

FEDERATION CRI**L4-rc.arrco :**

- CRI** : Caisse de retraite interentreprises
(autorisée à fonctionner en 1956)
- CRI-UNIRS** : Caisse de retraite interentreprises-régime unirs
(autorisée à fonctionner en 1956, L4-rc.arrco via unirs)
- CRISA** : Caisse de retraite des industries spatiales et aéronautiques
(autorisée à fonctionner en 1956)
- CRIP** : Caisse de retraite interprofessionnelle
(autorisée à fonctionner en 1966)

L1050-rc.arrco :

- CRIA-IRCA** : Caisse de retraite interentreprise agricoles- Institutions de retraites complémentaires agricoles
(créée en 1963, reliée en 1977 à l' arrco)

L4-p :

- CRI-P** : Caisse de retraite interentreprises - Prévoyance
(autorisée à fonctionner en 1982)
- risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

partenariat :

- INTER EXPANSION, COPERNIC, INTERFI, INTERVIE, INTERSYS (informatique), INTER INVESTISSEMENT, MEDIAFI (courtage...)

NB: FEDERATION CRI (IFCRI : Institution fédérative des caisses CRI) : une L4 (caisse de moyens)

ESPACE PREVOYANCE DISTRIBUTION**L4-rc.arrco-p :**

- CARGSMA** : Caisse de retraite par répartition des gérants de succursales des maisons d'alimentation à succursales de France
(autorisée à fonctionner en 1955, premier règlement de prévoyance approuvé en 1986)
- risques de prévoyance agréés : décès, incapacité

autres :

- MUGEDIS** : Mutuelle générale de la distribution et des services
- ADISMO** : Association de prévoyance pour la distribution moderne et les services

NB: ESPACE PREVOYANCE DISTRIBUTION : groupement de fait

GROUPE ESSOR**L4-rc.agirc :**

- CAPIM** : Caisse de prévoyance des cadres des industries mécaniques, mécanique générale, automobiles et cycles, aviation (accessoires et pièces détachés) et industries connexes
(autorisée à fonctionner en 1947)

L4-rc.arrco :

- IRSIM** : Institution de retraites des salariés des industries mécaniques
(autorisée à fonctionner en 1958, L4-rc.arrco via unirs)
- RESURCA section I** : régime supplémentaire de retraite des cadres et assimilés
(RESURCA: autorisée à fonctionner en 1962)

autres:

- ADIMECO** : Association des régimes de prévoyance des industries mécaniques

NB: GROUPE ESSOR: association loi 1901 (en cours de formation au moment de la prospection)

**GROUPEMENT des INSTITUTIONS SOCIALES DU SPECTACLE
(GRISS)**

L4-rc.agirc :

-**CARCICAS** : Caisse de retraite des cadres de l'industrie cinématographique, des activités du spectacle et de l'audiovisuel
(autorisée à fonctionner en 1977)

L4-rc.arrco-p :

-**CAPRICAS** : Caisse de prévoyance et de retraite des cadres de l'industrie cinématographique, des activités du spectacle et de l'audiovisuel
(autorisée à fonctionner en 1947)
risques de prévoyance agréés : décès

autres :

- MUDOS** : Mutuelle d'organisations sociales
- UNIPAC** : Union patronale pour l'aide à la construction
- USS** : Union sociale du spectacle

NB: GRISS: association loi 1901

GROUPE IRP-AUTO

L4-rc.agirc :

-**IRCRA** : Institution de retraites des cadres du commerce et de la réparation de l'automobile, du cycle et du motocycle
(autorisée à fonctionner en 1947)

L4-rc.arrco :

-**IRSACM** : Institution de retraites des salariés de l'automobile, du cycle et du motocycle
(autorisée à fonctionner en 1958, L4-rc.arrco via unirs)

L4-p :

-**IPSA** : Institution de prévoyance sociale de l'automobile
(autorisée à fonctionner en 1984)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres:

-**CMCACM** : Caisse mutuelle complémentaire de l'automobile, du cycle et du motocycle
-**CEASACM** : Centre d'études et d'applications sociales de l'automobile, du cycle et du motocycle

NB: GROUPE IRP-AUTO : association loi 1901

GROUPE IRPESSO

L4-rc.agirc :

-**CARCESSO** : Caisse autonome de retraites des cadres d' ESSO
(autorisée à fonctionner en 1948)

L4-rc.arrco :

-**CRESESSO** : Caisse de retraites des salariés d' Esso
(autorisée à fonctionner en 1961, L4-rc.arrco via unirs)
-**ANEP-ESSO** : Association nationale d'entraide et de prévoyance-Esso
(ANEP: autorisée à fonctionner en 1973)

L4-rsc-p :

-**IRPESSO**: Institution de retraite et de prévoyance d' Esso
(autorisée à fonctionner en 1960)
risques de prévoyance agréés: décès , invalidité

NB: groupement de fait

GROUPE IRSPMEL4-rc.agirc :

-**IRCPME** : Institution de retraite des cadres des petites et moyennes entreprises
(autorisée à fonctionner en 1961)

L4-rc.arrco :

-**IRSPME** : Institution de retraite des salariés des petites et moyennes entreprises
(autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs)

autres:

-**Mutuelle des PME**

NB: groupement de fait

GROUPE MAGDEBOURGL4-rc.agirc :

-**CAPRICEL** : Caisse de retraite des industries de la construction électrique et de l'électronique
(autorisée à fonctionner en 1947)

L4-rc.arrco :

-**ANEP section Magdebourg** : Association nationale d'entraide et de prévoyance
(ANEP: autorisée à fonctionner en 1977)
-**IRPELEC** : Institution de retraite et de prévoyance du personnel salarié des industries de la construction électrique et de l'électronique
(autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs)

L4-p :

-**CAPRICEL-P** : Caisse de prévoyance des industries de la construction électrique et de l'électronique
(autorisée à fonctionner en 1979)

risques agréés : décès, incapacité, invalidité

-**IRPELEC-P** : Institution de retraite et prévoyance du personnel salarié des industries de la construction électrique et de l'électronique -Prévoyance
(autorisée à fonctionner au début des années quatre-vingt dix)
risques agréés en prévoyance : décès, incapacité, invalidité

autres:

-**SMARIP** : Société mutualiste d'accueil des retraités d'institutions de retraite et de prévoyance

-**SMI** : Société mutualiste interprofessionnelle

NB: -**GROUPE MAGDEBOURG**: groupement de fait

-**GOPREL**: Groupe des organismes de prévoyance et de retraite des industries de la construction électrique : association loi 1901 gérant le personnel des organismes du groupe

GROUPE MALAKOFFL4-rc.agirc :

-**CAPIMMEC** : Caisse de prévoyance des industries métallurgiques, mécaniques, électriques et connexes
(autorisée à fonctionner en 1947)

L4-rc.arrco :

-**IRCOMMEC** : Institution de retraites complémentaires des ouvriers et mensuels des industries métallurgiques, mécaniques, électriques et connexes
(autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs)

-**IRPSIMMEC** : Institution de retraite et de prévoyance des salariés des industries métallurgiques, mécaniques, électriques et connexes
(autorisée à fonctionner en 1961)

L4-p :

-**URRPIMMEC** : Union des régimes de retraites et de prestations en cas d'invalidité des industries métallurgiques, mécaniques, électriques et connexes
(autorisée à fonctionner en 1964)

risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres:

-**SMM** : Société mutualiste Malakoff

-**CMAV** : Caisse mutuelle d'assurance sur la vie (société d'assurance)

-**SAPREM** (société d'assurance IARD)

-**APRES** association

NB: GROUPE MALAKOFF: association loi 1901

GROUPE MEDERICL4-rc.agirc :

-**CIPC- R** : Caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres-retraite
(autorisée à fonctionner en 1987)

L4-rc.arrco :

-**CIPCA** : Caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres arrco
(autorisée à fonctionner en 1973)

-**CRSC**: Caisse de retraite des salariés des sociétés Citroen et filiales (appelée Citroen)
(autorisée à fonctionner en 1963)

L4-rc.arrco-p :

-**CIPS** : Caisse interprofessionnelle de prévoyance des salariés
(autorisée à fonctionner en 1958, premier règlement de prévoyance approuvé en 1961)

risques agréés en prévoyance: décès, incapacité, invalidité

-**CACE** : Caisse d'allocations complémentaires de retraite et de prévoyance des agents de l'édition

(autorisée à fonctionner en 1949, premier règlement de prévoyance approuvé en 1966)

risques agréés en prévoyance : décès, incapacité, invalidité

L4-p :

-**CIPC** : Caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres
(autorisée à fonctionner en 1947, premier règlement de prévoyance approuvé en 1952 lorsque CIPC-R et CIPC ne faisant encore qu' un)

risques agréés en prévoyance : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres:

-**CMIC** : Caisse mutualiste inter professionnelle des cadres

-**UNMI-CAMI** : Union nationale mutualiste interprofessionnelle - Caisse autonome de

l'Unmi

-**APE** : Association participation épargne

-**CIPE** : Compagnie interprofessionnelle pour la participation et l'épargne

-**MEDERIC AVENIR**

NB: - GROUPE MEDERIC: groupement de fait

-**SERVICOME**:association loi 1901 gérant plusieurs services communs du groupe (gestion personnel, locaux, maintenance)

GROUPE MORNAY

(dit parfois GROUPE MORNAY-EUROPE)

L4-rc.agirc :

- CGIC** : Caisse générale interprofessionnelle des cadres (autorisée à fonctionner en 1947)
- AGPC** : Association générale de prévoyance des cadres (autorisée à fonctionner en 1947)
- CALVIS** : Caisse nationale de retraite et de prévoyance des cadres de l'alimentation (autorisée à fonctionner en 1947)
- IPCP** : Institution de prévoyance des cadres de la parfumerie (autorisée à fonctionner en 1948)
- CPRCBA** : Caisse de prévoyance et de retraite des cadres du bois et ameublement (appelée souvent **BOIS ET AMEUBLEMENT**) (autorisée à fonctionner en 1947)
- CRPCMAC** : Caisse de retraite et de prévoyance des cadres des métiers d'art et de création (appelée souvent **METIERS D'ART**) (autorisée à fonctionner en 1948)
- CRPCP** : Caisse de retraite et de prévoyance des cadres de publicité (appelée souvent **PUBLICITE**) (autorisée à fonctionner en 1952)

L4-rc.arrco :

- AGPS** : Association générale de prévoyance des salariés (autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs)
- CIS** : Caisse générale interprofessionnelle de retraite pour les salariés du régime unirs (autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs)
- CGIS** : Caisse générale interprofessionnelle de retraite pour salariés (autorisée à fonctionner en 1952)
- RESURCA** Section III et V : Régime supplémentaire de retraite des cadres (RESURCA: autorisée à fonctionner en 1962)

L4-p :

- IPGM** : Institution de prévoyance du groupe Mornay (autorisée à fonctionner en 1983)
risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres :

- AGP** : Association générale de prévoyance
- LA FRANCE VIE** et **LA FRANCE IARD** (sociétés d'assurance)
- MORNAY MULTIGESTION** (établissement financier)

NB: -GROUPE MORNAY : groupement de fait

-ACGME (Association des caisses de cadres du groupe Mornay) : L4 (caisse de moyen pour CGIC, AGPC, CALVIS, IPCP, BOIS ET AMEUBLEMENT, METIERS D'ART, CRPCP) autorisée à fonctionner en 1952

-ACIM (Association des caisses interprofessionnelles Mornay): L4 (caisse de moyen pour AGPS, CIS, CGIS, IPGM) autorisée à fonctionner en 1965

-AGME: Association syndic des institutions de retraite et de prévoyance du groupe Mornay Europe: association loi 1901 pour la gestion du personnel du groupe

GROUPE PARADISL4-rc.arrco :

- IRNIS** : Institution de retraite nationale interprofessionnelle de salariés (autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs)
- ANEP-paradis** : Association nationale d'entraide et de prévoyance (autorisée à fonctionner en 1973)

L4-rsc :

- MACHINES BULL** : Caisse de retraite machines BULL (autorisée à fonctionner en 1962)

NB: groupement de fait

GROUPE PRADO**L4-rc.arrco :**

-**CIRRSE** : Caisse interprofessionnelle de retraites par répartition du Sud-Est
(autorisée à fonctionner en 1951, L4-rc.arrco via fnirr)

L4-P :

-**CIRRSE-PREVOYANCE** : Caisse interprofessionnelle de retraites par répartition du Sud-Est - Prévoyance
(autorisée à fonctionner en 1986)
risque agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres :

-**mutuelle du GRAND DELTA**
-**EPARGNE SOLIDARITE SA** (plan d' épargne d'entreprise)

NB: groupement de fait

GROUPE TAITBOUT**L4-rc.agirc :**

-**CIRCIA**: Caisse interprofessionnelle de retraites des cadres de l'industrie et assimilés
(autorisée à fonctionner en 1947)

-**IRCAFEX** : Institution de retraites des cadres et assimilés de France et de l'extérieur
(autorisée à fonctionner en 1974)

L4-rc.arrco :

-**CIRNASE** : Caisse interprofessionnelle de retraites Nord-Artois, Sambre-Escaut
(autorisée à fonctionner en 1958, L4-rc.arrco via unirs)

-**CIRSIC** : Caisse interprofessionnelle de retraites des salariés de l'industrie et du commerce
(autorisée à fonctionner en 1957, L4-rc.arrco via unirs)

-**RESURCA section VI** : Régime supplémentaire de retraite des cadres et assimilés
(RESURCA: autorisée à fonctionner en 1962)

L4-rc.arrco-p :

-**CRE** : Caisse de retraite pour la France et l'extérieur
(autorisée à fonctionner en 1957)

risques agréés en prévoyance : décès, incapacité, invalidité, maladie

L1050-rc.arrco :

-**CREPAC** : Caisse de retraite et professions agricoles et connexes
(autorisée à fonctionner en 1955, adhésion à l'arrco en 1977)

GROUPE UCREPPSA**L4-rc.agirc :**

-**IRCASA** : Institution de retraite des cadres des sociétés d'assurances
(autorisée à fonctionner en 1962)

L4-rc.arrco :

-**IRESA** : Institution de retraite des employés des sociétés d'assurances
(autorisée à fonctionner en 1962, L4-rc.arrco via unirs)

-**IRTESA** : Institution de retraite des travailleurs extérieurs des sociétés d'assurances
(autorisée à fonctionner en 1968, L4-rc.arrco via unirs)

L4-rsc-p :

-**CREPPSA** : Caisse de retraite et de prévoyance des employés des sociétés d'assurances
(autorisée à fonctionner en 1948)

risques agréés : revalorisation de rentes invalidité

NB: l'UCREPPSA: Union des caisses de retraite et de prévoyance du personnel des sociétés d'assurances est une L4 (caisse de moyen) autorisée à fonctionner en 1962

GROUPE UPESE**L4-rc.agirc :**

-**CETSE** : Caisse d'entraide du textile et autres industries du Sud-Est
(autorisée à fonctionner en 1948)

L4-rc.arrco :

-**CAREP** : Caisse de retraite et de prévoyance des salariés du textile du Sud-Est
(autorisée à fonctionner en 1958, L4-rc.arrco via unirs)

-**ANEP - Section upese** : Association nationale d'entraide et de prévoyance
(ANEP: autorisée à fonctionner en 1973)

L4-p :

-**UPESE-P** : Union des entreprises du Sud-Est
(autorisée à fonctionner en 1987)

risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres:

-**Mutuelle de l'UPESE**

-**UPESE individuels** (travailleurs non salariés)

-**PRECI** : Prévoyance conseil des institutions (société de courtage assurance)

-**SCIIPSE** : Société civile immobilière des institutions de prévoyance du personnel du

Sud-Oues

NB: l' UPESE (Union de prévoyance des entreprises du Sud-Est): association loi 1901

GROUPE UPS**L4-rc.arrco :**

-**RESURCA section I** : Régime supplémentaire de retraite des cadres et assimilés
(autorisée à fonctionner en 1962)

-**UPS** : Union de prévoyance des salariés
(autorisée à fonctionner en 1963)

L4-rsc :

-**CNRCC** : Caisse nationale de retraite et de prévoyance du personnel administratif des
chambres de commerce et d'industrie
(autorisée à fonctionner en 1956, historiquement caisse de retraite principale pour les chambres de
commerce et d' industrie)

L4-rsc-p :

-**CRPS** : Caisse de retraite et de prévoyance SHELL
(autorisée à fonctionner en 1969)

risques de prévoyance couverts: décès, invalidité

NB: groupement de fait

GROUPE VAUBAN**L4-rc.agirc :**

-**CAVCIC** : Caisse d'allocation vieillesse pour les cadres de l'industrie et du commerce
(autorisée à fonctionner en 1949)

L4-rc.arrco :

-**CIRRIC** : Caisse interprofessionnelle de retraite par répartition pour l'industrie et le commerce
(autorisée à fonctionner en 1953, L4-rc.arrco via fnirr)

-**CORITEX** : Caisse ouvrière de retraite de l'industrie textile
(autorisée à fonctionner en 1978, L4-rc.arrco via unirs)

L4-p :

-**CSPC** : Caisse sociale de prévoyance collective
(autorisée à fonctionner en 1983)

risque agréé: revalorisation de rentes invalidité

-**CIRRIC-P** : Caisse interprofessionnelle de retraite par répartition pour l'industrie et le commerce-Prévoyance
(autorisée à fonctionner en 1987)

risques agréés : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres:

-**Mutuelle familiale**

-**Mutuelle des cadres**

-**CODN** : Caisse organique du département du nord (régime de retraite commerçants)

NB: groupement de fait

GROUPE VICTOR HUGO**L4-rc.arrco :**

-**CIRSEV** : Caisse interprofessionnelle de retraites des salariés des entreprises vosgiennes
(autorisée à fonctionner en 1963, L4-rc.arrco via unirs)

L4-p :

-**CIPREV** : Caisse interprofessionnelle de prévoyance des salariés des entreprises vosgiennes
(autorisée à fonctionner en 1973)

risques couverts : décès, incapacité, invalidité, maladie

autres :

-**MCIPM** : Mutuelle complémentaire interprofessionnelle de prévoyance mutualiste

NB: groupement de fait

GROUPE VRP**L4-rc.agirc :**

-**IRPVRP** : Institution de retraites et de prévoyance des voyageurs, représentants et placiers
(autorisée à fonctionner en 1954)

L4-rc.arrco :

-**IRREP** : Institution de retraite des représentants
(autorisée à fonctionner en 1963)

L4-p :

-**INPR** : Institution nationale de prévoyance des représentants
(autorisée à fonctionner en 1988)

risques couverts : décès, incapacité, invalidité, maladie

NB: groupement de fait

ANNEXE VIII
CIRCULAIRE AGIRC N° 4540 / SJ DATEE DU 6 AVRIL 1993 ET
CIRCULAIRE ARRCO DU 21 MAI 1992

CIRCULAIRE N° 4540 /SJ >

PARIS, le 6 avril 1993

Projet
de directive déontologique

Monsieur le directeur,

Un projet de directive déontologique sur la diffusion de produits de capitalisation par les institutions de prévoyance liées aux caisses de retraite de cadres ou par les réseaux commerciaux que ces dernières peuvent avoir en commun avec d'autres organismes, a été soumis à l'examen de la commission administrative de l'AGIRC lors de sa réunion du 11 mars 1993.

Le projet en question a pour objet d'entraver les démarches de ces organismes étrangers au Régime, dans la mesure où elles porteraient atteinte à la crédibilité de la retraite par répartition et auraient pour effet de lui faire concurrence.

Les mesures envisagées par ce texte - qui tendent à prévenir la diffusion de produits de capitalisation auprès d'entreprises qui adhèrent au Régime à un taux inférieur au taux plafond - consistent notamment dans la remise en cause du lien d'appartenance de l'institution AGIRC avec les organismes extérieurs concernés.

Le 25 mars dernier, le conseil d'administration de l'AGIRC, estimant que l'objectif de cette directive s'inscrit dans la démarche entreprise par le Régime pour faire évoluer le taux moyen de cotisation vers le taux plafond, a demandé que son examen soit repris lorsque la commission paritaire - qui a été saisie de cette dernière question - aura pris des mesures à ce propos.

Toutefois, compte tenu des agissements de certains groupes d'institutions au sein desquels il semble être couramment proposé aux entreprises qui adhèrent au régime de retraite des cadres de limiter leur engagement auprès de ce dernier au taux de 12 % et de souscrire au-delà un contrat pour un produit de capitalisation, le conseil a souhaité que, sans attendre, l'AGIRC fasse part aux institutions de la réflexion menée par les instances du Régime sur des mesures susceptibles de faire respecter la priorité de la répartition.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le directeur général



Jean-Paul MOUZIN



DOCUMENT REPERTOIRE
ANCIEN REGIME
C I E
B R

L.C. 92-22

Objet : Règles de déontologie entre institutions

Monsieur le Vice-Président,

Les objectifs de développement et la mise en oeuvre de plans de communication ont conduit certaines institutions à multiplier les interventions visant à recueillir l'adhésion de nouvelles entreprises, soit lors de leur création, soit à l'occasion de fusion-absorption, soit enfin lorsqu'il existe une possibilité de regroupement sur une caisse professionnelle par vocation.

Le Bureau du Conseil d'administration de l'ARRCO a ainsi constaté que la compétition entre institutions pour recueillir des adhésions conduit à utiliser parfois des arguments contestables qui sont susceptibles de porter atteinte à l'image des régimes complémentaires fédérés par l'ARRCO. De plus, le démarchage d'entreprises en situation régulière, lorsqu'il est systématique est fort mal compris de celles-ci et est contraire à l'esprit qui a présidé à la création de l'ARRCO.

Le Bureau considère qu'une certaine émulation entre institutions, dans un système où l'on a volontairement maintenu des régimes diversifiés, peut être bénéfique sous réserve que ses avantages l'emportent sur ses inconvénients.

Il lui paraît essentiel que les actions menées par les institutions soulignent clairement les principes communs à l'ensemble ARRCO, et en premier lieu l'existence d'une réelle solidarité entre tous les régimes.

C'est pourquoi le Bureau juge nécessaire de rappeler que cette compétition doit s'exercer dans le respect de certaines règles de déontologie.

.../...

A cet égard il estime normal que puisse être mis en valeur tout ce qui peut constituer un facteur de progrès pour la qualité du service rendu aux entreprises, à leurs salariés et retraités : capacité de répondre aux attentes des entreprises et des participants grâce à l'existence de services appropriés, recherche de solutions adaptées pour le paiement des cotisations et les déclarations annuelles (par exemple DADS - CRC, Minitel ...), rapidité de liquidation, action sociale diversifiée et décentralisée, possibilité de services annexes (prévoyance), etc...

En revanche le Bureau estime que les comparaisons de rendements doivent être proscrites. Ces comparaisons, qui tirent argument des rendements bruts pratiqués par telle ou telle institution, font abstraction des avantages annexes offerts par les différents régimes. Elles sont en outre mal venues dans un ensemble de régimes soumis à un même rendement de référence, compensés financièrement entre eux, et dans lequel les instances de l'Accord du 8 décembre 1961 se sont employées à rendre aussi homogènes que possible les droits ouverts pour faire en sorte qu'à cotisations égales les droits soient sensiblement équivalents.

Il estime également qu'il convient de ne procéder à des évaluations comparatives de droits pour des carrières types que lorsque cela est demandé par les entreprises ayant la possibilité de changer d'institution. En outre, ces comparaisons doivent être faites avec une grande prudence puisqu'elles ne portent, en pratique, que sur les droits qui seront acquis dans le futur, le transfert d'adhésion ne modifiant en rien le montant des droits acquis, tant des actifs que des retraités.

De même, le Bureau considère que les institutions professionnelles ne doivent se référer qu'avec beaucoup de prudence à la dérogation admise actuellement à leur égard par le protocole du 30 novembre 1989 pour mettre en avant des possibilités spécifiques de revalorisation du salaire de référence et donc de la valeur du point. En effet, l'évolution passée de la situation économique de tel ou tel secteur d'activité ne préjuge évidemment pas de façon certaine son évolution future.

Enfin, le Bureau souligne qu'un transfert d'adhésion ne doit en aucun cas être l'occasion de mesures de rétorsion de l'institution quittée à l'égard des participants concernés. Il en est ainsi par exemple de dispositions visant à "résilier" des prêts en cours consentis à des participants.

Tels sont les principes que le Bureau du Conseil d'administration souhaite voir dorénavant respectés en matière de concurrence par l'ensemble des institutions.

A cette occasion, le Bureau estime nécessaire de rappeler en outre :

- d'une part, que l'action menée dans un CICAS ne saurait en aucun cas être l'occasion de promouvoir directement ou indirectement des services ou des produits offerts par l'institution gestionnaire de ce CICAS ;
- d'autre part, que l'adhésion d'une entreprise ne doit pas être "encouragée" par l'octroi d'avantages de diverses natures, susceptibles de s'apparenter à des "ristournes";

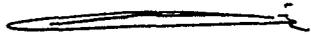
.../...

307

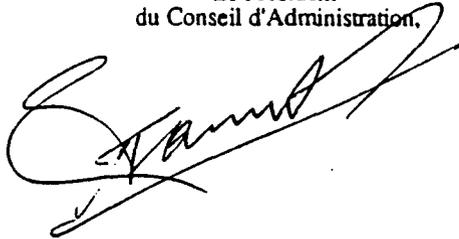
- Enfin que, aux termes de la déclaration commune des Partenaires sociaux du 19 décembre 1975, toute rémunération d'intermédiaires apporteurs d'adhésions concernant les opérations obligatoires a été strictement proscrite. Cette disposition doit être respectée, qu'il s'agisse de rémunérations directes ou indirectes et quelle que soit l'origine des fonds susceptibles d'être mis à contribution.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Vice-Président, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Vice-Président
du Conseil d'administration,



Le Président
du Conseil d'Administration,



ANNEXE IX
PRATIQUES MISES EN OEUVRE PAR LES SOCIETES D'ASSURANCE
CONCERNANT LA QUESTION DES TRANCHES D'AGE

Assurances : tranches d'âge

		Tranche d'âge avant l'âge limite d'adhésion			
		Nombre de tranches d'âge	Tranches d'âge	Etendue tranches d'âge	
Assurance 1	toutes formules	13	20-25 ans	6	
			26-30 ans	5	
			31-35 ans	5	
			36-40 ans	5	
			41-45 ans	5	
			46-50 ans	5	
			51-55 ans	5	
			56-60 ans	5	
			61-65 ans	5	
			66-70 ans	5	
			71-75 ans	5	
			76-80 ans	5	
			81 ans et +	-	
Assurance 2	toutes formules	10	20-25 ans	6	
			26-35 ans	10	
			36-40 ans	5	
			41-45 ans	5	
			46-50 ans	5	
			51-55 ans	5	
			56-60 ans	5	
			61-65 ans	5	
			66-69 ans	4	
Assurance 3	toutes formules	4	20-39 ans	20	
			40-54 ans	15	
			55-64 ans	10	
Assurance 4	toutes formules	51	1 tarif par an jusqu'à 69 ans	1 pour chaque tranche	
Assurance 5	toutes formules	51	1 tarif par an jusqu'à 69 ans	1 pour chaque tranche	
Assurance 6	toutes formules	5	20-34 ans	15	
			35-44 ans	10	
			45-54 ans	10	
			55-64 ans	10	
Assurance 7	toutes formules	46	1 tarif par an jusqu'à 64 ans	1 pour chaque tranche	
Assurance 8	formule 1 (TM)	51	20-26 ans	7	
			1 tarif par an jusqu'à 75 ans	1 pour chaque tranche	
	formule 2	55	20-22 ans	3	
			1 tarif par an jusqu'à 75 ans	1 pour chaque tranche	
			76 ans et +	-	

Assurances : tranches d'âge

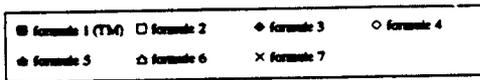
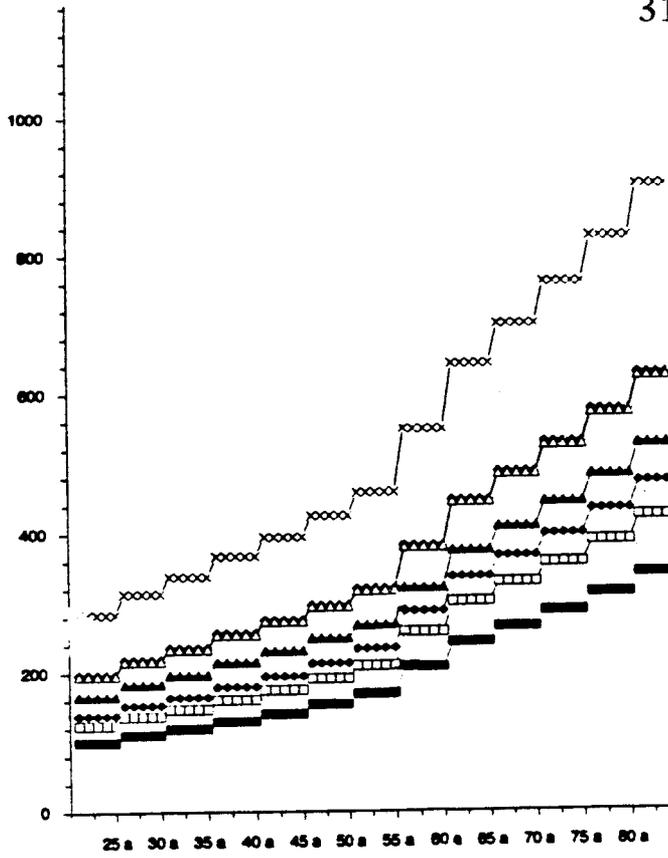
		Tranche d'âge avant l'âge limite d'adhésion		
		Nombre de tranches d'âge	Tranches d'âge	Etendue tranches d'âge
Assurance 9	toutes formules	12	20-24 ans	5
			25-29 ans	5
			30-34 ans	5
			35-39 ans	5
			40-44 ans	5
			45-49 ans	5
			50-54 ans	5
			55-59 ans	5
			60-64 ans	5
			65-69 ans	5
			70-74 ans	5
			75 ans et +	-
Assurance 10	toutes formules	5	20-34 ans	15
			35-44 ans	10
			45-54 ans	10
			55-64 ans	10
			65 ans et +	-
Assurance 11	toutes formules	4	20ans	1
			21-50 ans	30
			51-65 ans	14
			66 ans et +	-

Assurances : tranches d'âge (données partielles)

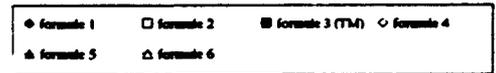
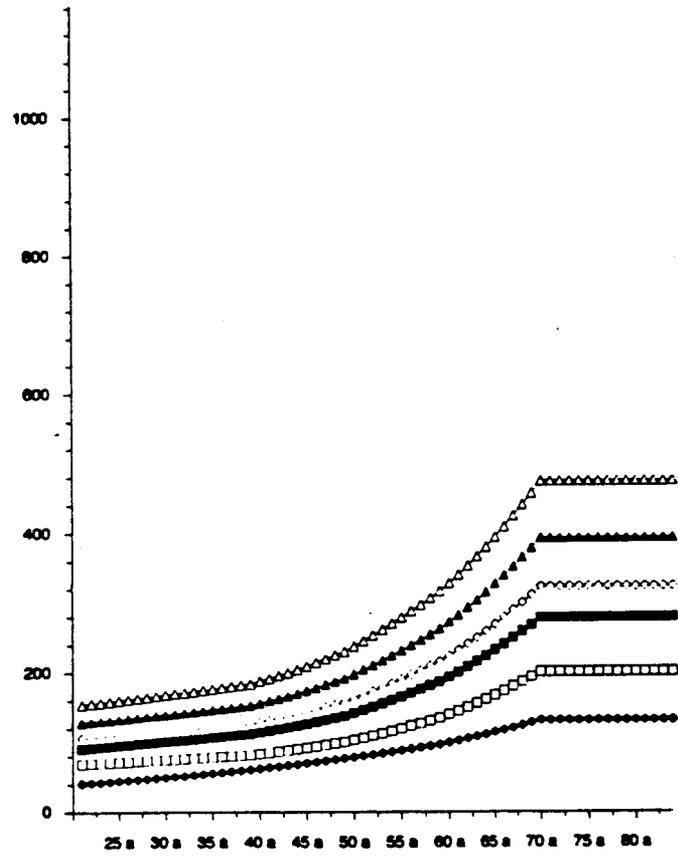
		Tranche d'âge avant l'âge limite d'adhésion	
		Nombre de tranches d'âge	Tranches d'âge
Assurance 12	toutes formules	1 tarif par an jusqu'à 59 ans	1 pour chaque tranche
Assurance 13	toutes formules	1 tarif par an jusqu'à 60 ans	1 pour chaque tranche
Assurance 14	formules 1, 2 (TM), 3, 4, 5	20-29 ans	10
		30-34 ans	5
		35-39 ans	5
		40-44 ans	5
		45-49 ans	5
		50-54 ans	5
		55-59 ans	5
		60-65 ans	6
	formule 1 bis, 2 bis, 3 bis	20-30 ans	11
		31-35 ans	5
		36-40 ans	5
		41-45 ans	5
		46-50 ans	5
		51-55 ans	5
		56-60 ans	5
		61-65 ans	5
Assurance 15	toutes formules	20-25 ans	6
		26-30 ans	5
		31-35 ans	5
		36-40 ans	5
		41-45 ans	5
		46-50 ans	5
		51-55 ans	5
		56-60 ans	5
Assurance 16	formule 1 (TM)	20-35 ans	16
		36-50 ans	15
		51-60 ans	10
	formule 2, 3	20-35 ans	16
		36-50 ans	15
		51-56 ans	6
Assurance 17	toutes formules	20-40 ans	21
		41-45 ans	5
		46-50 ans	5
		51-55 ans	5
Assurance 18	toutes formules	20-29 ans	10
		30-34 ans	5
		35-39 ans	5
		40-44 ans	5
		45-49 ans	5
		50-54 ans	5
		55-59 ans	5
60-65 ans	6		

ANNEXE X
FIGURES REPRESENTANT L'EVOLUTION DE LA COTISATION
DEMANDEE D'UNE PART AUX HOMMES, D'AUTRE PART AUX
FEMMES EN FONCTION DE L'AGE ATTEINT
(POUR LES SOCIETES D'ASSURANCE)

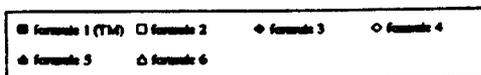
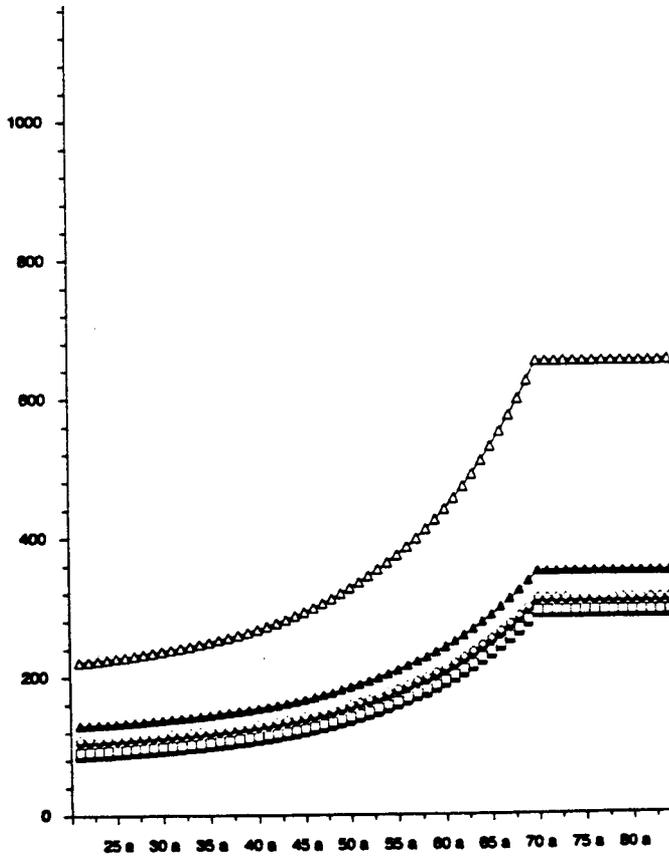
Assurance 1: estimation macroscopique homogène



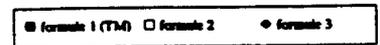
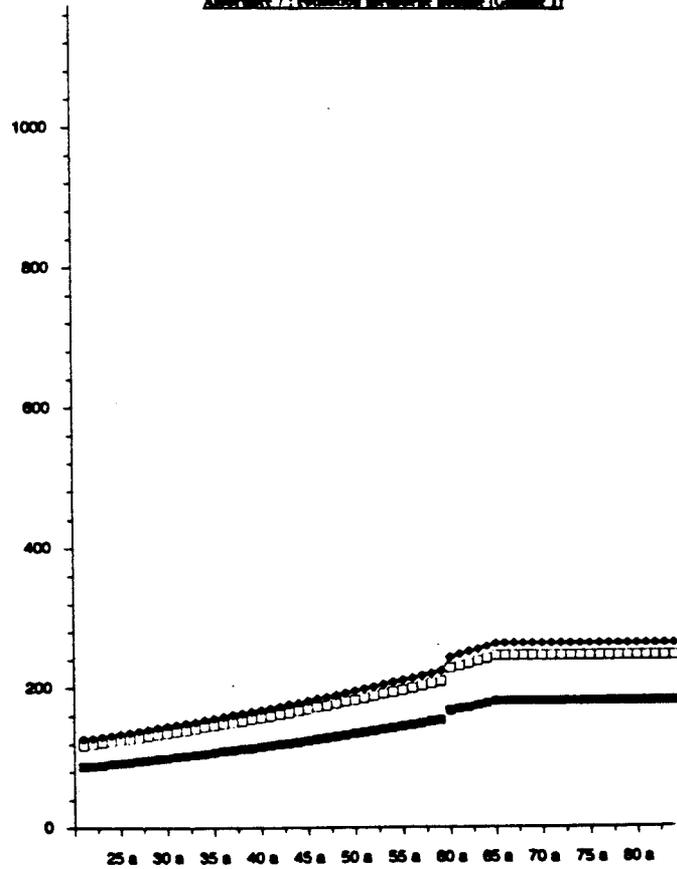
Assurance 4: estimation macroscopique homogène



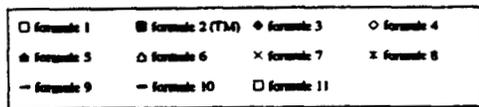
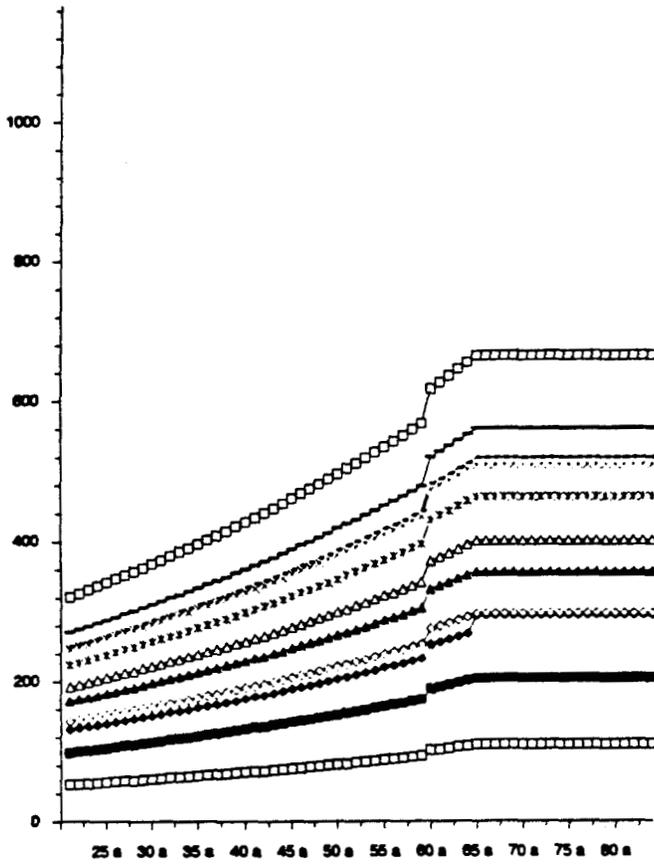
Assurance 5: estimation macroscopique homogène



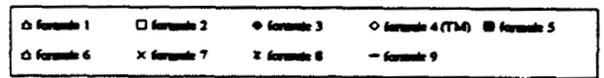
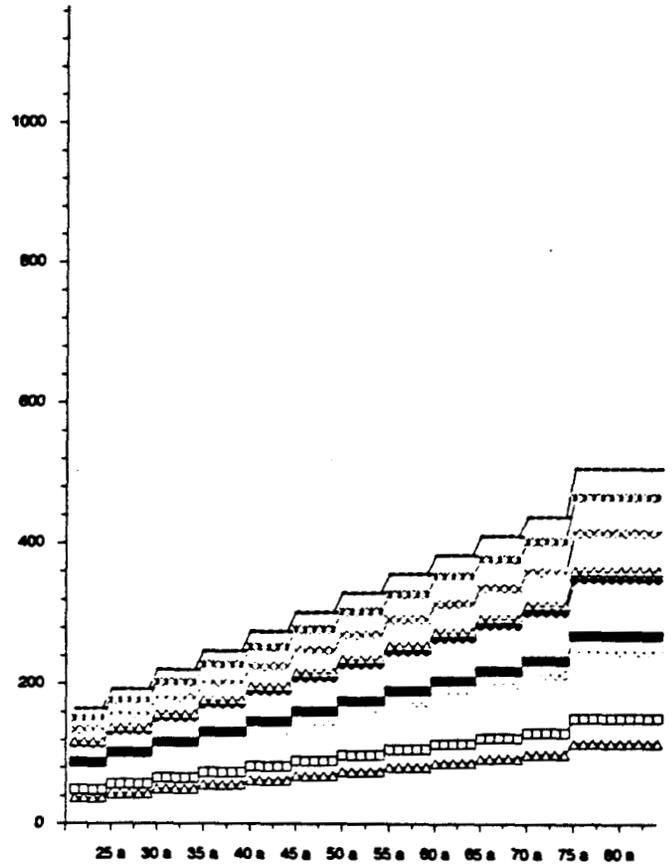
Assurance 7: estimation macroscopique homogène (Gamma 1)



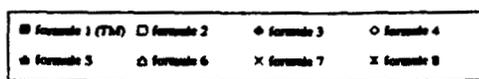
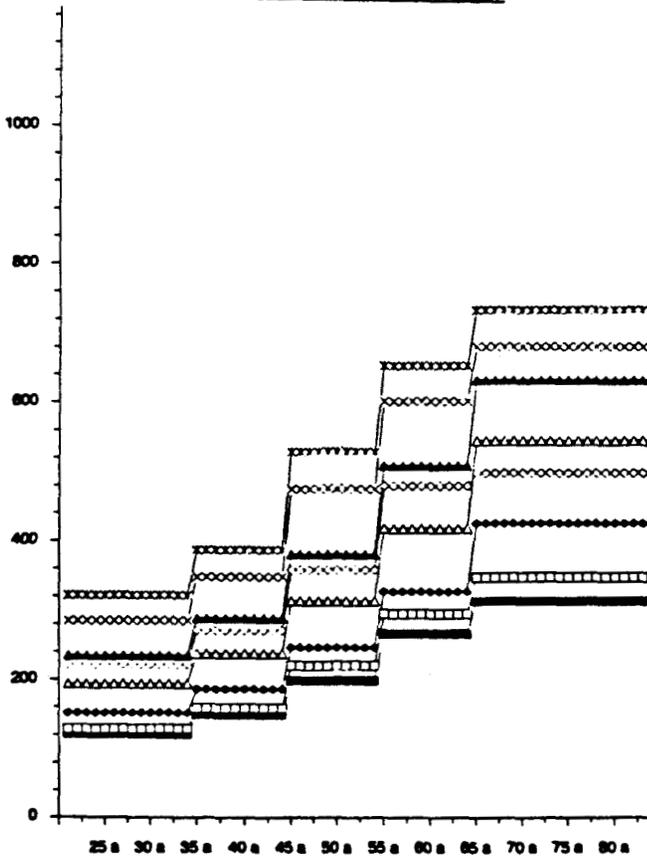
Abstract 7: collection success by horizon (Garnet 2)



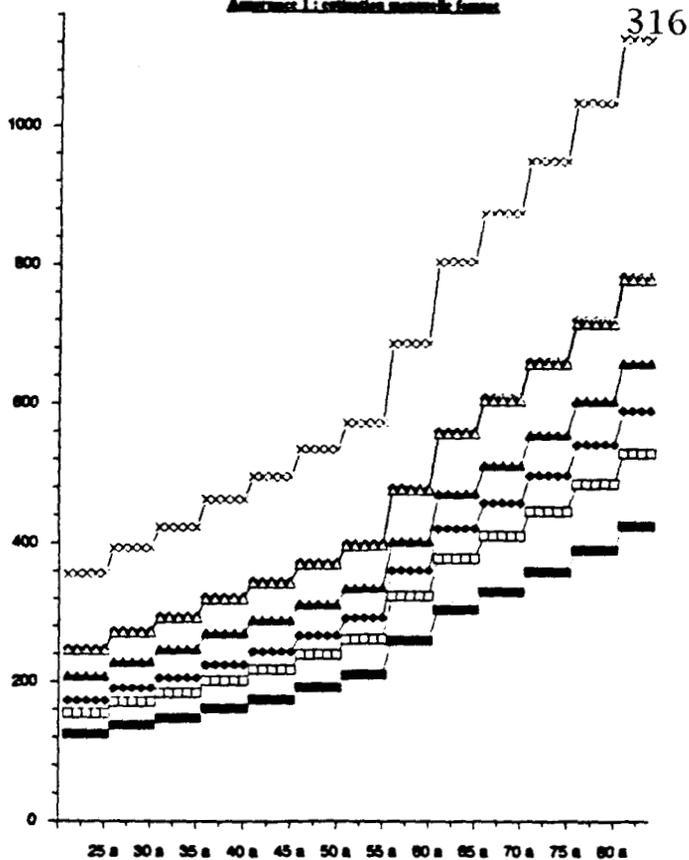
Abstract 2: collection success by horizon



Abstract 10: collection success by horizon

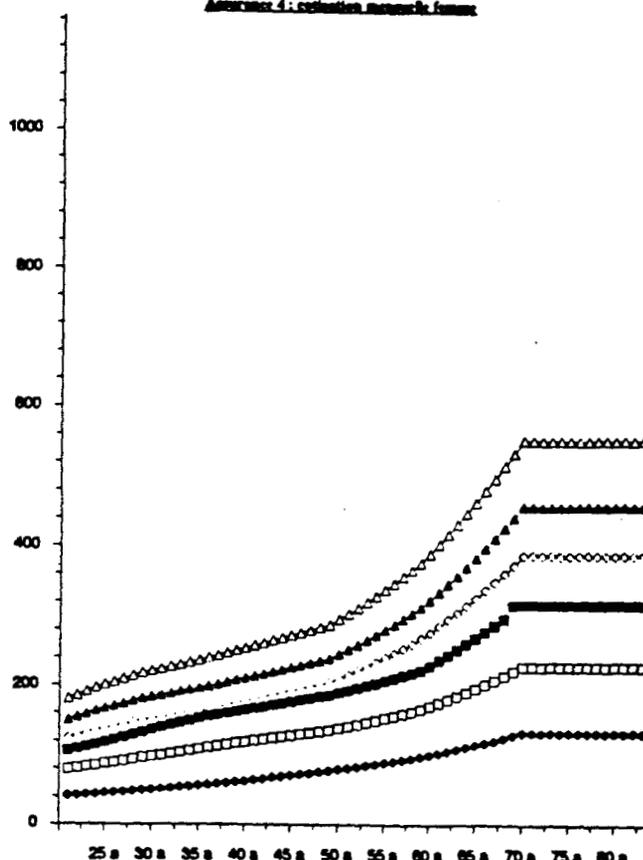


Annex 1: collection mensuelle forage



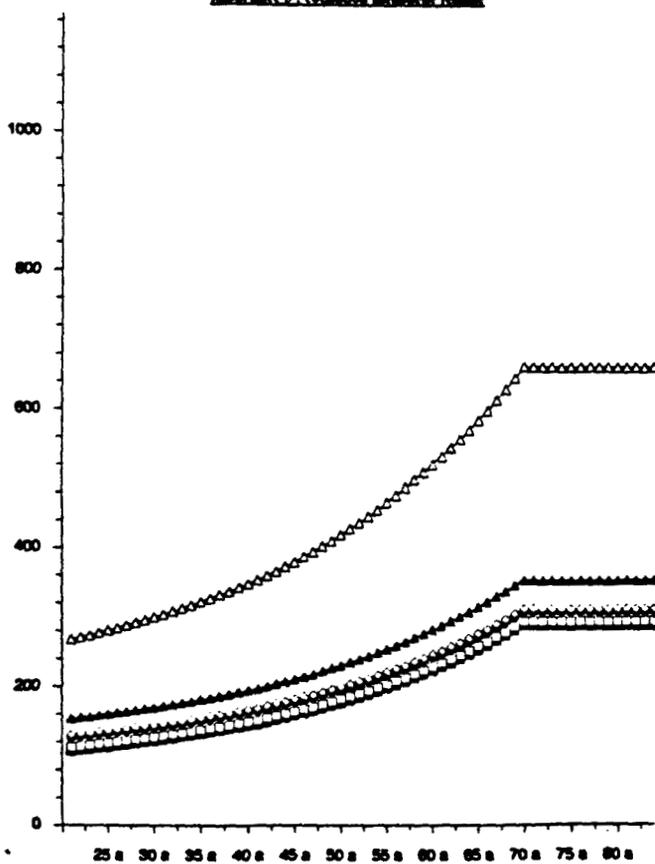
■ forage 1 (T.M)	□ forage 2	◆ forage 3	◇ forage 4
▲ forage 5	△ forage 6	× forage 7	

Annex 4: collection mensuelle forage



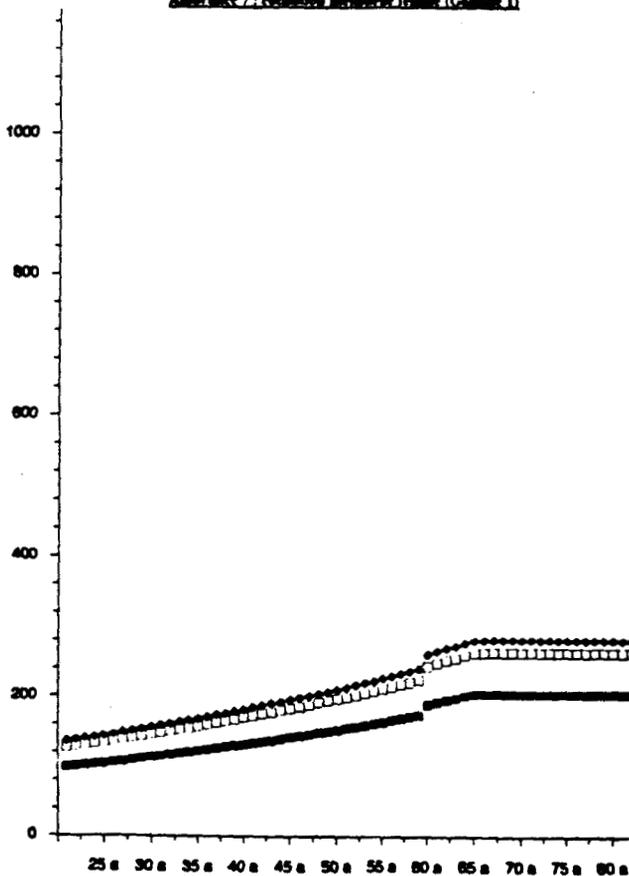
◆ forage 1	□ forage 2	■ forage 3 (T.M)	◇ forage 4
▲ forage 5	△ forage 6		

Annex 5: collection mensuelle forage



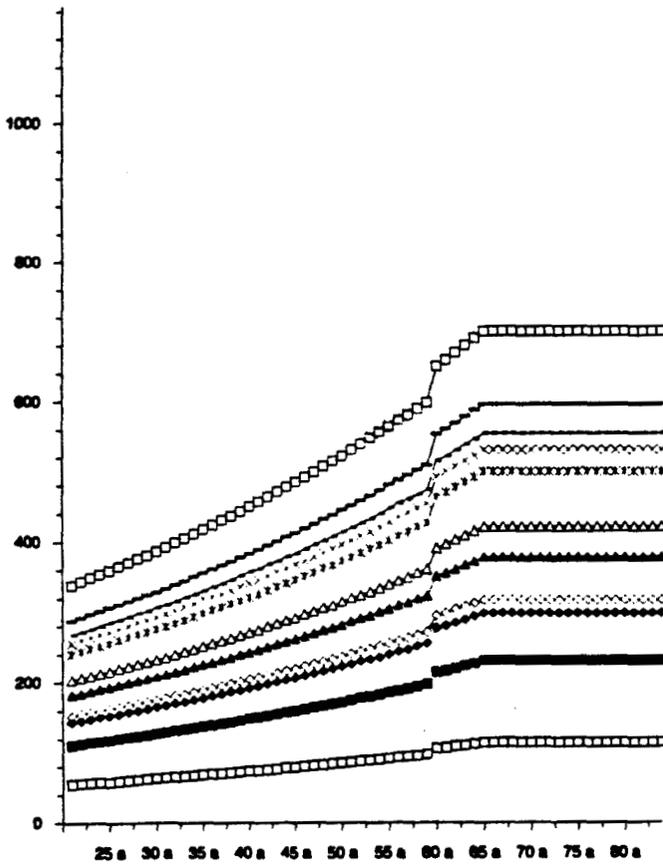
■ forage 1 (T.M)	□ forage 2	◆ forage 3	◇ forage 4
▲ forage 5	△ forage 6		

Annex 7: collection mensuelle forage (Gammes 1)



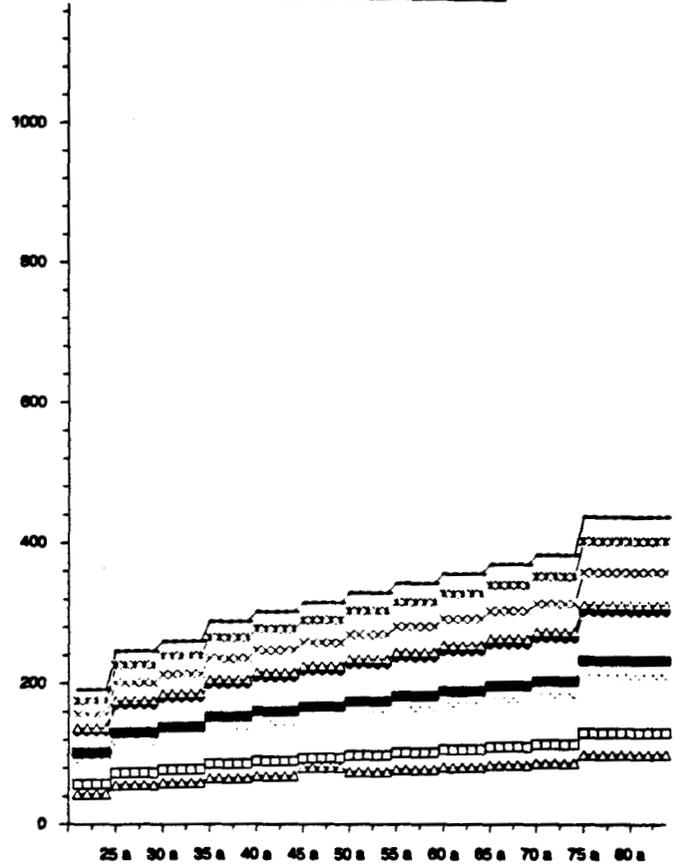
■ forage 1 (T.M)	□ forage 2	◆ forage 3
------------------	------------	------------

Annexo 7: estimación mensual de horas (Gómez 2)



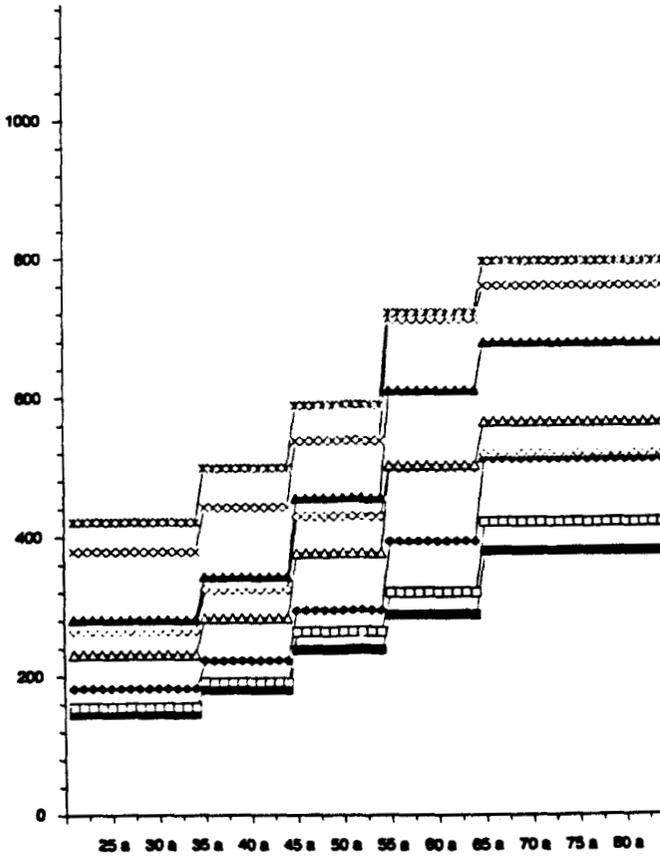
□ fórmula 1	■ fórmula 2 (TM)	◆ fórmula 3	◇ fórmula 4
◆ fórmula 5	△ fórmula 6	× fórmula 7	× fórmula 8
— fórmula 9	— fórmula 10	□ fórmula 11	

Annexo 9: estimación mensual de horas



△ fórmula 1	□ fórmula 2	◆ fórmula 3	◇ fórmula 4 (TM)	■ fórmula 5
△ fórmula 6	× fórmula 7	× fórmula 8	— fórmula 9	

Annexo 19: estimación mensual de horas



■ fórmula 1 (TM)	□ fórmula 2	◆ fórmula 3	◇ fórmula 4
◆ fórmula 5	△ fórmula 6	× fórmula 7	× fórmula 8

ANNEXE XI
FORCE DE LA PRISE EN COMPTE DE LA VARIABLE "AGE ATTEINT"
PAR LES SOCIETES D'ASSURANCE
(COTISATION MOYENNE HOMME FEMME, COTISATION HOMME,
COTISATION FEMME)

Assurances : progression des cotisations en fonction de l'âge pour un des membres d'un couple

		Somme 21-84 ans	Moyenne 21-84 ans	Ecart-type 21-84 ans	Coefficient de variation	Tarifcation croissante ou non
Assurance 1	formule 1 (TM)	14048	219,51	87,87	0,4003	+
	formule 2	17478	273,09	109,32	0,4003	+
	formule 3	19497	304,64	121,95	0,4003	+
	formule 4	22262	347,85	129,83	0,3732	+
	formule 5	26345	411,64	153,63	0,3732	+
	formule 6	26501	414,08	154,56	0,3733	+
	formule 7	38060	594,68	221,93	0,3732	+
Assurance 2	formule 1	5642	88,16	30,76	0,3490	+
	formule 2 (TM)	11382	177,84	61,63	0,3465	+
	formule 3	14876	232,44	81,21	0,3494	+
	formule 4	20758	324,35	114,16	0,3520	+
	formule 5	28622	447,22	156,54	0,3500	+
Assurance 3	formule 1 (TM)	10321	161,26	44,57	0,2764	+
	formule 2	13462	210,34	57,87	0,2751	+
	formule 3	19808	309,50	86,05	0,2780	+
	formule 4	30679	479,36	148,10	0,3089	+
Assurance 4	formule 1	5626	87,91	32,95	0,3748	+
	formule 2	9075	141,79	51,60	0,3639	+
	formule 3 (TM)	12511	195,48	72,53	0,3710	+
	formule 4	14598	228,10	90,37	0,3962	+
	formule 5	17461	272,83	107,79	0,3951	+
	formule 6	21048	328,87	130,30	0,3962	+
Assurance 5	formule 1 (TM)	11839	184,99	72,13	0,3899	+
	formule 2	12188	190,44	72,14	0,3788	+
	formule 3	13002	203,15	72,13	0,3551	+
	formule 4	13351	208,61	72,14	0,3458	+
	formule 5	15323	239,42	78,96	0,3298	+
	formule 6	27904	436,00	154,93	0,3553	+
Assurance 6	formule 1	6657	104,02	30,44	0,2927	+
	formule 2 (TM)	10801	168,77	51,18	0,3033	+
	formule 3	13979	218,43	69,97	0,3203	+
	formule 4	18724	292,56	78,79	0,2693	+
Assurance 7	formule 1 (TM)	9591	149,85	35,92	0,2397	+
	formule 2	12707	198,55	47,52	0,2394	+
	formule 3	13590	212,34	50,79	0,2392	+
	formule 1 bis	5589	87,32	21,01	0,2407	+
	formule 2 bis (TM)	10864	169,75	40,73	0,2399	+
	formule 3 bis	14480	226,25	57,49	0,2541	+
	formule 4 bis	15347	239,80	57,39	0,2393	+
	formule 5 bis	18382	287,21	68,78	0,2395	+
	formule 6 bis	20566	321,34	76,94	0,2394	+
	formule 7 bis	24084	376,31	90,07	0,2394	+
	formule 8 bis	26022	406,59	97,30	0,2393	+
	formule 9 bis	26873	419,89	100,49	0,2393	+
formule 10 bis	28934	452,09	108,20	0,2393	+	
formule 11 bis	34157	533,70	127,70	0,2393	+	
Assurance 8	formule 1 (TM)	18970	296,41	140,93	0,4755	+
	formule 2	31798	496,85	218,16	0,4391	+
Assurance 9	formule 1	4835	75,54	20,01	0,2649	+
	formule 2	6327	98,87	26,19	0,2649	+
	formule 3	10344	161,63	42,81	0,2649	+
	formule 4 (TM)	11291	176,42	46,73	0,2649	+
	formule 5	14650	228,91	60,62	0,2648	+
	formule 6	15156	236,81	62,72	0,2649	+
	formule 7	17422	272,22	72,10	0,2649	+
	formule 8	19573	305,83	81,00	0,2649	+
	formule 9	21269	332,32	88,02	0,2649	+
Assurance 10	formule 1 (TM)	15366	240,09	85,07	0,3543	+
	formule 2	16880	263,75	97,50	0,3697	+
	formule 3	20016	312,74	121,89	0,3898	+
	formule 4	25343	395,99	109,55	0,2767	+
	formule 5	29634	463,03	161,93	0,3497	+
	formule 6	24703	385,98	139,05	0,3602	+
	formule 7	34590	540,48	159,52	0,2951	+
	formule 8	37322	583,16	158,60	0,2720	+
Assurance 11	formule 1 (TM)	12206	190,72	41,15	0,2158	+
	formule 2	20351	317,99	57,86	0,1820	+
	formule 3	31880	498,12	67,78	0,1361	+

Assurances : cotisations mensuelles pour un homme seul

		Somme 21-84 ans	Moyenne 21-84 ans	Ecart-type 21-84 ans	Coefficient de variation	Tarification croissante ou non
Assurance 1	formule 1 (TM)	12493	195,20	78,13	0,4003	+
	formule 2	15533	242,71	97,18	0,4004	+
	formule 3	17330	270,77	108,41	0,4004	+
	formule 4	19779	309,05	115,41	0,3734	+
	formule 5	23414	365,85	136,54	0,3732	+
	formule 6	23552	367,99	137,38	0,3733	+
	formule 7	33825	528,51	197,27	0,3733	+
Assurance 2	formule 1	5642	88,16	30,76	0,3490	+
	formule 2 (TM)	11382	177,84	61,63	0,3465	+
	formule 3	14876	232,44	81,21	0,3494	+
	formule 4	20758	324,35	114,16	0,3520	+
	formule 5	28622	447,22	156,54	0,3500	+
Assurance 3	formule 1 (TM)	10321	161,26	44,57	0,2764	+
	formule 2	13462	210,34	57,87	0,2751	+
	formule 3	19808	309,50	86,05	0,2780	+
	formule 4	30679	479,36	148,10	0,3089	+
Assurance 4	formule 1	5626	87,91	32,95	0,3748	+
	formule 2	8190	127,96	51,60	0,4033	+
	formule 3 (TM)	11272	176,12	72,48	0,4116	+
	formule 4	13032	203,62	84,99	0,4174	+
	formule 5	15815	247,11	103,56	0,4191	+
Assurance 5	formule 6	19059	297,80	125,24	0,4206	+
	formule 1 (TM)	11063	172,86	78,05	0,4515	+
	formule 2	11412	178,31	78,04	0,4376	+
	formule 3	12226	191,03	78,05	0,4086	+
	formule 4	12575	196,48	78,04	0,3972	+
	formule 5	14413	225,21	85,07	0,3777	+
Assurance 6	formule 6	26114	408,04	166,88	0,4090	+
	formule 1	6657	104,02	30,44	0,2927	+
	formule 2 (TM)	10801	168,77	51,18	0,3033	+
	formule 3	13979	218,43	69,97	0,3203	+
Assurance 7	formule 4	18724	292,56	78,79	0,2693	+
	formule 1 (TM)	8992	140,50	33,63	0,2394	+
	formule 2	12254	191,47	45,85	0,2395	+
	formule 3	13108	204,81	49,05	0,2395	+
	formule 1 bis	5464	85,38	20,55	0,2407	+
	formule 2 bis (TM)	10194	159,28	38,14	0,2394	+
	formule 3 bis	14038	219,34	59,38	0,2707	+
	formule 4 bis	14808	231,38	55,49	0,2398	+
	formule 5 bis	17833	278,64	66,71	0,2394	+
	formule 6 bis	20027	312,92	75,05	0,2398	+
	formule 7 bis	23165	361,95	86,55	0,2391	+
	formule 8 bis	25471	397,98	95,21	0,2392	+
	formule 9 bis	25968	405,75	97,10	0,2393	+
formule 10 bis	28026	437,91	104,84	0,2394	+	
formule 11 bis	33249	519,52	124,34	0,2393	+	
Assurance 8	formule 1 (TM)	18970	296,41	140,93	0,4755	+
	formule 2	31798	496,85	218,16	0,4391	+
Assurance 9	formule 1	4877	76,20	24,63	0,3232	+
	formule 2	6382	99,72	32,23	0,3232	+
	formule 3	10434	163,03	52,69	0,3232	+
	formule 4 (TM)	11389	177,95	57,52	0,3232	+
	formule 5	15287	238,87	77,21	0,3232	+
	formule 6	15287	238,87	77,21	0,3232	+
	formule 7	17573	274,58	83,75	0,3232	+
	formule 8	19743	308,49	99,71	0,3232	+
	formule 9	21453	335,21	108,34	0,3232	+
Assurance 10	formule 1 (TM)	14068	219,81	78,10	0,3553	+
	formule 2	15457	241,51	89,45	0,3704	+
	formule 3	18191	284,23	110,77	0,3897	+
	formule 4	24117	376,83	116,33	0,3087	+
	formule 5	27674	432,41	161,17	0,3727	+
	formule 6	23265	363,51	142,23	0,3913	+
	formule 7	31794	496,78	161,03	0,3242	+
	formule 8	34788	543,56	167,60	0,3083	+
Assurance 11	formule 1 (TM)	12206	190,72	41,15	0,2158	+
	formule 2	20351	317,99	57,86	0,1820	+
	formule 3	31880	498,12	67,78	0,1361	+

Assurances : cotisations mensuelles pour une femme seule

		Somme 21-84 ans	Moyenne 21-84 ans	Ecart-type 21-84 ans	Coefficient de variation	Tarifcation croissante ou non
Assurance 1	formule 1 (TM)	15604	243,82	97,61	0,4003	+
	formule 2	19423	303,48	121,46	0,4002	+
	formule 3	21665	338,51	135,49	0,4002	+
	formule 4	24745	386,64	144,24	0,3731	+
	formule 5	29276	457,44	170,72	0,3732	+
	formule 6	29451	460,17	171,73	0,3732	+
	formule 7	42295	660,85	246,59	0,3731	+
Assurance 2	formule 1	5642	88,16	30,76	0,3490	+
	formule 2 (TM)	11382	177,84	61,63	0,3465	+
	formule 3	14876	232,44	81,21	0,3494	+
	formule 4	20758	324,35	114,16	0,3520	+
	formule 5	28622	447,22	156,54	0,3500	+
Assurance 3	formule 1 (TM)	10321	161,26	44,57	0,2764	+
	formule 2	13462	210,34	57,87	0,2751	+
	formule 3	19808	309,50	86,05	0,2780	+
	formule 4	30679	479,36	148,10	0,3089	+
Assurance 4	formule 1	5626	87,91	32,95	0,3748	+
	formule 2	9959	155,62	51,80	0,3329	+
	formule 3 (TM)	13750	214,85	72,83	0,3390	+
	formule 4	16165	252,58	95,82	0,3794	+
	formule 5	19107	298,55	112,10	0,3755	+
	formule 6	23036	359,94	135,45	0,3763	+
Assurance 5	formule 1 (TM)	12615	197,11	66,54	0,3376	+
	formule 2	12965	202,57	66,56	0,3286	+
	formule 3	13778	215,28	66,54	0,3091	+
	formule 4	14127	220,74	66,56	0,3016	+
	formule 5	16232	253,62	73,22	0,2887	+
	formule 6	29693	463,96	143,68	0,3097	+
Assurance 6	formule 1	6657	104,02	30,44	0,2927	+
	formule 2 (TM)	10801	168,77	51,18	0,3033	+
	formule 3	13979	218,43	69,97	0,3203	+
	formule 4	18724	292,56	78,79	0,2693	+
Assurance 7	formule 1 (TM)	10189	159,20	38,20	0,2399	+
	formule 2	13160	205,63	49,20	0,2393	+
	formule 3	14072	219,88	52,53	0,2389	+
	formule 1 bis	5713	89,27	21,48	0,2406	+
	formule 2 bis (TM)	11534	180,22	43,32	0,2404	+
	formule 3 bis	14922	233,16	55,76	0,2392	+
	formule 4 bis	15886	248,22	59,28	0,2388	+
	formule 5 bis	18930	295,78	70,85	0,2395	+
	formule 6 bis	21105	329,77	78,82	0,2390	+
	formule 7 bis	25003	390,67	93,59	0,2396	+
	formule 8 bis	26572	415,19	99,39	0,2394	+
	formule 9 bis	27778	434,03	103,88	0,2393	+
	formule 10 bis	29842	466,28	111,56	0,2393	+
	formule 11 bis	35065	547,89	131,06	0,2392	+
Assurance 8	formule 1 (TM)	18970	296,41	140,93	0,4755	+
	formule 2	31798	496,85	218,16	0,4391	+
Assurance 9	formule 1	4793	74,89	15,50	0,2070	+
	formule 2	6273	98,01	20,28	0,2070	+
	formule 3	10254	160,22	33,16	0,2070	+
	formule 4 (TM)	11193	174,89	36,19	0,2070	+
	formule 5	14523	226,92	46,94	0,2069	+
	formule 6	15025	234,76	48,58	0,2070	+
	formule 7	17271	269,86	55,85	0,2070	+
	formule 8	19404	303,18	62,74	0,2070	+
	formule 9	21084	329,44	68,18	0,2070	+
Assurance 10	formule 1 (TM)	16664	260,38	92,39	0,3548	+
	formule 2	18303	285,98	105,92	0,3704	+
	formule 3	21840	341,25	133,01	0,3898	+
	formule 4	26569	415,15	103,30	0,2488	+
	formule 5	31594	493,65	163,30	0,3308	+
	formule 6	26140	408,44	136,73	0,3348	+
	formule 7	37387	584,17	158,34	0,2711	+
	formule 8	39856	622,76	149,79	0,2405	+
Assurance 11	formule 1 (TM)	12206	190,72	41,15	0,2158	+
	formule 2	20351	317,99	57,86	0,1820	+
	formule 3	31880	498,12	67,78	0,1361	+

ANNEXE XII
MESURES DIVERSES DE LA PRISE EN COMPTE DE LA VARIABLE
"AGE ATTEINT" PAR LES SOCIETES D'ASSURANCE
(COTISATION MOYENNE HOMME FEMME, COTISATION HOMME,
COTISATION FEMME)

Assurances : progression des cotisations en fonction de l'âge pour un des membres d'un couple

		cotisation 40 a/21 a	cotisation 59 a/21 a	cotisation 78 a/21 a
Assurance 1	formule 1 (TM)	1,293	2,066	3,106
	formule 2	1,295	2,072	3,112
	formule 3	1,294	2,068	3,107
	formule 4	1,295	1,926	2,892
	formule 5	1,295	1,929	2,896
	formule 6	1,294	1,925	2,893
	formule 7	1,295	1,925	2,893
Assurance 2	formule 1	1,250	1,907	2,641
	formule 2 (TM)	1,256	1,878	2,601
	formule 3	1,241	1,880	2,606
	formule 4	1,224	1,876	2,600
	formule 5	1,256	1,876	2,602
Assurance 3	formule 1 (TM)	1,251	1,501	1,977
	formule 2	1,256	1,501	1,974
	formule 3	1,252	1,585	1,986
	formule 4	1,280	1,668	2,145
Assurance 4	formule 1	1,526	2,372	3,239
	formule 2	1,355	2,029	2,900
	formule 3 (TM)	1,405	2,075	3,038
	formule 4	1,318	2,094	3,086
	formule 5	1,307	2,062	3,059
	formule 6	1,309	2,068	3,070
Assurance 5	formule 1 (TM)	1,301	2,070	3,022
	formule 2	1,285	2,011	2,910
	formule 3	1,254	1,897	2,693
	formule 4	1,242	1,856	2,613
	formule 5	1,224	1,790	2,487
	formule 6	1,254	1,900	2,697
Assurance 6	formule 1	1,161	1,728	2,088
	formule 2 (TM)	1,177	1,849	2,150
	formule 3	1,170	1,837	2,269
	formule 4	1,122	1,675	1,961
Assurance 7	formule 1 (TM)	1,324	1,762	2,064
	formule 2	1,331	1,763	2,065
	formule 3	1,323	1,757	2,057
	formule 1 bis	1,324	1,759	2,065
	formule 2 bis (TM)	1,335	1,766	2,072
	formule 3 bis	1,327	1,764	2,150
	formule 4 bis	1,331	1,763	2,064
	formule 5 bis	1,324	1,761	2,062
	formule 6 bis	1,325	1,761	2,063
	formule 7 bis	1,327	1,761	2,062
	formule 8 bis	1,327	1,763	2,064
	formule 9 bis	1,328	1,759	2,062
	formule 10 bis	1,326	1,758	2,061
formule 11 bis	1,328	1,762	2,064	
Assurance 8	formule 1 (TM)	1,511	2,381	4,150
	formule 2	1,450	2,243	3,807
Assurance 9	formule 1	1,619	1,976	2,685
	formule 2	1,619	1,976	2,685
	formule 3	1,619	1,976	2,685
	formule 4 (TM)	1,619	1,976	2,685
	formule 5	1,619	1,976	2,684
	formule 6	1,619	1,976	2,685
	formule 7	1,619	1,976	2,685
	formule 8	1,619	1,976	2,685
	formule 9	1,619	1,976	2,685
Assurance 10	formule 1 (TM)	1,235	2,081	2,587
	formule 2	1,235	2,180	2,711
	formule 3	1,220	2,154	2,801
	formule 4	1,222	2,019	2,098
	formule 5	1,224	2,167	2,551
	formule 6	1,226	2,165	2,628
	formule 7	1,194	1,993	2,194
	formule 8	1,193	1,869	2,082
Assurance 11	formule 1 (TM)	1,000	1,283	1,628
	formule 2	1,000	1,165	1,502
	formule 3	1,000	1,181	1,362

Assurances : progression des cotisations en fonction de l'âge pour un homme seul

		cotisation 40 a/21 a	cotisation 59 a/21 a	cotisation 78 a/21 a
Assurance 1	formule 1 (TM)	1,293	2,066	3,106
	formule 2	1,292	2,068	3,108
	formule 3	1,294	2,068	3,110
	formule 4	1,295	1,926	2,894
	formule 5	1,293	1,929	2,897
	formule 6	1,294	1,926	2,894
	formule 7	1,294	1,926	2,895
Assurance 2	formule 1	1,250	1,907	2,641
	formule 2 (TM)	1,256	1,878	2,601
	formule 3	1,241	1,880	2,606
	formule 4	1,224	1,876	2,600
	formule 5	1,256	1,876	2,602
Assurance 3	formule 1 (TM)	1,251	1,501	1,977
	formule 2	1,256	1,501	1,974
	formule 3	1,252	1,585	1,986
	formule 4	1,280	1,668	2,145
Assurance 4	formule 1	1,526	2,372	3,239
	formule 2	1,206	1,968	2,931
	formule 3 (TM)	1,251	2,055	3,069
	formule 4	1,211	2,039	3,052
	formule 5	1,214	2,048	3,068
	formule 6	1,216	2,055	3,082
Assurance 5	formule 1 (TM)	1,254	2,107	3,347
	formule 2	1,237	2,040	3,204
	formule 3	1,209	1,913	2,936
	formule 4	1,198	1,867	2,837
	formule 5	1,182	1,794	2,682
	formule 6	1,209	1,915	2,939
Assurance 6	formule 1	1,161	1,728	2,088
	formule 2 (TM)	1,177	1,849	2,150
	formule 3	1,170	1,837	2,269
	formule 4	1,122	1,675	1,961
Assurance 7	formule 1 (TM)	1,322	1,759	2,057
	formule 2	1,331	1,763	2,068
	formule 3	1,323	1,756	2,055
	formule 1 bis	1,321	1,755	2,057
	formule 2 bis (TM)	1,337	1,765	2,071
	formule 3 bis	1,328	1,763	2,237
	formule 4 bis	1,329	1,762	2,063
	formule 5 bis	1,326	1,762	2,064
	formule 6 bis	1,326	1,762	2,067
	formule 7 bis	1,326	1,759	2,058
	formule 8 bis	1,325	1,760	2,061
	formule 9 bis	1,327	1,757	2,060
formule 10 bis	1,325	1,756	2,059	
formule 11 bis	1,327	1,760	2,062	
Assurance 8	formule 1 (TM)	1,511	2,381	4,150
	formule 2	1,450	2,243	3,807
Assurance 9	formule 1	1,667	2,167	3,084
	formule 2	1,667	2,167	3,084
	formule 3	1,667	2,167	3,084
	formule 4 (TM)	1,667	2,167	3,084
	formule 5	1,667	2,167	3,084
	formule 6	1,667	2,167	3,084
	formule 7	1,667	2,167	3,084
	formule 8	1,667	2,167	3,084
	formule 9	1,667	2,167	3,084
Assurance 10	formule 1 (TM)	1,234	2,195	2,585
	formule 2	1,234	2,297	2,706
	formule 3	1,223	2,154	2,805
	formule 4	1,223	2,165	2,251
	formule 5	1,230	2,171	2,698
	formule 6	1,226	2,160	2,817
	formule 7	1,222	2,110	2,388
	formule 8	1,203	2,030	2,280
Assurance 11	formule 1 (TM)	1,000	1,283	1,628
	formule 2	1,000	1,165	1,502
	formule 3	1,000	1,181	1,362

Assurances : progression des cotisations en fonction de l'âge pour une femme seule

		cotisation 40 a/21 a	cotisation 59 a/21 a	cotisation 78 a/21 a
Assurance 1	formule 1 (TM)	1,293	2,066	3,106
	formule 2	1,299	2,077	3,116
	formule 3	1,294	2,068	3,105
	formule 4	1,296	1,925	2,890
	formule 5	1,297	1,928	2,896
	formule 6	1,294	1,923	2,891
	formule 7	1,295	1,924	2,891
Assurance 2	formule 1	1,250	1,907	2,641
	formule 2 (TM)	1,256	1,878	2,601
	formule 3	1,241	1,880	2,606
	formule 4	1,224	1,876	2,600
	formule 5	1,256	1,876	2,602
Assurance 3	formule 1 (TM)	1,251	1,501	1,977
	formule 2	1,256	1,501	1,974
	formule 3	1,252	1,585	1,986
	formule 4	1,280	1,668	2,145
Assurance 4	formule 1	1,526	2,372	3,239
	formule 2	1,504	2,090	2,869
	formule 3 (TM)	1,559	2,095	3,006
	formule 4	1,426	2,149	3,121
	formule 5	1,401	2,077	3,051
	formule 6	1,401	2,081	3,057
Assurance 5	formule 1 (TM)	1,349	2,032	2,697
	formule 2	1,332	1,982	2,616
	formule 3	1,298	1,881	2,449
	formule 4	1,286	1,845	2,390
	formule 5	1,266	1,786	2,292
	formule 6	1,300	1,885	2,455
Assurance 6	formule 1	1,161	1,728	2,088
	formule 2 (TM)	1,177	1,849	2,150
	formule 3	1,170	1,837	2,269
	formule 4	1,122	1,675	1,961
Assurance 7	formule 1 (TM)	1,327	1,765	2,071
	formule 2	1,331	1,764	2,063
	formule 3	1,324	1,757	2,059
	formule 1 bis	1,327	1,764	2,073
	formule 2 bis (TM)	1,333	1,766	2,072
	formule 3 bis	1,326	1,764	2,063
	formule 4 bis	1,333	1,765	2,065
	formule 5 bis	1,322	1,760	2,060
	formule 6 bis	1,324	1,760	2,059
	formule 7 bis	1,328	1,763	2,066
	formule 8 bis	1,328	1,766	2,066
	formule 9 bis	1,328	1,761	2,063
	formule 10 bis	1,326	1,760	2,063
formule 11 bis	1,328	1,763	2,065	
Assurance 8	formule 1 (TM)	1,511	2,381	4,150
	formule 2	1,450	2,243	3,807
Assurance 9	formule 1	1,571	1,786	2,286
	formule 2	1,571	1,786	2,286
	formule 3	1,571	1,786	2,286
	formule 4 (TM)	1,571	1,786	2,286
	formule 5	1,571	1,786	2,285
	formule 6	1,571	1,786	2,286
	formule 7	1,571	1,786	2,286
	formule 8	1,571	1,786	2,286
	formule 9	1,571	1,786	2,286
Assurance 10	formule 1 (TM)	1,236	1,967	2,590
	formule 2	1,237	2,062	2,716
	formule 3	1,218	2,153	2,798
	formule 4	1,221	1,874	1,946
	formule 5	1,219	2,164	2,404
	formule 6	1,226	2,170	2,439
	formule 7	1,167	1,875	2,000
	formule 8	1,183	1,708	1,883
Assurance 11	formule 1 (TM)	1,000	1,283	1,628
	formule 2	1,000	1,165	1,502
	formule 3	1,000	1,181	1,362

ANNEXE XIII
PRISE EN COMPTE DU SEXE SELON L'AGE ATTEINT
PAR LES SOCIETES D'ASSURANCE

Assurances : cotisations Femme/Homme

		Différence tarifs F/H	Cotisation 21 a F/H	Cotisation 40 a F/H	Cotisation 59 a F/H	Cotisation 78 a F/H	Somme tarifs F/H
Assurance 1	formule 1 (TM)	oui	1,250	1,250	1,250	1,250	1,249
	formule 2		1,247	1,253	1,253	1,250	1,250
	formule 3		1,253	1,253	1,253	1,251	1,250
	formule 4		1,253	1,254	1,252	1,251	1,251
	formule 5		1,251	1,254	1,250	1,251	1,250
	formule 6		1,253	1,252	1,251	1,251	1,250
	formule 7		1,252	1,253	1,251	1,251	1,250
Assurance 2	toutes formules	non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Assurance 3	toutes formules	non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Assurance 4	formule 1	oui (en partie)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	formule 2		1,149	1,433	1,220	1,125	1,216
	formule 3 (TM)		1,158	1,443	1,180	1,134	1,220
	formule 4		1,169	1,376	1,232	1,195	1,240
	formule 5		1,169	1,349	1,185	1,162	1,208
	formule 6		1,171	1,350	1,186	1,162	1,209
Assurance 5	formule 1 (TM)	oui	1,244	1,339	1,200	1,002	1,140
	formule 2		1,228	1,322	1,193	1,003	1,136
	formule 3		1,201	1,289	1,181	1,002	1,127
	formule 4		1,190	1,277	1,176	1,002	1,123
	formule 5		1,182	1,267	1,177	1,011	1,126
	formule 6		1,211	1,301	1,192	1,011	1,137
Assurance 6	toutes formules	non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Assurance 7	formule 1 (TM)	oui	1,126	1,130	1,131	1,134	1,133
	formule 2		1,076	1,076	1,077	1,074	1,074
	formule 3		1,071	1,071	1,072	1,073	1,074
	formule 1 bis		1,038	1,043	1,043	1,046	1,046
	formule 2 bis (TM)		1,133	1,130	1,133	1,133	1,131
	formule 3 bis		1,099	1,098	1,100	1,014	1,063
	formule 4 bis		1,070	1,074	1,071	1,071	1,073
	formule 5 bis		1,064	1,061	1,063	1,062	1,062
	formule 6 bis		1,057	1,055	1,056	1,053	1,054
	formule 7 bis		1,076	1,077	1,079	1,080	1,079
	formule 8 bis		1,041	1,043	1,044	1,043	1,043
	formule 9 bis		1,068	1,069	1,070	1,070	1,070
	formule 10 bis		1,063	1,064	1,065	1,065	1,065
formule 11 bis	1,053	1,054	1,055	1,054	1,055		
Assurance 8	toutes formules	non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Assurance 9	formule 1	oui	1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 2		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 3		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 4 (TM)		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 5		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 6		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 7		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 8		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
	formule 9		1,167	1,100	0,962	0,865	0,983
Assurance 10	formule 1 (TM)	oui	1,208	1,210	1,083	1,211	1,185
	formule 2		1,207	1,209	1,083	1,211	1,184
	formule 3		1,203	1,198	1,203	1,201	1,201
	formule 4		1,201	1,200	1,040	1,038	1,102
	formule 5		1,204	1,193	1,200	1,073	1,142
	formule 6		1,197	1,197	1,203	1,036	1,124
	formule 7		1,333	1,273	1,184	1,116	1,176
	formule 8		1,313	1,291	1,105	1,085	1,146
Assurance 11	toutes formules	non	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

ANNEXE XIV
PRISE EN COMPTE DU NOMBRE D'ENFANTS
PAR LES SOCIETES D'ASSURANCE

Assurances : cotisations mensuelles 5 enfants/couple

		Moyenne couple 21-84 ans	Moyenne cotisation 1 enfant	Moyenne cotisation 5 enfants	5 enfants/couple
Assurance 1	formule 1 (TM)	439,02	82,00	211,00	0,481
	formule 2	546,19	102,33	262,66	0,481
	formule 3	609,29	113,66	293,00	0,481
	formule 4	695,69	136,00	351,66	0,505
	formule 5	823,28	161,66	416,33	0,506
	formule 6	828,16	162,66	418,66	0,506
	formule 7	1189,36	233,33	601,33	0,506
Assurance 2	formule 1	176,31	40,33	74,66	0,423
	formule 2 (TM)	355,68	87,00	161,00	0,453
	formule 3	464,88	109,66	203,00	0,437
	formule 4	648,69	146,00	270,00	0,416
	formule 5	894,43	214,33	396,33	0,443
Assurance 3	formule 1 (TM)	322,52	89,75	255,93	0,794
	formule 2	420,68	116,92	333,26	0,792
	formule 3	618,99	158,92	441,20	0,713
	formule 4	958,73	210,58	550,00	0,574
Assurance 4	formule 1	175,82	37,25	74,50	0,424
	formule 2	283,58	66,16	132,32	0,467
	formule 3 (TM)	390,97	86,75	173,50	0,444
	formule 4	456,20	102,08	204,16	0,448
	formule 5	545,66	123,42	246,84	0,452
	formule 6	657,74	148,25	296,50	0,451
Assurance 5	formule 1 (TM)	369,97	82,50	165,00	0,446
	formule 2	380,88	88,00	176,00	0,462
	formule 3	406,31	100,66	201,32	0,495
	formule 4	417,21	106,16	212,32	0,509
	formule 5	478,83	126,75	253,50	0,529
	formule 6	872,00	214,92	429,84	0,493
Assurance 6	formule 1	208,04	52,33	133,33	0,641
	formule 2 (TM)	337,54	80,33	205,00	0,607
	formule 3	436,85	100,33	256,33	0,587
	formule 4	585,12	142,00	362,33	0,619
Assurance 7	formule 1 (TM)	299,70	79,00	158,00	0,527
	formule 2	397,09	98,00	196,00	0,494
	formule 3	424,69	105,00	210,00	0,494
	formule 1 bis	174,64	46,00	92,00	0,527
	formule 2 bis (TM)	339,50	91,00	182,00	0,536
	formule 3 bis	452,50	120,00	240,00	0,530
	formule 4 bis	479,59	119,00	238,00	0,496
	formule 5 bis	574,42	144,00	288,00	0,501
	formule 6 bis	642,69	165,00	330,00	0,513
	formule 7 bis	752,63	170,00	340,00	0,452
	formule 8 bis	813,17	213,00	426,00	0,524
	formule 9 bis	839,78	195,00	390,00	0,464
formule 10 bis	904,19	212,00	424,00	0,469	
formule 11 bis	1067,41	259,00	518,00	0,485	
Assurance 8	formule 1 (TM)	592,82	64,65	119,63	0,202
	formule 2	993,70	109,28	202,85	0,204
Assurance 9	formule 1	151,08	24,88	49,76	0,329
	formule 2	197,73	32,56	65,12	0,329
	formule 3	323,25	53,23	106,46	0,329
	formule 4 (TM)	352,84	58,10	116,20	0,329
	formule 5	457,83	75,40	150,80	0,329
	formule 6	473,63	77,99	155,98	0,329
	formule 7	544,44	89,66	179,32	0,329
	formule 8	611,67	100,73	201,46	0,329
	formule 9	664,65	109,45	218,90	0,329
Assurance 10	formule 1 (TM)	480,19	89,50	179,00	0,373
	formule 2	527,49	95,00	190,00	0,360
	formule 3	625,49	114,70	229,40	0,367
	formule 4	791,98	168,60	337,20	0,426
	formule 5	926,06	180,20	360,40	0,389
	formule 6	771,95	148,10	296,20	0,384
	formule 7	1080,95	221,30	442,60	0,409
	formule 8	1166,32	248,30	496,60	0,426
Assurance 11	formule 1 (TM)	381,45	64,08	224,28	0,588
	formule 2	635,97	106,08	371,28	0,584
	formule 3	996,24	216,33	757,16	0,760

ANNEXE XV
MESURES DES ECARTS ENTRE LES GARANTIES MALADIE
PROPOSEES (SOCIETES D'ASSURANCE)

	Formules maladie (hors formules Gros Risque)			Formules maladie (y compris formules Gros Risque)				
	Nombre formules	Somme Max/TM	Somme Min/TM	Somme Max/Min	Nombre formules	Somme Max/TM	Somme Min/TM	Somme Max/Min
Assurance 1	7	2,709	1,000	2,709	7	2,709	1,000	2,709
Assurance 2	4	2,515	1,000	2,515	5	2,515	0,496	5,073
Assurance 3	4	2,973	1,000	2,973	4	2,973	1,000	2,973
Assurance 4	5	1,682	0,725	2,319	6	1,682	0,450	3,741
Assurance 5	6	2,357	1,000	2,357	6	2,357	1,000	2,357
Assurance 6	3	1,733	1,000	1,733	4	1,733	0,616	2,813
Assurance 7	14	3,562	1,000	3,562	14	3,562	1,000	3,562
Assurance 8	2	1,676	1,000	1,676	2	1,676	1,000	1,676
Assurance 9	6	1,884	0,916	2,056	9	1,884	0,428	4,399
Assurance 10	8	2,429	1,000	2,429	8	2,429	1,000	2,429
Assurance 11	3	2,612	1,000	2,612	3	2,612	1,000	2,612
Moyenne	5,64	2,376	0,967	2,449	6,18	2,376	0,817	3,122

ANNEXE XVI
LES FORMULES DE GARANTIE MALADIE INDIVIDUELLE
PROPOSEES PAR LES SOCIETES D'ASSURANCE

ASSURANCES : PRESTATIONS

		visites, consultations médecins conventionnés	auxiliaires médicaux, analyses, radiologie	pharmacie ¹
Assurance 1	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6	250%TR (-SS)	250%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 7	375%TR (-SS)	375%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 2	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 3	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	131%TR (-SS)	113%TR (-SS) (sauf radiologie : 131%TR (-SS))	100%TR (-SS)
	formule 3	187%TR (-SS)	162%TR (-SS) (sauf radiologie : 187%TR (-SS))	100%TR (-SS)
	formule 4	300%TR (-SS)	260%TR (-SS) (sauf radiologie : 300%TR (-SS))	100%TR (-SS)
Assurance 4	formule 1	-	-	-
	formule 2	90%TR (-SS)	90%TR (-SS)	90%TR (-SS)
	formule 3 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 7	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 5	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 6	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	275%TR (-SS)	275%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 7 (gamme 1)	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 8	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	Frais réels	Frais réels	100%TR (-SS)
Assurance 9	formule 1	-	-	-
	formule 2	-	-	-
	formule 3	-	-	-
	formule 4	90%TR (-SS)	90%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 7	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 8	250%TR (-SS)	250%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 9	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 10	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 7	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 8	400%TR (-SS)	400%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 11	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS) + 50% (FR-TR)	100%TR (-SS) + 50% (FR-TR)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + 80% (FR-TR)	100%TR (-SS) + 80% (FR-TR)	100%TR (-SS)
Assurance 12	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 13	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 7	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 8	250%TR (-SS)	250%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 9	250%TR (-SS)	250%TR (-SS)	100%TR (-SS)

¹vaccins anti-grippe non pris en compte.

ASSURANCES : PRESTATIONS

		visites, consultations médecins conventionnés	auxiliaires médicaux. analyses. radiologie	pharmacie
Assurance 14	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 1 bis	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2 bis	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 15	formule 3 bis	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 1 ²	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 16	formule 4	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 17	formule 3	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Assurance 18	formule 3	spécialiste : 100%TR (-SS)	radiologie. analyses : 100%TR (-SS)	-
	formule 4	spécialiste : 100%TR (-SS) + 60f par consultation ou visite	radiologie. analyses : 100%TR (-SS)	-
	formule 5	spécialiste : 100%TR (-SS) + 120f par consultation ou visite	radiologie. analyses : 100%TR (-SS)	-
	formule 6 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 7	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 8	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 9	spécialiste : en plus. 60f par consultation ou visite	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 10	spécialiste : en plus. 120f par consultation ou visite	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 11	spécialiste : en plus. 180f par consultation ou visite	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 11	-généraliste : 175%TR (-SS) -spécialiste : 100%TR (-SS) + 120f par consultation ou visite	175%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 12	-généraliste : 250%TR (-SS) -spécialiste : 100%TR (-SS) + 180f par consultation ou visite	250%TR (-SS)	100%TR (-SS)

ASSURANCES : PRESTATIONS

		optique (verres. montures...) acceptée par la SS	soins dentaires	prothèses dentaires acceptées par la SS
Assurance 1	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	125%TR (-SS) + forfait : 210f	125%TR (-SS) avec plafond annuel : 1540f les 2 premières années puis 3080f	125%TR (-SS)
	formule 3	150%TR (-SS) + forfait : 260f	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 2050f les 2 premières années puis 4100f	150%TR (-SS)
	formule 4	150%TR (-SS) + forfait : 410f	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 2050f les 2 premières années puis 4100f	150%TR (-SS)
	formule 5	200%TR (-SS) + forfait : 520f	200%TR (-SS) avec plafond annuel : 2570f les 2 premières années puis 5130f	200%TR (-SS)
	formule 6	250%TR (-SS) + forfait : 310f	250%TR (-SS) avec plafond annuel : 3080f les 2 premières années puis 6150f	250%TR (-SS)
	formule 7	375%TR (-SS) + forfait : 620f	375%TR (-SS) avec plafond annuel : 3590f les 2 premières années puis 7180f	375%TR (-SS)
Assurance 2	formule 1	-	-	-
	<u>formule 2 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	200%TR (-SS)	125%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 4	300%TR (-SS)	150%TR (-SS)	200%TR (-SS)
	formule 5	600%TR (-SS)	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)
Assurance 3	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	forfait : 741.60f pour V et M: 370.80f pour L	131%TR (-SS)	131%TR (-SS)
	formule 3	forfait : 988.80f pour V et M: 494.40f pour L	187%TR (-SS)	187%TR (-SS)
	formule 4	forfait : 1236f pour V et M: 618f pour L	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)
Assurance 4	formule 1	-	-	-
	formule 2	90%TR (-SS) + forfait : 200f	90%TR (-SS)	90%TR (-SS)
	<u>formule 3 (TM)</u>	100%TR (-SS) + forfait : 200f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS) + forfait : 200f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	150%TR (-SS) + forfait : 300f	100%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 6	300%TR (-SS) + forfait : 400f	100%TR (-SS)	200%TR (-SS)
Assurance 5	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS) + forfait M : 150f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS) + forfait M : 150f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	150%TR (-SS) + forfait M : 250f	150%TR (-SS)	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 4000f
	formule 6	300%TR (-SS) + forfait M: 350f	300%TR (-SS)	300%TR (-SS) avec plafond annuel : 6000f
Assurance 6	formule 1	-	-	-
	<u>formule 2 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	forfait : 364f par paire de lunettes ou L. avec plafond annuel: 972f	175%TR (-SS)	175%TR (-SS) avec plafond annuel : 3645f
	formule 4	forfait : 486f par paire de lunettes ou L. avec plafond annuel: 1215f	275%TR (-SS)	325%TR (-SS) avec plafond annuel : 6075f
Assurance 7	toutes formules	non précise	non précise	non précise
Assurance 8	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	forfait : 1627f		forfait : 4880f
Assurance 9	formule 1	-	-	-
	formule 2	-	-	-
	formule 3	forfait M: 5%PMSS: V.L: 5%PMSS	non précisé	300%TR (-SS)
	formule 4	forfait M: 1%PMSS: V.L: 1%PMSS	non précisé	90%TR (-SS)
	<u>formule 5 (TM)</u>	forfait M: 2%PMSS: V.L: 2%PMSS	non précise	100%TR (-SS)
	formule 6	forfait M: 3%PMSS: V.L: 3%PMSS	non précisé	150%TR (-SS)
	formule 7	forfait M: 4%PMSS: V.L: 4%PMSS	non précise	200%TR (-SS)
	formule 8	forfait M: 5%PMSS: V.L: 5%PMSS	non précise	300%TR (-SS)
	formule 9	forfait M: 6%PMSS: V.L: 6%PMSS	non précisé	400%TR (-SS)
Assurance 10	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	forfait : 494f	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)
	formule 3	forfait : 865f	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 4	forfait : 865f	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)
	formule 5	forfait : 865f	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)
	formule 6	forfait : 1236f	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)
	formule 7	forfait : 1236f	350%TR (-SS)	350%TR (-SS)
	formule 8	forfait : 2472f	500%TR (-SS)	500%TR (-SS)
Assurance 11	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	V : 270%TR (-SS), M : 320f. L : 2200f	275%TR (-SS)	275%TR (-SS)
	formule 3	V : 370%TR (-SS), M : 480f. L : 3200f	375%TR (-SS)	375%TR (-SS)

ASSURANCES : PRESTATIONS

		optique (verres, montures...) acceptée par la SS	soins dentaires	prothèses dentaires acceptées par la SS
Assurance 12	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	non précisé	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	non précisé	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait : 800f	non précisé	100%TR (-SS) + forfait : 2700f
	formule 4	100%TR (-SS) + forfait : 1000f	non précisé	100%TR (-SS) + forfait : 4000f
Assurance 13	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait : 341f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait par dent : 295f (5 dents par an max)
	formule 4	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	100%TR (-SS) + forfait : 486f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait par dent 388f (5 dents par an max)
	formule 6	150%TR (-SS)	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 4188f	
	formule 7	150%TR (-SS) + forfait : 636f	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 4188f + forfait par dent 486f (5 dents par an max)	
	formule 8	250%TR (-SS)	250%TR (-SS) avec plafond annuel : 5977f	
	formule 9	250%TR (-SS) + forfait : 879f	250%TR (-SS) avec plafond annuel : 5977f + forfait par dent 682f (5 dents par an max)	
Assurance 14	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS) + forfait : 145f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait : 145f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	150%TR (-SS) + forfait : 300f	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)
	formule 5	250%TR (-SS) + forfait : 590f	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 1 bis	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2 bis	125%TR (-SS) + forfait : 650f	125%TR (-SS)	125%TR (-SS) + forfait par couronne : 325f
formule 3 bis	200%TR (-SS) + forfait : 970f	200%TR (-SS)	200%TR (-SS) + forfait par couronne : 650f	
Assurance 15	formule 1 ¹	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS) + forfait M : 150f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait M : 250f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	150%TR (-SS) + forfait M : 400f	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 4000f	
	formule 5	300%TR (-SS) + forfait M : 600f	300%TR (-SS) avec plafond annuel : 6000f	
Assurance 16	formule 1 (TM)	V : 100%TR (-SS), forfait M, V, L : 312f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	V : 200%TR (-SS), forfait M, V, L : 489f	125%TR (-SS)	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 4000f
	formule 3	V : 500%TR (-SS), forfait M, V, L : 861f	200%TR (-SS)	350%TR (-SS) avec plafond annuel : 7000f
Assurance 17	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) avec plafond annuel : 1194f
	formule 2	forfait : 796f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) avec plafond annuel : 1592f
	formule 3	forfait : 796f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) avec plafond annuel : 1592f
	formule 4	forfait : 1194f	150%TR (-SS)	150%TR (-SS) avec plafond annuel : 2388f
Assurance 18	formule 1	-	-	-
	formule 2	-	-	-
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS) + forfait : 350f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait : 1300f/ an pendant 2 ans, puis 5000f/ an
	formule 5	100%TR (-SS) + forfait : 700f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait : 1300f/ an pendant 2 ans, puis 5000f/ an
	formule 6 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 7	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 8	100%TR (-SS) + forfait : 350f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait : 1300f/ an pendant 2 ans, puis 5000f/ an
	formule 9	100%TR (-SS) + forfait : 700f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait : 2200f/ an pendant 2 ans, puis 7500f/ an
	formule 10	100%TR (-SS) + forfait : 1050f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait : 3000f/ an pendant 2 ans, puis 7500f/ an
	formule 11	100%TR (-SS) + forfait : 700f	175%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait : 2200f/ an pendant 2 ans, puis 5000f/ an
	formule 12	100%TR (-SS) + forfait : 1050f	250%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait : 3000f/ an pendant 2 ans, puis 7500f/ an

ASSURANCES : PRESTATIONS

		hospitalisation hôpital ou clinique conventionnée (séjours et honoraires)	forfait journalier (50f au total) en hôpital	forfait maternité (forfait par enfant)
Assurance 1	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	125%TR (-SS)	100%	820f
	formule 3	150%TR (-SS)	100%	820f
	formule 4	150%TR (-SS)	100%	1230f
	formule 5	200%TR (-SS)	100%	1230f
	formule 6	250%TR (-SS)	100%	820f
	formule 7	375%TR (-SS)	100%	1230f
Assurance 2	formule 1	150%TR (-SS)	100%	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	125%TR (-SS)	100%	-
	formule 4	150%TR (-SS)	100%	10%PMSS
	formule 5	300%TR (-SS)	100%	10%PMSS
Assurance 3	formule 1 (TM)	160%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	160%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	240%TR (-SS)	100%	-
	formule 4	320%TR (-SS)	100%	-
Assurance 4	formule 1	séjours : 100%TR (-SS) honoraires : 150%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 3 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 4	séjours : 100%TR (-SS) honoraires : 150%TR (-SS)	100%	-
	formule 5	séjours : 100%TR (-SS) honoraires : 150%TR (-SS)	100%	-
	formule 6	séjours : 100%TR (-SS) honoraires : 150%TR (-SS)	100%	-
Assurance 5	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	100%TR (-SS)	100%	750f
	formule 3	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 4	100%TR (-SS)	100%	750f
	formule 5	150%TR (-SS)	100%	750f
	formule 6	300%TR (-SS)	100%	750f
Assurance 6	formule 1	280%TR (-SS)	100%	2430f
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%	607f
	formule 3	100%TR (-SS)	100%	607f
	formule 4	280%TR (-SS)	100%	2430f
Assurance 7 (gamme 1)	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	125%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	150%TR (-SS)	100%	-
Assurance 8	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	100%TR (-SS)	100%	876f
Assurance 9	formule 1	150%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	300%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	300%TR (-SS)	100%	5%PMSS
	formule 4	100%TR (-SS)	100%	2%PMSS
	formule 5 (TM)	100%TR (-SS)	100%	2%PMSS
	formule 6	150%TR (-SS)	100%	3%PMSS
	formule 7	200%TR (-SS)	100%	4%PMSS
	formule 8	250%TR (-SS)	100%	5%PMSS
	formule 9	300%TR (-SS)	100%	5%PMSS
Assurance 10	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	200%TR (-SS)	100%	618f
	formule 3	150%TR (-SS)	100%	618f
	formule 4	100%TR (-SS)	100%	618f
	formule 5	200%TR (-SS)	100%	618f
	formule 6	200%TR (-SS)	100%	618f
	formule 7	400%TR (-SS)	100%	618f
	formule 8	Frais réels	100%	1236f
Assurance 11	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	2000f
	formule 2	100%TR (-SS)	100%	2000f
	formule 3	Frais réels	100%	2000f
Assurance 12	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	125%TR (-SS)	100%	1500f
	formule 3	150%TR (-SS)	100%	1500f
	formule 4	200%TR (-SS)	100%	1500f
Assurance 13	formule 1	150%TR (-SS)	100%	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	100%TR (-SS)	100%	1075f
	formule 4	150%TR (-SS)	100%	-
	formule 5	150%TR (-SS)	100%	1272f
	formule 6	Frais réels	100%	-
	formule 7	Frais réels	100%	1468f
	formule 8	Frais réels	100%	-
	formule 9	Frais réels	100%	1758f

ASSURANCES : PRESTATIONS

		hospitalisation hôpital ou clinique conventionnée (séjours et honoraires)	forfait journalier (50f au total) en hôpital	forfait maternité (forfait par enfant)
Assurance 14	formule 1	150%TR (-SS)	100%	-
	<u>formule 2 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	125%TR (-SS)	100%	1480f
	formule 4	125%TR (-SS)	100%	1480f
	formule 5	150%TR (-SS)	100%	1480f
	formule 1 bis	Frais réels	100%	-
	formule 2 bis	Frais réels	100%	1300f
	formule 3 bis	Frais réels	100%	1950f
Assurance 15	formule 1 ¹	100%TR (-SS)	100%	-
	<u>formule 2 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	100%TR (-SS)	100%	1000f
	formule 4	150%TR (-SS)	100%	1500f
	formule 5	300%TR (-SS)	100%	2000f
Assurance 16	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	150%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	300%TR (-SS)	100%	-
Assurance 17	<u>formule 1 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	100%TR (-SS)	100%	398f
	formule 3	150%TR (-SS)	100%	398f
	formule 4	150%TR (-SS)	100%	796f
Assurance 18	formule 1	Frais réels	100%	-
	formule 2	Frais réels	100%	-
	formule 3	Frais réels	100%	-
	formule 4	Frais réels	100%	-
	formule 5	Frais réels	100%	-
	<u>formule 6 (TM)</u>	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 7	Frais réels	100%	-
	formule 8	Frais réels	100%	-
	formule 9	Frais réels	100%	-
	formule 10	Frais réels	100%	-
	formule 11	Frais réels	100%	-
	formule 12	Frais réels	100%	-

ANNEXE XVII
LES QUESTIONNAIRES MEDICAUX DES SOCIETES D'ASSURANCE

Questionnaire médical préliminaire**assurances antérieures**

	Lloyd Cont	UAP	GAN	Mut du Mans	AXA
demande de renseignements sur assurances antérieures	oui	oui	non	oui	non
existence d'un contrat d'assurance maladie dans un autre organisme assureur	oui	oui	-	oui	-
existence d'un contrat d'assurance autre que maladie dans un autre organisme assureur	oui	non	-	non	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	vie	-	-	-	-
existence d'un refus d'assurer concernant la maladie par un autre organisme assureur	oui	non	-	non	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	-	-	-	-
existence d'un refus d'assurer concernant risques autres que maladie par un autre organisme assureur	oui	non	-	non	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	vie	-	-	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	-	-	-	-
bénéfice d'un contrat maladie à conditions particulières	oui	oui	-	non	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	non	-	-	-
bénéfice d'un contrat autre que maladie à conditions particulières	oui	non	-	non	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	vie	-	-	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	-	-	-	-
contrat maladie résilié pour sinistre	oui	OUI (causes fin contrats précédents demandés)	-	oui	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	non	-	oui: depuis 2 ans	-
contrat autre que maladie résilié pour sinistre	oui	non	-	non	-
nature des risques concernés (autres que maladie)	vie	-	-	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	-	-	-	-

risques professionnels

demande de renseignements sur profession exercée	oui	oui	oui	oui	oui
profession demandée en tous cas	oui	oui	oui	oui	oui
demande explicitement si pratiqué d'une profession à caractère dangereux ou dans des conditions dangereuses	non	oui	non	non	non
avec liste limitative des professions concernées	-	non	-	-	non

risques sportifs

demande de renseignements sur sports pratiqués	oui	oui	oui	non	non
demande sur sports pratiqués qu'ils soient ou non de compétition, qu'ils soient ou non professionnels	oui	oui	non	-	-
avec liste limitative des sports concernés	non	OUI: sports "dangereux"	-	-	-
demande de renseignements spécifiques sur sports pratiqués dans le cadre de compétitions	oui	non	non	-	-
avec liste limitative des sports concernés	non	-	-	-	-
demande de renseignements spécifiques sur sports pratiqués à titre professionnel ou amateur à but lucratif	non	non	oui	-	-
avec liste limitative des sports concernés	-	-	non	-	-

risques liés à la pratique de loisirs

demande sur loisirs pratiqués (hors loisirs strictement sportifs)	non	oui	non	non	non
avec liste limitative des loisirs concernés	-	OUI: "loisirs dangereux"	-	-	-

risques liés à des modes de transport

demande de renseignements sur modes de transport usités	non	non	non	non	non
conduite d'un 2 ou 3 roues à moteur concernée seulement par demande	-	-	-	-	-
conduite d'une automobile concernée seulement par demande	-	-	-	-	-

Renseignements sur l'état de santé

	Lloyd Cont	UAP	GAN	Mut du Mans	AXA	
demande de renseignements sur état de santé	oui	oui	oui	oui	oui	
taille et poids	oui	oui	oui	oui	oui	
tension artérielle	non	oui	oui	non	non	
exemption ou réforme service national	non	oui	non	non	non	
consommation alcool	non	non	non	non	non	
usage cigarettes	non	non	non	non	non	
victime accident	non	oui	oui	non	non	
existence invalidité, maladie congénitale et/ou séquelles d'accident	oui	oui	oui	oui	oui	
avec champ limitatif	non	non	non	non	non	
maladies endurées	non	oui	non	oui	oui	
demande sur une période donnée	-	non	-	oui: à la signature	non	
avec champ limitatif	-	oui: liste précise	-	non	oui: liste d'exceptions	
traitements médicaux reçus	oui	oui	oui	oui	oui	
demande sur une période donnée	oui: depuis 3 ans	oui: à la signature	oui: à la signature	non	oui: depuis 1 an	oui: depuis 2 ans
avec champ limitatif	oui: traitement de + 2 mois	oui: prise médicaments	oui: traitement contre la stérilité	oui: traitement + de 6 mois	non	oui: prise de médicaments + de 30 jours
interventions chirurgicales endurées sans qu'il soit question explicitement de séjours à l'hôpital	non	non	non	non	non	oui
demande sur une période donnée	-	-	-	-	-	non
avec champ limitatif	-	-	-	-	-	oui: liste d'exceptions
séjours en milieu hospitalier endurés	oui	oui	oui	oui	oui	
demande sur une période donnée	oui: depuis 3 ans	oui: depuis 3 ans	oui: depuis 3 ans	non	oui: depuis 3 ans	non
avec champ limitatif	oui: séjours de - de 48 h pour interv chirurg*	non	non	non	non	non
cures effectuées	non	oui	non	non	non	oui
demande sur une période donnée	-	oui: depuis 3 ans	-	-	-	non
avec champ limitatif	-	non	-	-	-	non
examens médicaux et/ou radiologiques et/ou biologiques...effectués	non	non	oui	non	non	non
demande sur une période donnée	-	-	oui: depuis 1 an	-	-	-
avec champ limitatif	-	-	oui: "examens spéciaux"	-	-	-
arrêts de travail effectués	non	oui	oui	oui	oui	oui
demande sur une période donnée	-	oui: depuis 1 an	non	oui: à la signature	oui: depuis 2 ans	non
avec champ limitatif	-	oui: arrêt de + 1 mois	oui: arrêt + 1 mois	non	oui: arrêt de + 2 mois	oui: arrêt de + 3 semaines
femme enceinte à la signature du contrat	oui	oui	oui	non	non	
grossesses à risques déjà endurées	non	oui	non	non	non	
nombre de grossesses effectuées	non	non	non	non	non	
soins dentaires reçus	non	non	oui	non	non	
demande sur une période donnée	-	-	oui: à la signature	-	-	
avec champ limitatif	-	-	non	-	-	
état dentition	non	non	non	non	non	
avec champ limitatif	-	-	-	-	-	
état audition	non	non	non	non	non	
avec champ limitatif	-	-	-	-	-	
état vision	non	oui	non	non	non	
avec champ limitatif	-	non (demande si port de lunettes, lentilles)	-	-	-	
port de prothèses de toutes sortes et/ou matériels de correction	non	oui	oui	non	oui	
avec champ limitatif	-	oui: port de lunettes, lentilles	oui: prothèses dentaires	-	non	

dépenses de santé à venir

	Lloyd Cont	UAP	GAN	Mut du Mans	AXA
demande de renseignements sur événements à venir	non	oui	non	oui	oui
hospitalisation et/ou intervention chirurgicale prévue	-	oui	-	oui	oui
demande sur une période donnée	-	non	-	non	non
avec champ limitatif	-	non	-	non	oui: liste d'exceptions
traitement médical prévu	-	oui	-	oui	oui
demande sur une période donnée	-	non	-	non	non
avec champ limitatif	-	oui: traitement contre la stérilité	-	oui: prise de médicaments + de 30 jours	oui: traitement par rayonnement
examens médicaux prévus	-	non	-	non	non
demande sur une période donnée	-	-	-	-	-
avec champ limitatif	-	-	-	-	-
soins dentaires prévus	-	oui	-	non	oui
demande sur une période donnée	-	non	-	-	non
avec champ limitatif	-	oui: liés à prothèses, orthodontie	-	-	oui: seuls appareils dentaires, orthodontie, prothèses concernés
prothèses (de toutes sortes) et matériels de correction prévus	-	oui	-	non	oui
demande sur une période donnée	-	non	-	-	non
avec champ limitatif	-	oui: prothèses dentaires	-	-	non
traitements de rééducation prévus explicitement	-	non	-	non	oui
demande sur une période donnée	-	-	-	-	non
avec champ limitatif	-	-	-	-	non

Questionnaire médical préliminaire

assurances antérieures

	La Baloise	Concorde	Continent	GPA	Allianz Via
demande de renseignements sur assurances antérieures	oui	oui	oui	non	non
existence d'un contrat d'assurance maladie dans un autre organisme assureur	oui	oui	oui	-	-
existence d'un contrat d'assurance autre que maladie dans un autre organisme assureur	non	oui	non	-	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	-	vie. accidents	-	-	-
existence d'un refus d'assurer concernant la maladie par un autre organisme assureur	oui	oui	oui	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	oui: depuis 1 an	oui: depuis 3 ans	-	-
existence d'un refus d'assurer concernant risques autres que maladie par un autre organisme assureur	oui	oui	oui	-	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	vie. accidents	vie. accidents	vie. accidents	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	oui: depuis 1 an	oui: depuis 3 ans	-	-
bénéfice d'un contrat maladie à condition particulière	non	oui	oui	-	-
demande sur une période donnée	-	oui: depuis 1 an	oui: depuis 3 ans	-	-
bénéfice d'un contrat autre que maladie à condition particulière	non	oui	oui	-	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	-	vie. accidents	vie. accidents	-	-
demande sur une période donnée	-	oui: depuis 1 an	oui: depuis 3 ans	-	-
contrat maladie résilié pour sinistre	oui	oui	oui	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	oui: depuis 1 an	oui: depuis 3 ans	-	-
contrat autre que maladie résilié pour sinistre	oui	oui	oui	-	-
nature des risques concernés (autres que maladie)	vie. accidents	vie. accidents	vie. accidents	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	oui: depuis 1 an	oui: depuis 3 ans	-	-

risques professionnels

demande de renseignements sur profession exercée	oui	non	oui	oui	oui
profession demandée en tous cas	oui	-	oui	oui	oui
demande explicitement si pratique d'une profession à caractère dangereux ou dans des conditions dangereuses	non	-	oui	non	non
avec liste limitative des professions concernées	-	-	oui: liste des risques à prendre en compte	-	-

risques sportifs

demande de renseignements sur sports pratiqués	oui	oui	oui	oui	non
demande sur sports pratiqués qu'ils soient ou non de compétition, qu'ils soient ou non professionnels	oui	non	oui	oui	-
avec liste limitative des sports concernés	non	-	non	-	-
demande de renseignements spécifiques sur sports pratiqués dans le cadre de compétitions	oui	oui	non	oui	-
avec liste limitative des sports concernés	non	non	-	-	-
demande de renseignements spécifiques sur sports pratiqués à titre professionnel ou amateur à but lucratif	oui	oui	non	oui	-
avec liste limitative des sports concernés	non	non	-	-	-

risques liés à la pratique de loisirs

demande sur loisirs pratiqués (hors loisirs strictement sportifs)	non	non	non	non	non
avec liste limitative des loisirs concernés	-	-	-	-	-

risques liés à des modes de transport

demande de renseignements sur modes de transport usités	non	non	oui	non	non
conduite de 2 ou 3 roues à moteur concernée seulement par demande	-	-	oui	-	-
conduite d'une automobile concernée seulement par demande	-	-	-	-	-

Renseignements sur l'état de santé

	La Baloise	Concorde	Continent		GPA	Allianz via
demande de renseignements sur état de santé	oui	oui	oui		oui	oui
taille et poids	oui	oui	oui		oui	oui
tension artérielle	oui	oui	oui		oui	oui
exemption ou réforme service national	oui	non	oui		non	non
consommation alcool	non	non	oui		non	non
usage cigarettes	oui	non	oui		non	non
victime accident	non	oui	oui		oui	non
existence invalidité, maladie congénitale et/ou séquelles d'accident	oui	oui	oui		oui	non
avec champ limitatif	-	-	non		non	-
maladies endurées	oui	oui	oui		oui	oui
demande sur une période donnée	non	non	non	oui: depuis 5 ans	non	oui: à la signature
avec champ limitatif	oui: maladies graves, chroniques ou nerveuses	non (liste non limitative)	oui: liste maladies	non	oui: liste de maladies	oui: "affection persistante en cours ou non encore soignée"
traitements médicaux reçus	oui	oui	oui		oui	oui
demande sur une période donnée	oui: depuis 5 ans	oui: à la signature	oui: liste de maladies		oui: depuis 5 ans	oui: à la signature
avec champ limitatif	non	non	non		oui: "trait régulier"	non
interventions chirurgicales endurées sans qu'il soit question explicitement de séjours à l'hôpital	oui	oui	oui		oui	non
demande sur une période donnée	oui: depuis 10 ans	non	non		oui: depuis 5 ans	-
avec champ limitatif	non	non	non		non	-
séjours en milieu hospitalier endurés	oui	oui	oui		oui	oui
demande sur une période donnée	oui: depuis 10 ans	non	non		oui: depuis 5 ans	oui: depuis 3 ans
avec champ limitatif	oui: séjours + 3 jours	non	non		oui: séjours de + de 3 jours	non
cures effectuées	oui	oui	non		oui	oui
demande sur une période donnée	non	non	-		oui: depuis 5 ans	oui: depuis 3 ans
avec champ limitatif	non	non	-		oui: séjours de + de 3 jours	non
examens médicaux et/ou radiologiques et/ou biologiques...effectués	oui	non	oui		non	oui
demande sur une période donnée	oui: depuis 5 ans	-	oui: depuis 1 an	non	-	oui: depuis 3 ans
avec champ limitatif	non	-	oui: examen de sang	oui: test dépistage SIDA	-	oui: "investigations médicales particulières"
arrêts de travail effectués	non	oui	oui		oui	non
demande sur une période donnée	-	oui: depuis 3 ans	oui: à la signature		oui: depuis 5 ans	-
avec champ limitatif	-	oui: arrêt + 30 jours (demande ds grille à part)	non		oui: arrêt de + 15 jours consécutifs	-
femme enceinte à la signature du contrat	oui	non	oui		oui	non
grossesses à risques déjà endurées	non	non	non		non	non
nombre de grossesses effectuées	oui	non	non		non	non
soins dentaires reçus	oui	oui	non		non	non
demande sur une période donnée	oui: depuis 5 ans	oui: depuis 2 ans	-		-	-
avec champ limitatif	non	oui: pour le contrat "plus" simplement	-		-	-
état dentition	non	oui	non		non	non
avec champ limitatif	-	non	-		-	-
état audition	oui	non	oui		non	non
avec champ limitatif	non	-	non		-	-
état vision	oui	non	oui		oui	non
avec champ limitatif	non	-	oui: pb autres que myopie, hypermét., presbytie, astigmat		non	-
port de prothèses de toutes sortes et/ou de matériels de correction	oui	oui	non		oui	non
avec champ limitatif	non	oui: "prothèses dentaires, orthopédiques"	-		non	-

dépenses de santé à venir

	La Baloise	La Concorde	Le Continent	GPA	Allianz via
demande de renseignements sur événements à venir	oui	oui	oui	oui	oui
hospitalisation et/ou intervention chirurgicale prévue	oui	oui	oui	oui	non
demande sur une période donnée	non	-	non	non	-
avec champ limitatif	non	-	non	non	-
traitement médical prévu	oui	non	non	non	non
demande sur une période donnée	non	-	-	-	-
avec champ limitatif	non	-	-	-	-
examens médicaux prévus	oui	non	non	non	non
demande sur une période donnée	non	-	-	-	-
avec champ limitatif	non	-	-	-	-
soins dentaires prévus	oui	oui	non	non	non
demande sur une période donnée	oui: dans les 6 mois	non	-	-	-
avec champ limitatif	non	oui: liés à prothèses dentaires	-	-	-
prothèses (de toutes sortes) et matériels de correction prévus	oui	oui	non	non	oui
demande sur une période donnée	oui: dans les 6 mois	oui: dans les 12 mois	-	-	non
avec champ limitatif	oui: prothèses dentaires	oui: prothèses dentaires	-	-	oui: "lunettes, verres contact, appareillages quelconques, proth dent."
traitements de rééducation prévus explicitement	non	non	non	non	non
demande sur une période donnée	-	-	-	-	-
avec champ limitatif	-	-	-	-	-

Questionnaire médical préliminaire

assurances antérieures

	AMIS	Abeille Ass	Winterthur	Elvia	AGF
demande de renseignements sur assurances antérieures	oui (proche du QM de Concorde)	oui (QM pour les - de 60 ans)	non	oui	non
existence d'un contrat d'assurance maladie dans un autre organisme assureur	oui	oui	-	oui	-
existence d'un contrat d'assurance autre que maladie dans un autre organisme assureur	oui	oui	-	oui	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	vie, accidents	vie, accidents	-	vie, accidents	-
existence d'un refus d'assurer concernant la maladie par un autre organisme assureur	oui	non	-	oui	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 1 an	-	-	oui: depuis 2 ans	-
existence d'un refus d'assurer concernant risques autres que maladie par un autre organisme assureur	oui	non	-	oui	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	vie, accidents	-	-	vie, accidents	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 1 an	-	-	oui: depuis 2 ans	-
bénéfice d'un contrat maladie à conditions particulières	oui	non	-	non	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 1 an	-	-	-	-
bénéfice d'un contrat autre que maladie à conditions particulières	oui	non	-	non	-
nature des risques envisagés (autres que maladie)	vie, accidents	-	-	-	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 1 an	-	-	-	-
contrat maladie résilié pour sinistre	oui	non	-	oui	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 1 an	-	-	oui: depuis 2 ans	-
contrat autre que maladie résilié pour sinistre	oui	non	-	oui	-
nature des risques concernés (autres que maladie)	vie, accidents	-	-	vie, accidents	-
demande sur une période donnée	oui: depuis 1 an	-	-	oui: depuis 2 ans	-

risques professionnels

demande de renseignements sur profession exercée	oui	oui	oui	oui	oui
profession demandée en tous cas	oui	oui	oui	oui	oui
demande explicitement si pratique d'une profession à caractère dangereux ou dans des conditions dangereuses	oui	non	non	oui	non
avec liste limitative des professions concernées	-	-	-	oui: commentaires très détaillés	-

risques sportifs

demande de renseignements sur sports pratiqués	oui	oui	non	oui	non
demande sur sports pratiqués qu'ils soient ou non de compétition, qu'ils soient ou non professionnels	oui	oui	-	oui	-
avec liste limitative des sports concernés	non	non	-	non	-
demande de renseignements spécifiques sur sports pratiqués dans le cadre de compétitions	oui	non	-	non	-
avec liste limitative des sports concernés	non	-	-	-	-
demande de renseignements spécifiques sur sports pratiqués à titre professionnel ou amateur à but lucratif	oui	non	-	non	-
avec liste limitative des sports concernés	non	-	-	-	-

risques liés à la pratique de loisirs

demande sur loisirs pratiqués (hors loisirs strictement sportifs)	non	non	non	non	non
avec liste limitative des loisirs concernés	-	-	-	-	-

risques liés à des modes de transport

demande de renseignements sur modes de transport usités	oui	non	non	oui	non
conduite d'un 2 ou 3 roues à moteur concernée seulement par demande	non	-	-	oui	-
conduite d'une automobile concernée seulement par demande	non	-	-	-	-

Renseignements sur l'état de santé

demande de renseignements sur état de santé	AMIS	Abeille Ass	Winterthur	Elvia	AGF
taille et poids	oui	oui	oui	oui	oui
tension artérielle	oui	oui	non	oui	non
exemption ou réforme service national	oui	non	non	oui	non
consommation alcool	non	non	non	non	non
usage cigarettes	non	non	non	non	non
victime accident	oui	oui	non	oui	oui
existence invalidité, maladie congénitale et/ou séquelles d'accident	oui	oui	non	oui	oui
avec champ limitatif	-	-	-	non	non
maladies endurées	oui	oui	non	oui	oui
demande sur une période donnée	non	non	-	non	oui: à la signature
avec champ limitatif	non (liste non limitative)	oui: autre que "passagère ou bénigne"	-	non (liste indicative)	oui: depuis 5 ans
traitements médicaux reçus	oui	oui	oui	oui	non
demande sur une période donnée	non	oui: à la signature	oui: depuis 5 ans	oui: à la signature	-
avec champ limitatif	oui: trait par rayons ou chimio	non	oui: "traitement régulier ou renouvelable"	oui: trait de + de 15 jours	non
interventions chirurgicales endurées sans qu'il soit question explicitement de séjours à l'hôpital	oui	non	oui	oui	oui
demande sur une période donnée	non	-	oui: depuis 5 ans	non	oui: depuis 10 ans
avec champ limitatif	non	-	non	oui: sans append. amygdales, végétations	non
séjours en milieu hospitalier endurés	oui	oui	oui	non	oui
demande sur une période donnée	non	non	non	-	oui: depuis 10 ans
avec champ limitatif	non	non	non	-	non
cures effectuées	oui	oui	non	non	non
demande sur une période donnée	non	non	-	-	-
avec champ limitatif	non	oui: liés à "repos" ou "convalescence"	-	-	-
examens médicaux et/ou radiologiques et/ou biologiques... effectués	non	non	oui	non	oui
demande sur une période donnée	-	-	non	-	oui: depuis 1 an
avec champ limitatif	-	-	oui: serologie HIV positive	-	oui: "examens radio, biologiques, gynéco"
arrêts de travail effectués	oui	oui	non	oui	non
demande sur une période donnée	oui: depuis 1 an	oui: depuis 3 ans	-	oui: depuis 3 ans	-
avec champ limitatif	non (réponse non oblig)	oui: arrêt de + 15 jours	-	non	-
femme enceinte à la signature du contrat	oui	non	-	non	non
grossesses à risques déjà endurées	oui	non	-	oui	non
nombre de grossesses effectuées	non	non	-	non	non
soins dentaires reçus	oui	non	-	non	non
demande sur une période donnée	oui: depuis 2 ans	-	-	-	-
avec champ limitatif	oui: "soins importants", oblig pour options supérieur ; seulement	-	-	-	-
état dentition	oui	non	-	non	non
avec champ limitatif	-	-	-	-	-
état audition	non	non	-	non	oui
avec champ limitatif	-	-	-	-	non
état vision	non	non	-	oui	oui
avec champ limitatif	-	-	-	non	non
port de prothèses de toutes sortes et/de matériels de correction	oui	non	-	non	oui
avec champ limitatif	oui: proth dentaires et orthopédiques	-	-	-	non

dépenses de santé à venir

	AMIS	Abeille assurance	Winterthur	Elvia	AGF
demande de renseignements sur événements à venir	oui	oui	oui	oui	non
hospitalisation et/ou intervention chirurgicale prévue	oui	non	oui	oui	-
demande sur une période donnée	non	-	non	non	-
avec champ limitatif	non	-	non	non	-
traitement médical prévu	non	non	non	non	-
demande sur une période donnée	-	-	-	-	-
avec champ limitatif	-	-	-	-	-
examens médicaux prévus	non	non	oui	oui	-
demande sur une période donnée	-	-	non	non	-
avec champ limitatif	-	-	non	non	-
soins dentaires prévus	oui	non	non	oui	-
demande sur une période donnée	non	-	-	non	-
avec champ limitatif	oui: prothèses dentaires	-	-	non	-
prothèses (de toutes sortes) et matériels de correction prévus	oui	oui	non	oui	-
demande sur une période donnée	oui: dans les 12 mois	oui: dans les 12 mois	-	non	-
avec champ limitatif	oui: prothèses dentaires	oui: prothèses dentaires	-	oui: prothèses dentaires	-
traitements de rééducation prévus explicitement	non	non	non	non	-
demande sur une période donnée	-	-	-	-	-
avec champ limitatif	-	-	-	-	-

ANNEXE XVIII
PRATIQUES MISES EN OEUVRE PAR LES MUTUELLES OUVERTES
CONCERNANT LA QUESTION DES TRANCHES D'AGE

Mutuelles ouvertes : tranches d'âge

		Tranche d'âge avant l'âge limite d'adhésion		
		Nombre de tranches d'âge	Tranches d'âge	Etendue tranches d'âge ¹
Mutuelle 1	toutes formules	7	30 ans et -	11
			31-40 ans	10
			41-50 ans	10
			51-60 ans	10
			61-70 ans	10
			71-80 ans	10
			81 ans et +	-
Mutuelle 2	formule 1	2	24 ans et -	5
	formule 2 (TM)	3	25 ans et +	-
			24 ans et -	5
			25-45 ans	21
Mutuelle 3	formules 1, 2, 3	2	46 ans et +	46
	formules 4 (TM), 5	6	65 ans et +	-
			20-24 ans	5
			25-34 ans	10
			35-44 ans	10
			45-54 ans	10
			55-64 ans	10
	formule 6 (adhésion tardive)	1	65 ans et +	-
Mutuelle 4	la formule (TM)	6	56 ans et +	-
			20-29 ans	10
			30-39 ans	10
			40-49 ans	10
			50-59 ans	10
			60-69 ans	10
Mutuelle 5	la formule (TM)	2	tarif salarié / tarif retraité	
Mutuelle 6	formules 1, 2 (TM), 3, 4	11	20-24 ans	5
			25-29 ans	5
			30-34 ans	5
			35-39 ans	5
			40-44 ans	5
			45-49 ans	5
			50-54 ans	5
			55-59 ans	5
			60-64 ans	5
			65-69 ans	5
			70 ans et +	-
	formules 6, 7	3	60-64 ans	5
			65-69 ans	5
70 ans et +			-	
Mutuelle 7	toutes formules	5	25 ans et -	6
			26-35 ans	10
			36-45 ans	10
			46-55 ans	10
			56 ans et +	-

¹Prise en compte des tranches d'âge à partir de 20 ans.

Mutuelles ouvertes : tranches d'âge

		Tranche d'âge avant l'âge limite d'adhésion		
		Nombre de tranches d'âge	Tranches d'âge	Etendue tranches d'âge
Mutuelle 8	toutes formules	3	29 ans et -	10
			30-60 ans	31
			61 ans et +	-
Mutuelle 9	toutes formules	12	21-25 ans	5
			26-30 ans	5
			31-35 ans	5
			36-40 ans	5
			41-45 ans	5
			46-50 ans	5
			51-55 ans	5
			56-60 ans	5
			61-65 ans	5
			66-70 ans	5
			71-75 ans	5
76 ans et +	5			
Mutuelle 10	la formule (TM)	4	35 ans et -	16
			36-45 ans	10
			46-55 ans	10
			56 ans et +	-
Mutuelle 11	toutes formules	5	24 ans et -	5
			25-34 ans	10
			35-49 ans	15
			50-64 ans	15
			65 ans et +	-
Mutuelle 12	la formule (TM)	3	21-25 ans	5
			26-59 ans	34
			60 ans et +	-
Mutuelle 13	la formule (TM)	6	25 ans et -	6
			26 ans	1
			27-39 ans	13
			40-49 ans	10
			50-59 ans	10
			60 ans et +	-
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	5	20-25 ans	6
			26-40 ans	15
			41-60 ans	20
			61-70 ans	10
			71 ans et +	-
	formule 2	6	20-25 ans	6
			26-40 ans	15
			41-50 ans	10
			51-60 ans	10
			61-70 ans	10
			71 ans et +	-

Mutuelles ouvertes : tranches d'âge

		Tranche d'âge avant l'âge limite d'adhésion		
		Nombre de tranches d'âge	Tranches d'âge	Etendue tranches d'âge
Mutuelle 15	formules 1, 2	3	20-25 ans	6
			26-29 ans	4
			30-59 ans	30
			60 ans et +	-
	formule 3 (TM)	10	20-25 ans	6
			26-29 ans	4
			30-34 ans	5
			35-39 ans	5
			40-44 ans	5
			45-49 ans	5
			50-54 ans	5
			55-59 ans	5
			60-64 ans	5
			65 ans et +	-
Mutuelle 16	toutes formules	5	20-24 ans	5
			25-32 ans	8
			33-39 ans	7
			40-55 ans	16
			56 et + ?	-
Mutuelle 17	toutes formules	12	20-25 ans	6
			26-30 ans	5
			31-35 ans	5
			36-40 ans	5
			41-45 ans	5
			46-50 ans	5
			51-55 ans	5
			56-60 ans	5
			61-65 ans	5
			66-70 ans	5
71-75 ans	5			
76 ans et +	-			
Mutuelle 18	la formule (TM)	2	tarif salarié / tarif retraité	
Mutuelle 19	la formule (TM)	2	tarif salarié / tarif retraité	
Mutuelle 20	toutes formules	3	20-34 ans	15
			35-49 ans	15
			50 ans et +	-

ANNEXE XIX
FORCE DE LA PRISE EN COMPTE DE LA VARIABLE "AGE ATTEINT"
PAR LES MUTUELLES OUVERTES

Mutuelles ouvertes : cotisations mensuelles pour une personne seule

		Somme 21-84 ans	Moyenne 21-84 ans	Ecart-type 21-84 ans	Coefficient de variation	Tarifcation croissante ou non
Mutuelle 1	formule 1 (TM)	11796	184,31	56,32	0,3056	+
	formule 2	14252	222,69	62,12	0,2790	+
	formule 3	17156	268,06	74,50	0,2779	+
	formule 4	20496	320,25	89,21	0,2786	+
Mutuelle 2	formule 1	10572	165,19	10,98	0,0665	+
	formule 2 (TM)	14124	220,69	17,00	0,0770	+
Mutuelle 3	formule 1	3577	55,89	1,38	0,0247	+
	formule 2	5973	93,33	25,33	0,2714	+
	formule 3	8398	131,22	26,71	0,2035	+
	formule 4 (TM)	14204	221,94	83,20	0,3749	+
	formule 5	15268	238,56	84,80	0,3555	+
Mutuelle 4	formule TM	11566	180,72	62,99	0,3485	+
Mutuelle 5	formule TM	7263	113,49	8,20	0,0722	-
Mutuelle 6	formule 1	11225	175,39	38,93	0,2219	+
	formule 2 (TM)	16110	251,72	56,12	0,2229	+
	formule 3	17471	272,98	60,68	0,2223	+
	formule 4	22930	358,28	79,72	0,2225	+
Mutuelle 7	formule 1 (TM)	10901	170,33	58,22	0,3418	+
	formule 2	13390	209,22	64,30	0,3074	+
	formule 3	15492	242,06	74,40	0,3074	+
Mutuelle 8	formule 1	8935	139,61	31,42	0,2251	+
	formule 2	13644	213,19	40,86	0,1916	+
	formule 3 (TM)	15150	236,72	43,47	0,1836	+
Mutuelle 9	formule 1 (TM)	10945	171,02	39,63	0,2318	+
	formule 2	11465	179,14	46,40	0,2590	+
	formule 3	12795	199,92	58,86	0,2944	+
Mutuelle 10	formule TM	17075	266,80	10,01	0,0375	+
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	10179	159,04	42,20	0,2653	+
	formule 2	21119	329,99	107,67	0,3263	+
Mutuelle 12	formule TM	15148	236,69	36,40	0,1538	+
Mutuelle 13	formule TM	17744	277,25	33,97	0,1225	+
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	10474	163,66	45,04	0,2752	+
	formule 2	14178	221,53	59,39	0,2681	+
Mutuelle 15	formule 1	4402	68,78	14,21	0,2066	+
	formule 2	4848	75,75	15,44	0,2038	+
	formule 3 (TM)	13968	218,25	53,88	0,2469	+
Mutuelle 16	formule 1 (TM)	11034	172,41	33,58	0,1948	+
	formule 2	12123	189,42	36,60	0,1932	+
	formule 3	13301	207,83	40,21	0,1935	+
Mutuelle 17	formule 1	5980	93,44	37,83	0,4049	+
	formule 2 (TM)	9655	150,86	42,32	0,2805	+
	formule 3	11030	172,34	42,03	0,2439	+
	formule 4	15245	238,20	68,79	0,2888	+
	formule 5	18805	293,83	82,11	0,2794	+
Mutuelle 18	formule TM	13240	206,88	18,05	0,0873	+
Mutuelle 19	formule TM	8510	132,97	17,58	0,1322	-
Mutuelle 20	formule 1	5462	85,34	8,72	0,1022	+
	formule 2	8033	125,52	13,08	0,1042	+
	formule 3 (TM)	12227	191,05	44,39	0,2324	+

ANNEXE XX
MESURES DIVERSES DE LA PRISE EN COMPTE DE LA VARIABLE
"AGE ATTEINT" PAR LES MUTUELLES OUVERTES

Mutuelles ouvertes : progression des cotisations en fonction de l'âge pour une personne seule

		cotisation 40/21 a	cotisation 59/21 a	cotisation 78/21 a
Mutuelle 1	formule 1 (TM)	1,017	1,697	2,092
	formule 2	1,020	1,644	1,966
	formule 3	1,106	1,609	1,994
	formule 4	1,033	1,679	1,967
Mutuelle 2	formule 1	1,366	1,366	1,366
	formule 2 (TM)	1,365	1,440	1,440
Mutuelle 3	formule 1	1,000	1,000	1,055
	formule 2	1,000	1,000	1,714
	formule 3	1,000	1,000	1,509
	formule 4 (TM)	1,683	2,158	3,327
	formule 5	1,643	2,107	3,161
Mutuelle 4	formule TM	1,424	1,727	2,758
Mutuelle 5	formule TM	1,000	1,000	0,861
Mutuelle 6	formule 1	1,313	1,609	1,965
	formule 2 (TM)	1,309	1,606	1,970
	formule 3	1,313	1,603	1,966
	formule 4	1,311	1,604	1,966
Mutuelle 7	formule 1 (TM)	1,824	3,368	3,368
	formule 2	1,476	2,670	2,670
	formule 3	1,508	2,695	2,695
Mutuelle 8	formule 1	1,330	1,330	1,910
	formule 2	1,357	1,357	1,802
	formule 3 (TM)	1,319	1,319	1,740
Mutuelle 9	formule 1 (TM)	1,273	1,636	2,091
	formule 2	1,268	1,652	2,232
	formule 3	1,250	1,750	2,417
Mutuelle 10	formule TM	1,060	1,100	1,100
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	1,960	2,521	3,032
	formule 2	2,061	2,994	3,759
Mutuelle 12	formule TM	1,967	1,967	2,183
Mutuelle 13	formule TM	1,580	1,608	1,663
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	1,286	1,490	2,408
	formule 2	1,281	1,766	2,398
Mutuelle 15	formule 1	1,524	1,524	2,000
	formule 2	1,543	1,543	2,000
	formule 3 (TM)	1,420	1,718	2,183
Mutuelle 16	formule 1 (TM)	1,481	1,907	1,907
	formule 2	1,479	1,899	1,899
	formule 3	1,485	1,908	1,908
Mutuelle 17	formule 1	1,286	1,837	3,265
	formule 2 (TM)	1,267	1,889	2,333
	formule 3	1,420	1,800	2,350
	formule 4	1,279	1,857	2,429
	formule 5	1,282	1,839	2,356
Mutuelle 18	formule TM	1,000	1,000	1,192
Mutuelle 19	formule TM	1,000	1,000	0,703
Mutuelle 20	formule 1	1,082	1,274	1,274
	formule 2	1,084	1,280	1,280
	formule 3 (TM)	1,242	1,797	1,797

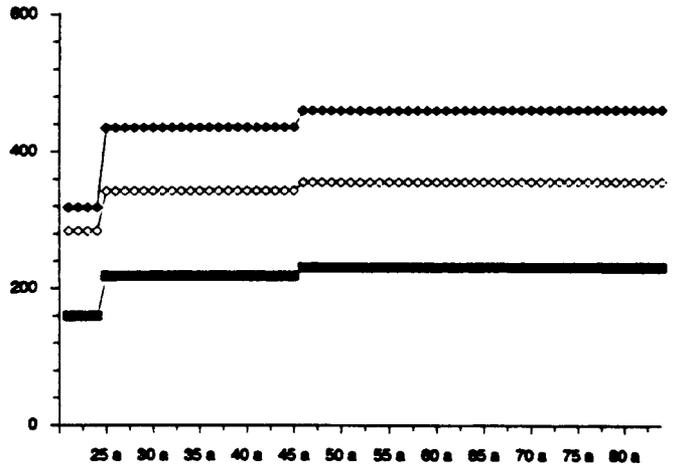
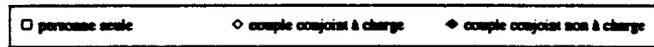
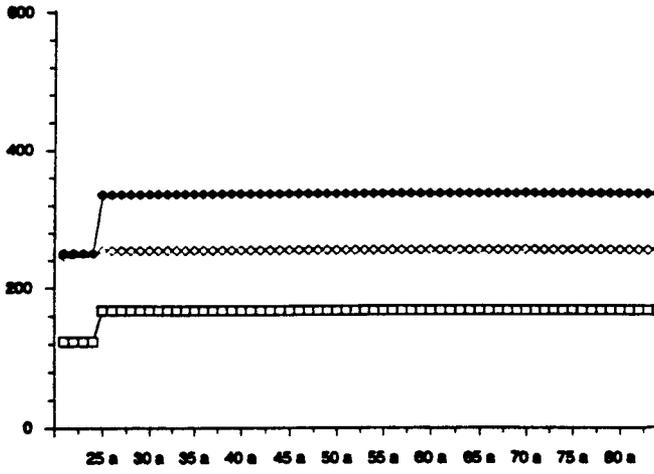
ANNEXE XXI
FORCE DE LA DIFFERENCIATION COUPLE/ PERSONNE SEULE
CHEZ LES MUTUELLES OUVERTES

		Différenciation couple / personne seule	Remarques
Mutuelle 1	toutes formules	non	-
Mutuelle 2	toutes formules	oui	différenciation entre conjoint "à charge" et "non à charge"
Mutuelle 3	toutes formules	non	-
Mutuelle 4	la formule (TM)	non	-
Mutuelle 5	la formule (TM)	oui	différenciation entre conjoint "à charge" et "non à charge"
Mutuelle 6	toutes formules	non	-
Mutuelle 7	toutes formules	non	-
Mutuelle 8	toutes formules	oui	-
Mutuelle 9	toutes formules	non	-
Mutuelle 10	la formule (TM)	oui	-
Mutuelle 11	toutes formules	non	-
Mutuelle 12	la formule (TM)	oui	-
Mutuelle 13	la formule (TM)	oui	différenciation entre conjoint "à charge" et "non à charge"
Mutuelle 14	toutes formules	non	-
Mutuelle 15	toutes formules	non	-
Mutuelle 16	toutes formules	oui	-
Mutuelle 17	toutes formules	non	-
Mutuelle 18	la formule (TM)	oui	différenciation entre conjoint "à charge" et "non à charge"
Mutuelle 19	la formule (TM)	oui	-
Mutuelle 20	toutes formules	non	-

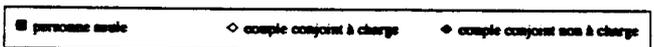
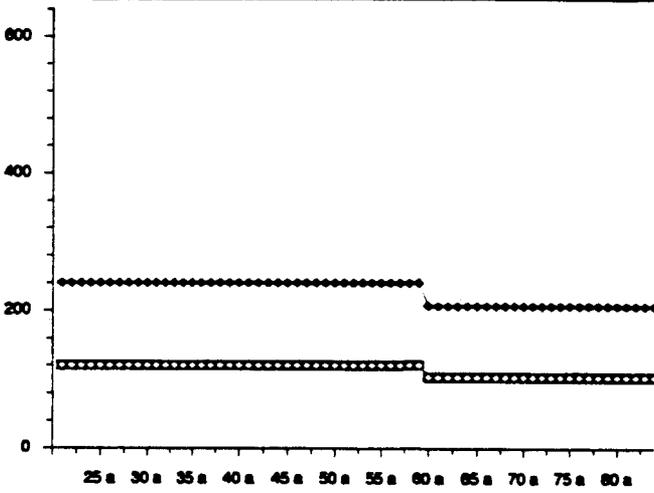
Mutuelles ouvertes : cotisations mensuelles couple/personne seule

		Somme	Somme couple	Somme couple	Couple /personne seule	Couple /personne seule
		personne seule 21-84 ans	(conjoint à charge) 21-84 ans	(conjoint non à charge) 21-84 ans	(conjoint à charge) 21-84 ans	(conjoint non à charge) 21-84 ans
Mutuelle 1	formule 1 (TM)	11796	23595	23595	2,000	2,000
	formule 2	14252	28504	28504	2,000	2,000
	formule 3	17156	34312	34312	2,000	2,000
	formule 4	20496	40992	40992	2,000	2,000
Mutuelle 2	formule 1	10572	16224	21100	1,535	1,996
	formule 2 (TM)	14124	22124	28248	1,566	2,000
Mutuelle 3	formule 1	3577	7154	7154	2,000	2,000
	formule 2	5973	11946	11946	2,000	2,000
	formule 3	8398	16796	16796	2,000	2,000
	formule 4 (TM)	14204	28408	28408	2,000	2,000
	formule 5	15268	30536	30536	2,000	2,000
Mutuelle 4	formule TM	11566	23131	23132	2,000	2,000
Mutuelle 5	formule TM	7263	7263	14526	1,000	2,000
Mutuelle 6	formule 1	11225	22450	22450	2,000	2,000
	formule 2 (TM)	16110	32220	32220	2,000	2,000
	formule 3	17471	34942	34942	2,000	2,000
	formule 4	22930	45860	45860	2,000	2,000
Mutuelle 7	formule 1 (TM)	10901	21802	21802	2,000	2,000
	formule 2	13390	26780	26780	2,000	2,000
	formule 3	15492	30984	30984	2,000	2,000
Mutuelle 8	formule 1	8935	12349	12349	1,382	1,382
	formule 2	13644	21339	21339	1,564	1,564
	formule 3 (TM)	15150	26621	26621	1,757	1,757
Mutuelle 9	formule 1 (TM)	10945	21890	21890	2,000	2,000
	formule 2	11465	22930	22930	2,000	2,000
	formule 3	12795	25590	25590	2,000	2,000
Mutuelle 10	formule TM	17075	25772	25772	1,509	1,509
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	10179	20358	20358	2,000	2,000
	formule 2	21119	42238	42238	2,000	2,000
Mutuelle 12	formule TM	15148	26544	26544	1,752	1,752
Mutuelle 13	formule TM	17744	25539	31194	1,439	1,758
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	10474	20948	20948	2,000	2,000
	formule 2	14178	28356	28356	2,000	2,000
Mutuelle 15	formule 1	4402	8804	8804	2,000	2,000
	formule 2	4848	9696	9696	2,000	2,000
	formule 3 (TM)	13968	27936	27936	2,000	2,000
Mutuelle 16	formule 1 (TM)	11034	20689	20689	1,875	1,875
	formule 2	12123	22720	22720	1,874	1,874
	formule 3	13301	24949	24949	1,876	1,876
Mutuelle 17	formule 1	5980	11960	11960	2,000	2,000
	formule 2 (TM)	9655	19310	19310	2,000	2,000
	formule 3	11030	22060	22060	2,000	2,000
	formule 4	15245	30490	30490	2,000	2,000
	formule 5	18805	37610	37610	2,000	2,000
Mutuelle 18	formule TM	13240	23888	25088	1,804	1,895
Mutuelle 19	formule TM	8510	16906	16906	1,987	1,987
Mutuelle 20	formule 1	5462	10924	10924	2,000	2,000
	formule 2	8033	16066	16066	2,000	2,000
	formule 3 (TM)	12227	24454	24454	2,000	2,000

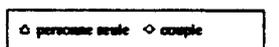
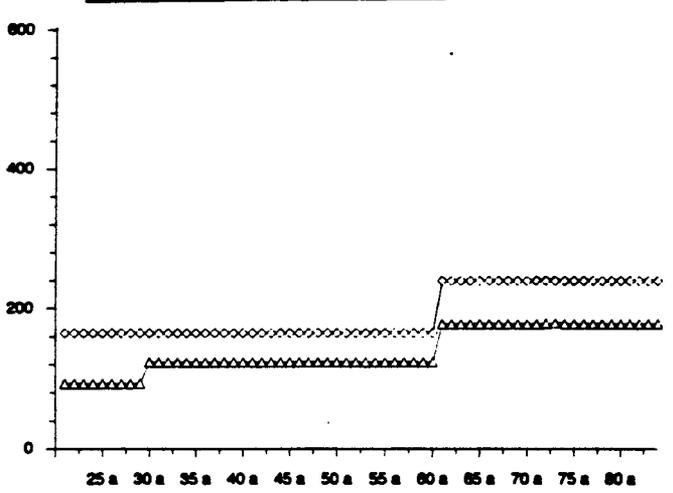
ANNEXE XXII
PRESENTATION GRAPHIQUE DE LA DIFFERENCIATION
PERSONNE SEULE / COUPLE CHEZ LES MUTUELLES OUVERTES



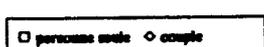
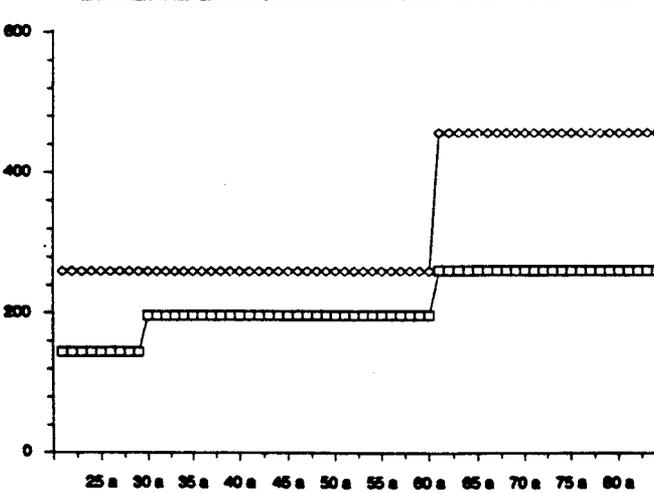
Mutuelle exercice 2 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle formule TM)



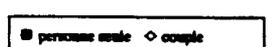
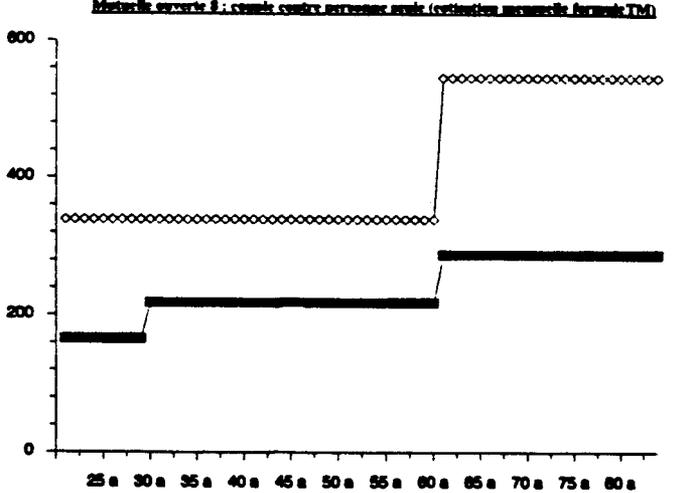
Mutuelle exercice 2 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle formule 1)



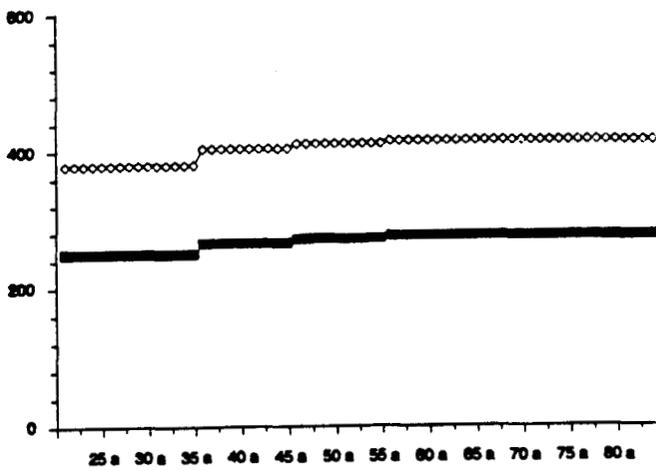
Mutuelle exercice 2 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle formule 2)



Mutuelle exercice 2 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle formule TM)

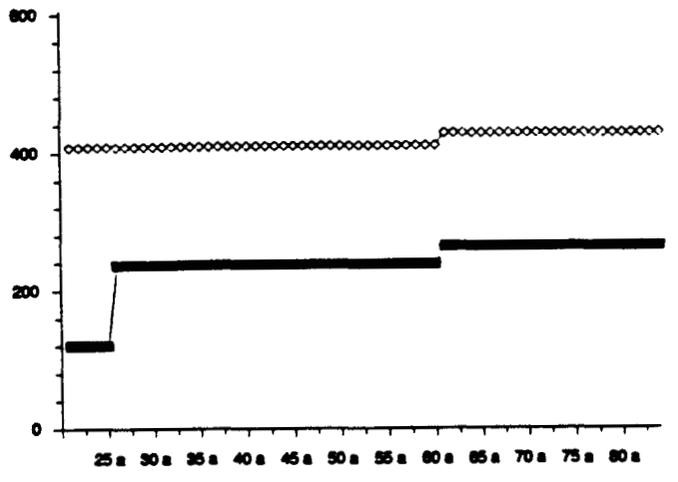


Mutuelle exercice 10 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle forfaitaire TM)



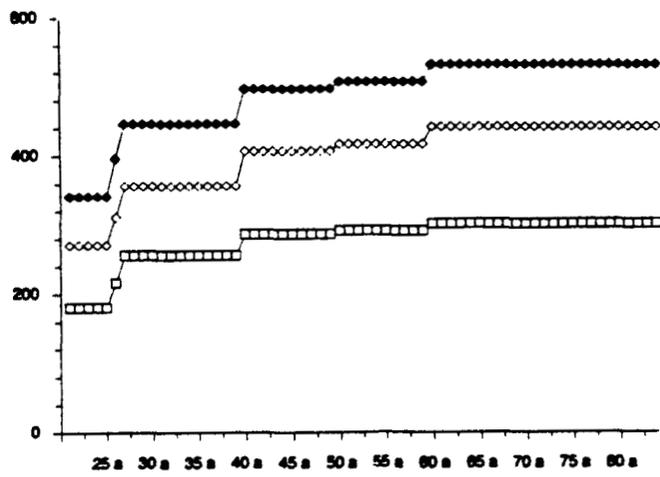
■ personnes seules ◊ couple

Mutuelle exercice 12 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle forfaitaire TM)



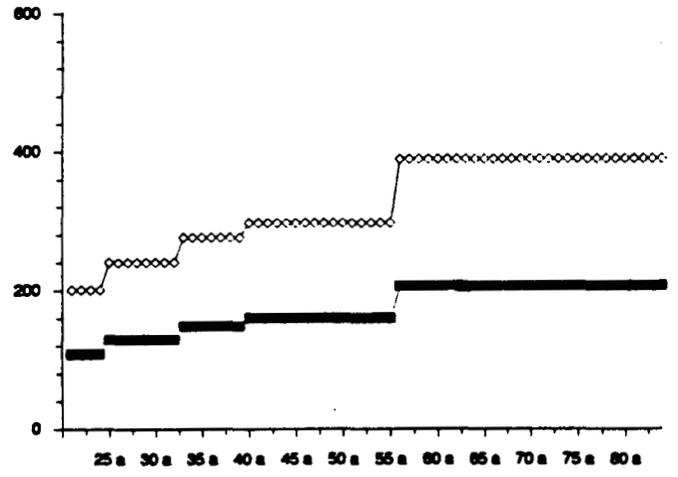
■ personnes seules ◊ couple

Mutuelle exercice 13 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle forfaitaire TM)



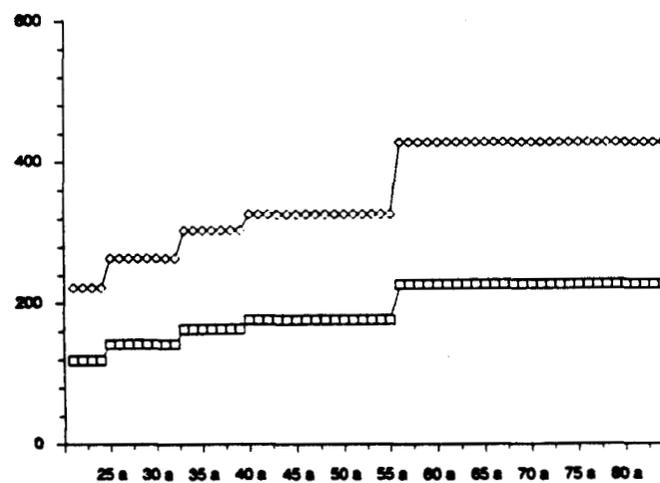
□ personnes seules ◊ couple conjoint à charge ◆ couple conjoint non à charge

Mutuelle exercice 14 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle forfaitaire TM)



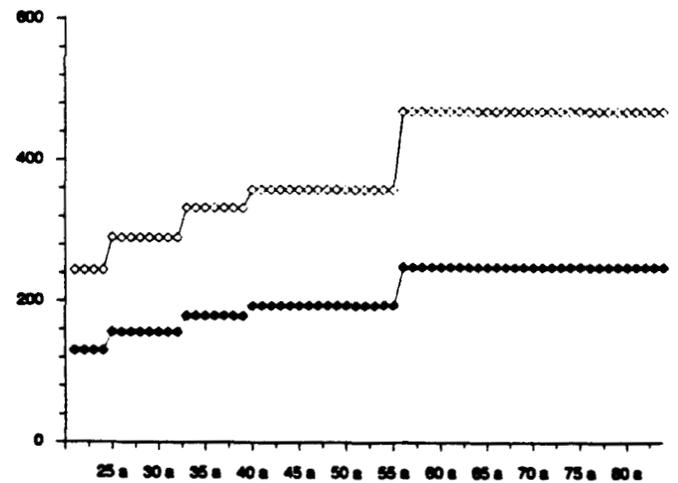
■ personnes seules ◊ couple

Mutuelle exercice 16 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle forfaitaire 2)

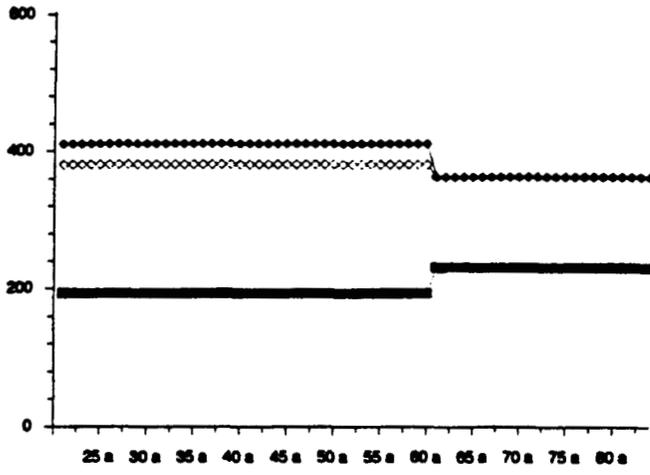


□ personnes seules ◊ couple

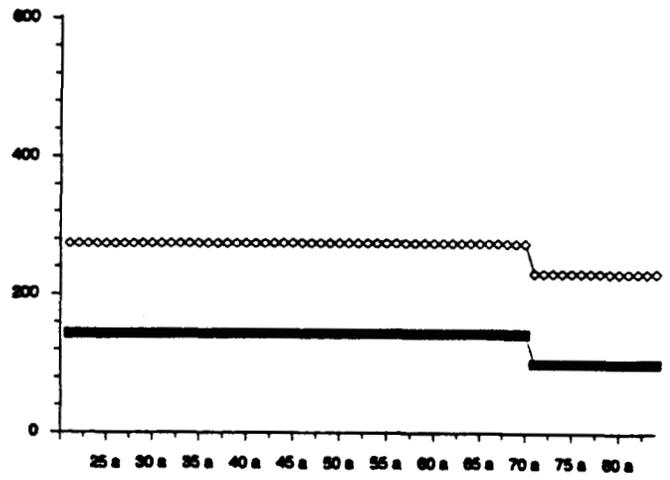
Mutuelle exercice 16 : couple contre personnes seules (estimation mensuelle forfaitaire 3)



◆ personnes seules ◊ couple



■ personne seule ◊ couple composé à charge ◆ couple composé non à charge



■ personne seule ◊ couple

ANNEXE XXIII
PRISE EN COMPTE DU NOMBRE D'ENFANTS
PAR LES MUTUELLES OUVERTES

Mutuelles ouvertes : cotisations mensuelles 5 enfants/couple (conjoint à charge ou non)

		Moyenne couple (conjoint à charge ou non) 21-84 ans	Moyenne cotisation 1 enfant	Moyenne cotisation 5 enfants	5 enfants/couple (conjoint à charge ou non)
Mutuelle 1	formule 1 (TM)	368,67	83,00	166,00	0,450
	formule 2	445,38	109,00	218,00	0,489
	formule 3	536,13	119,00	238,00	0,444
	formule 4	640,50	154,00	308,00	0,481
Mutuelle 2	formule 1	291,59	53,03	73,03	0,269
	formule 2 (TM)	393,53	80,09	112,97	0,275
Mutuelle 3	formule 1	111,78	30,00	90,00	0,805
	formule 2	186,66	50,00	100,00	0,536
	formule 3	262,44	71,00	142,00	0,541
	formule 4 (TM)	443,88	78,00	156,00	0,351
	formule 5	477,13	85,00	170,00	0,356
Mutuelle 4	formule TM	361,43	67,00	201,00	0,556
Mutuelle 5	formule TM	170,23	0,00	0,00	0,000
Mutuelle 6	formule 1	350,78	72,00	144,00	0,411
	formule 2 (TM)	503,44	103,00	206,00	0,409
	formule 3	545,97	112,00	224,00	0,410
	formule 4	716,56	146,00	292,00	0,408
Mutuelle 7	formule 1 (TM)	340,66	69,00	138,00	0,405
	formule 2	418,44	84,00	168,00	0,401
	formule 3	484,13	95,00	190,00	0,392
Mutuelle 8	formule 1	192,96	36,34	68,67	0,356
	formule 2	333,43	70,66	124,00	0,372
	formule 3 (TM)	415,95	48,66	138,67	0,333
Mutuelle 9	formule 1 (TM)	342,03	77,00	154,00	0,450
	formule 2	358,28	78,00	156,00	0,435
	formule 3	399,84	88,00	176,00	0,440
Mutuelle 10	formule TM	402,69	70,28	172,86	0,429
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	318,09	68,58	205,74	0,647
	formule 2	659,97	121,92	365,76	0,554
Mutuelle 12	formule TM	414,75	0,00	0,00	0,000
Mutuelle 13	formule TM	443,23	75,00	225,00	0,513
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	327,31	85,00	170,00	0,519
	formule 2	443,06	98,00	196,00	0,442
Mutuelle 15	formule 1	137,56	17,00	51,00	0,371
	formule 2	151,50	19,00	57,00	0,376
	formule 3 (TM)	436,50	84,00	252,00	0,577
Mutuelle 16	formule 1 (TM)	323,27	40,00	80,00	0,247
	formule 2	355,00	55,00	110,00	0,310
	formule 3	389,83	68,00	136,00	0,349
Mutuelle 17	formule 1	186,88	34,00	102,00	0,546
	formule 2 (TM)	301,72	63,00	189,00	0,626
	formule 3	344,69	79,00	237,00	0,688
	formule 4	476,41	95,00	285,00	0,598
	formule 5	587,66	119,00	357,00	0,607
Mutuelle 18	formule TM	382,63	0,00	40,00	0,105
Mutuelle 19	formule TM	264,15	54,00	162,00	0,613
Mutuelle 20	formule 1	170,69	32,00	96,00	0,562
	formule 2	251,03	47,00	141,00	0,562
	formule 3 (TM)	382,09	57,00	171,00	0,448

ANNEXE XXIV
LES FORMULES DE GARANTIE MALADIE INDIVIDUELLE
PROPOSEES PAR LES MUTUELLES OUVERTES

MUTUELLES OUVERTES : PRESTATIONS

		visites, consultations médecins conventionnés	auxiliaires médicaux, analyses, radiologie	pharmacie ¹ (hors oeuvres sociales)
Mutuelle 1	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	225%TR (SS)	215%TR (SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	275%TR (-SS)	265%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 2	formule 1	100%TR (-SS)	soins infirmiers seulement : 100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 3	formule 1	-	radiologie seulement : 100%TR (-SS)	-
	formule 2	90%TR (-SS)	80%TR (-SS) (sauf radiologie : 100%TR (-SS))	-médicaments à 70%:92%TR(-SS) -médicaments à 40%:72%TC(-SS)
	formule 3	95%TR (-SS)	85%TR (-SS) (sauf radiologie : 100%TR (-SS))	-médicaments à 70%:95%TR(-SS) -médicaments à 40%:85%TC(-SS)
	formule 4 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6 (adhésion tardive)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 4	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 5	la formule (TM)	100%TR (-SS)	90%TR (-SS)	90%TR (-SS)
Mutuelle 6	formule 1	95%TR (-SS)	85%TR (-SS) sauf radiologie : 95%TR (-SS)	-médicaments à 70%:95%TR(-SS) -médicaments à 40%:65%TC(-SS)
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	-généraliste : 100%TR (-SS) -spécialiste : 130%TR (-SS) pour consultation, 140%TR (-SS) pour visite	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	175%TR (-SS)	165%TR (-SS) sauf radiologie : 175%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5 (adhésion tardive)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 6 (adhésion tardive)	généralistes : 150%TR (-SS) spécialistes : 175%TR (-SS)	135%TR (-SS) (sauf radiologie : 125%TR (-SS))	100%TR (-SS)
Mutuelle 7	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 8	formule 1	K>=15 seulement : 100%TR (-SS)	radiologie seulement : 100%TR (-SS)	-médicaments à 70%:94%TR(-SS) -médicaments à 40%:88%TC(-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) sauf analyses : 80%TR (-SS)	-médicaments à 70%:94%TR(-SS) -médicaments à 40%:88%TC(-SS)
	formule 3 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 9	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 10	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	300%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 12	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 13	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	130%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 15	formule 1	-	radiologie seulement : 100%TR (-SS)	-
	formule 2	-	radiologie : 100%TR (-SS) analyses : 81%TR (-SS)	-médicaments à 70%:86%TR(-SS) -médicaments à 40%:56%TC(-SS)
	formule 3 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 16	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 17	formule 1	90%TR (-SS)	radiologie et analyses seulement : 100%TR (-SS)	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	150%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 5	300%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 18	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 19	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	-médicaments à 70%:90%TC(-SS) -médicaments à 40%:70%TC(-SS)
Mutuelle 20	formule 1	95%TR (-SS)	85%TR (-SS) sauf radiologie : 95%TR (-SS)	-médicaments à 70%:85%TC(-SS) -médicaments à 40%:55%TC(-SS)
	formule 2	95%TR (-SS)	95%TR (-SS)	-médicaments à 70%:95%TC(-SS) -médicaments à 40%:70%TC(-SS)
	formule 3 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)

¹vaccins anti-grippe non pris en compte.

MUTUELLES OUVERTES : PRESTATIONS

		optique (verres, montures...) acceptée par la SS	soins dentaires	prothèses dentaires acceptées par la SS
Mutuelle 1	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS) + forfait (2 fois par an) V. M : 450f L : 450f	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait (2 fois par an) V. M : 600f L : 600f	225%TR (-SS)	225%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS) + forfait (2 fois par an) V. M : 900f L : 900f	275%TR (-SS)	275%TR (-SS)
Mutuelle 2	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS) + forfait : 1000f	100%TR (-SS)	235%TR (-SS)
Mutuelle 3	formule 1	-	90%TR (-SS)	90%TR (-SS)
	formule 2	forfait V. M : 350f	90%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	forfait V. M : 400f	95%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4 (TM)	forfait V. M : 500f	100%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 5	forfait V. M : 945f	100%TR (-SS)	200%TR (-SS)
	formule 6 (adhésion tardive)	forfait V. M : 500f	100%TR (-SS)	150%TR (-SS)
Mutuelle 4	la formule (TM)	100%TR (-SS) + forfait V. M : 300f. forfait L : 300f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + forfait 300f
Mutuelle 5	la formule (TM)	V. M: 90%TR (-SS)	90%TR (-SS)	90%TR (-SS)
Mutuelle 6	formule 1	100%TR (-SS) + forfait : 360f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2 (TM)	115%TR (-SS) + forfait : 450f	100%TR (-SS)	125%TR (-SS)
	formule 3	140%TR (-SS) + forfait : 600f	100%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 4	270%TR (-SS) + forfait : 1100f	275%TR (-SS)	275%TR (-SS)
	formule 5 (adhésion tardive)	115%TR (-SS) + forfait : 450f	100%TR (-SS)	125%TR (-SS)
	formule 6 (adhésion tardive)	230%TR (-SS) + forfait : 1100f	165%TR (-SS)	250%TR (-SS)
Mutuelle 7	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	forfait : 309f	125%TR (-SS)	125%TR (-SS)
	formule 3	forfait : 618f	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)
Mutuelle 8	formule 1	90%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	90%TR (-SS)	100%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 3 (TM)	90%TR (-SS) + forfait : 500f	100%TR (-SS)	150%TR (-SS)
Mutuelle 9	formule 1 (TM)	100%TR (-SS) + forfait : 185f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS) + forfait : 500f	100%TR (-SS)	125%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait : 800f	100%TR (-SS)	175%TR (-SS)
Mutuelle 10	la formule (TM)	100%TR (-SS) + forfait : 400f	150%TR (-SS)	150%TR (-SS)
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	100%TR (-SS) avec pour L. plafond : 500f et pour M. plafond : 250f	100%TR (-SS)	75%TR (-SS)
	formule 2	120%TR (-SS) avec pour L. plafond : 500f et pour M. plafond : 500f	100%TR (-SS)	300%TR (-SS) avec un plafond annuel de 6000f
Mutuelle 12	la formule (TM)	295%TR (-SS) + forfait : 450f	100%TR (-SS)	175%TR (-SS)
Mutuelle 13	la formule (TM)	100%TR (-SS) + forfait V : 100f (max: 4 V. an). M : 200f (max: 1 M an). L : 400f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + supplément à partir de SCP20 : 2.5f par SCP
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	210%TR (-SS) + forfait M : 150f	100%TR (-SS)	93.75%TR (-SS)
	formule 2	350%TR (-SS) + forfait M : 500f. L : 800f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS) + 20f par SCP
Mutuelle 15	formule 1	100%TR (-SS) + forfait : 1.5%PMISS	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS) + forfait : 1.5%PMISS	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3 (TM)	100%TR (-SS) + forfait : 5%PMISS	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 16	formule 1 (TM)	100%TR (-SS) + forfait : 400f	125%TR (-SS)	150%TR (-SS)
	formule 2	100%TR (-SS) + forfait : 600f	125%TR (-SS)	200%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait : 600f	125%TR (-SS)	200%TR (-SS)
Mutuelle 17	formule 1	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 3	100%TR (-SS) + forfait : 4%PMISS	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 4	100%TR (-SS) + forfait : 7%PMISS	200%TR (-SS)	200%TR (-SS)
	formule 5	100%TR (-SS) + forfait : 10%PMISS	300%TR (-SS)	300%TR (-SS)
Mutuelle 18	la formule (TM)	98%TR (-SS) + forfait M : 250f. L : 250f. V : 125f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 19	la formule (TM)	100%TR (-SS) + forfait : 120f	100%TR (-SS)	100%TR (-SS)
Mutuelle 20	formule 1	forfait : 200f	95%TR (-SS)	100%TR (-SS)
	formule 2	forfait : 300f	95%TR (-SS)	120%TR (-SS)
	formule 3 (TM)	forfait : 400f	100%TR (-SS)	140%TR (-SS)

MUTUELLES OUVERTES : PRESTATIONS

		hospitalisation hôpital ou clinique conventionnée (séjours et honoraires)	forfait journalier (50f au total) en hôpital	forfait maternité (forfait par enfant)
Mutuelle 1	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 2	100%TR (-SS)	100%	-
	formule 3	230%TR (-SS)	100%	-
	formule 4	280%TR (-SS)	100%	-
Mutuelle 2	formule 1	-	-	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	90% (90 jours)	500f
Mutuelle 3	formule 1	100%TR (-SS)	100% (60 jours)	-
	formule 2	Frais réels avec plafond : 350f/jour	60% (60 jours)	300f
	formule 3	Frais réels avec plafond : 450f/jour	70% (60 jours)	400f
	formule 4 (TM)	Frais réels avec plafond : 660f/jour	100% (60 jours)	600f
	formule 5	Frais réels avec plafond : 660f/jour	100% (60 jours)	600f
	formule 6 (adhésion tardive)	Frais réels avec plafond : 660f/jour	100% (60 jours)	-
Mutuelle 4	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100% (sans limite)	-
Mutuelle 5	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100% (60 jours)	200f
Mutuelle 6	formule 1	100%TR (-SS)	100%	750f
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100%	900f
	formule 3	100%TR (-SS)	100%	1000f
	formule 4	Frais réels dans la limite de 35 000f par hospitalisation	100%	1100f
	formule 5 (adhésion tardive)	100%TC (-SS)	100%	-
	formule 6 (adhésion tardive)	Frais réels dans la limite de 35 000f par hospitalisation	100%	-
Mutuelle 7	formule 1 (TM)	Frais réels	100%	-
	formule 2	Frais réels	100%	309f
	formule 3	Frais réels	100%	618f
Mutuelle 8	formule 1	100%TR (-SS)	100% (60 jours)	bon achat pharmacie mutualiste : 200f
	formule 2	100%TR (-SS)	100% (90 jours)	bon achat pharmacie mutualiste : 100f
	formule 3 (TM)	100%TR (-SS)	100% (90 jours)	500f
Mutuelle 9	formule 1 (TM)	100%TR (-SS) sauf KC>=10 : 125%TR (-SS)	100% (60 jours)	-
	formule 2	100%TR (-SS) sauf KC>=10 : 125%TR (-SS)	100% (60 jours)	-
	formule 3	100%TR (-SS) sauf KC>=10 : 125%TR (-SS)	100% (60 jours)	-
Mutuelle 10	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100%	500f
Mutuelle 11	formule 1 (TM)	100%TR (-SS)	100% (90 jours et à partir du 4e jour)	1000f
	formule 2	100%TR (-SS) (sauf actes chirurgicaux : 200%TC(-SS))	100% (90 jours et à partir du 4e jour)	2000f
Mutuelle 12	la formule (TM)	100%TR (-SS) sauf chirurgie K<50 : 150%TC(-SS) et K>50 : 200%TR(-SS)	100%	500f
Mutuelle 13	la formule (TM)	100%TR (-SS) + 1.8f par lettre K de dépassement	100%	250f
Mutuelle 14	formule 1 (TM)	hospitalisation médicale : 100%TR (-SS) hospitalisation chirurgicale : 135%TR (-SS)	100% (30 jours ou renouvelable si hospitalisation médicale)	-
	formule 2	hospitalisation médicale : 100%TR (-SS) hospitalisation chirurgicale : 135%TR (-SS)	100% (60 jours ou renouvelable si hospitalisation médicale)	500f
Mutuelle 15	formule 1	125%TR (-SS)	100% (120 jours)	1%PMSS
	formule 2	125%TR (-SS)	100% (120 jours)	1%PMSS
	formule 3 (TM)	125%TR (-SS)	100% (120 jours)	3%PMSS
Mutuelle 16	formule 1 (TM)	100%TR (-SS) chirurgie : 200%TR (-SS)	100%	300f
	formule 2	100%TR (-SS) chirurgie : 200%TR (-SS)	100%	300f
	formule 3	100%TR (-SS) chirurgie : 200%TR (-SS)	100%	300f

MUTUELLES OUVERTES : PRESTATIONS

		hospitalisation hôpital ou clinique conventionnée (séjours et honoraires)	forfait journalier (50f au total) en hôpital	maternité (forfait par enfant)
Mutuelle 17	formule 1	100%TR (-SS)	100% (120 jours)	-
	formule 2 (TM)	100%TR (-SS)	100% (30 jours)	-
	formule 3	hospitalisation médicale : 100%TR (-SS) hospitalisation chirurgicale : 135%TR (-SS)	100% (30 jours)	-
	formule 4	hospitalisation médicale : 100%TR (-SS) hospitalisation chirurgicale : 150%TR (-SS)	100% (60 jours)	-
	formule 5	hospitalisation médicale : 100%TR (-SS) hospitalisation chirurgicale : 200%TR (-SS)	100% (90 jours)	-
Mutuelle 18	la formule (TM)	100%TR (-SS)	100% (30 jours)	1200f
Mutuelle 19	la formule (TM)	hospitalisation médicale : 131f/jour (max : 30 jours/an) hospitalisation chirurgicale < à K50 : 160f/jour (max : 12 jours/an) Unité de soins spécialisés : 60f/jour	73% (30 jours)	-adhérent isolé : 180f -famille complète adhérente : 425f
Mutuelle 20	formule 1	hospitalisation médicale ou chirurgicale : 100%TR (-SS) honoraires chirurgicaux < à K50 : 95%TR (-SS) honoraires chirurgicaux KC+ RSS à 100% : 130%TR (-SS)	40% (60 jours)	350f
	formule 2	hospitalisation médicale ou chirurgicale : 100%TR (-SS) honoraires chirurgicaux < à K50 : 95%TR (-SS) honoraires chirurgicaux KC+ RSS à 100% : 140%TR (-SS)	60% (60 jours)	500f
	formule 3 (TM)	hospitalisation médicale ou chirurgicale : 100%TR (-SS) honoraires chirurgicaux < à K50 : 100%TR (-SS) honoraires chirurgicaux KC+ RSS à 100% : 150%TR (-SS)	80% (60 jours)	650f

ANNEXE XXV
MESURES DES ECARTS ENTRE LES GARANTIES MALADIE
PROPOSEES (MUTUELLES OUVERTES)

Mutuelles ouvertes : Niveau des prestations par les cotisations

	Nombre formules	Somme Maximum/TM	Somme Minimum/TM	Somme Maximum/Minimum
Mutuelle 1	4	1,738	1,000	1,738
Mutuelle 2	2	1,000	0,749	1,336
Mutuelle 3	5	1,075	0,252	4,268
Mutuelle 4	1	1,000	1,000	1,000
Mutuelle 5	1	1,000	1,000	1,000
Mutuelle 6	4	1,423	0,697	2,043
Mutuelle 7	3	1,421	1,000	1,421
Mutuelle 8	3	1,000	0,590	1,696
Mutuelle 9	3	1,169	1,000	1,169
Mutuelle 10	1	1,000	1,000	1,000
Mutuelle 11	2	2,075	1,000	2,075
Mutuelle 12	1	1,000	1,000	1,000
Mutuelle 13	1	1,000	1,000	1,000
Mutuelle 14	2	1,354	1,000	1,354
Mutuelle 15	3	1,000	0,315	3,173
Mutuelle 16	3	1,205	1,000	1,205
Mutuelle 17	5	1,948	0,619	3,145
Mutuelle 18	1	1,000	1,000	1,000
Mutuelle 19	1	1,000	1,000	1,000
Mutuelle 20	3	1,000	0,447	2,239
Moyenne	2,45	1,220	0,833	1,693

ANNEXE XXVI
AIDES A L'INTERPRETATION DE L'ANALYSE FACTORIELLE DES
CORRESPONDANCES MULTIPLES REALISEE
(PRATIQUES DES MUTUELLES OUVERTES RELATIVEMENT A
CELLES DES SOCIETES D'ASSURANCE)

***** TABLEAU DE BURT *****

=====

LEAU DES EFFECTIFS

	CV		COU		ENF		SURC		P			S		AGELI		DELAI		F			T			
	CV-	CV+	C-	C+	E-	E+	SC-	SC+	P--	P-	P+	S-	S+	H-	H+	D-	D+	F--	F-	F+	T--	T-	T+	T++
CV	9																							
CV-	0	11																						
CV+																								
COU	9	0	9																					
C-	0	11	0	11																				
C+																								
ENF	5	0	5	0	5																			
E-	4	11	4	11	0	15																		
E+																								
JRC	5	5	5	5	3	7	10																	
SC-	4	6	4	6	2	8	0	10																
SC+																								
P--	6	1	6	1	3	4	4	3	7															
P-	2	2	2	2	1	3	1	3	0	4														
P+	1	8	1	8	1	8	5	4	0	0	9													
S	8	7	8	7	5	10	7	8	6	3	6	15												
S-	1	4	1	4	0	5	3	2	1	1	3	0	5											
S+																								
AGELI	3	6	3	6	2	7	3	6	3	2	4	7	2	9										
H-	6	5	6	5	3	8	7	4	4	2	5	8	3	0	11									
H+																								
DELAI	6	7	6	7	4	9	7	6	3	3	7	10	3	5	8	13								
D-	3	4	3	4	1	6	3	4	4	1	2	5	2	4	3	0	7							
D+																								
F--	4	1	4	1	3	2	3	2	2	3	0	4	1	3	2	4	1	5						
F-	4	9	4	9	2	11	7	6	4	1	8	10	3	5	8	7	6	0	13					
F+	1	1	1	1	0	2	0	2	1	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	2				
T--	5	2	5	2	2	5	5	2	4	1	2	5	2	2	5	5	2	2	4	1	7			
T-	3	1	3	1	3	1	1	3	3	1	0	4	0	2	2	2	2	2	2	0	0	4		
T+	1	5	1	5	0	6	3	3	0	1	5	4	2	3	3	4	2	1	5	0	0	0	6	
T++	0	3	0	3	0	3	1	2	0	1	2	2	1	2	1	2	1	0	2	1	0	0	0	3

CV- CV+ | C- C+ | E- E+ | SC- SC+ | P-- P- P+ | S- S+ | H- H+ | D- D+ | F-- F- F+ | T-- T- T+ T++ |

CV | COU | ENF | SURC | P | S | AGELI | DELAI | F | T

ere COLONNE : VALEURS PROPRES (variances sur les axes principaux)
 2eme COLONNE : CONTRIBUTION A L'INERTIE TOTALE
 (pourcentages expliqués par les axes principaux)
 3eme COLONNE : CONTRIBUTION CUMULEE A L'INERTIE TOTALE
 (pourcentages cumulés expliqués par les axes principaux)

VAL.PRO %EXP %CUM

0.84 84 84 / *****
 0.16 16 100 / *****

VECTEURS PROPRES (coefficients des modalités des variables dans l'équation
 linéaire des axes principaux)

V- 1.167 -0.687
 V+ -0.954 0.563
 W- 1.167 -0.687
 W+ -0.954 0.563
 X- 1.523 2.585
 X+ -0.507 -0.861

ETUDE DES VARIABLES

1re COLONNE : COORDONNEE
 2e COLONNE : COSINUS CARRE (QUALITE DE LA REPRESENTATION)
 3e COLONNE : CONTRIBUTION RELATIVE A L'INERTIE EXPLIQUEE PAR L'AXE

AXES PRINCIPAUX

AXE 1 AXE 2

VARIABLES PRISES EN COMPTE DANS L'ANALYSE

CV-	**	1.072	0.940	20.4*	-0.271	0.060	7.1*
CV+	**	-0.877	0.939	16.7*	0.222	0.060	5.8*
	**			37.1 *			12.9 *
C-	**	1.072	0.940	20.4*	-0.271	0.060	7.1*
C+	**	-0.877	0.939	16.7*	0.222	0.060	5.8*
	**			37.1 *			12.9 *
E-	**	1.399	0.653	19.3*	1.021	0.348	55.7*
E+	**	-0.466	0.652	6.4*	-0.340	0.347	18.6*
	**			25.8 *			74.2 *

VARIABLES SUPPLEMENTAIRES

SC-	**	0.114	0.013	*	0.040	0.002	*
SC+	**	-0.113	0.013	*	-0.040	0.002	*
P--	**	0.759	0.310	*	-0.339	0.062	*
P-	**	0.077	0.001	*	-0.105	0.003	*
P+	**	-0.624	0.318	*	0.311	0.079	*
S-	**	0.190	0.108	*	0.067	0.013	*
S+	**	-0.569	0.108	*	-0.199	0.013	*
H-	**	-0.200	0.033	*	0.166	0.022	*
H+	**	0.164	0.033	*	-0.135	0.022	*
D-	**	0.061	0.007	*	0.144	0.038	*
D+	**	-0.112	0.007	*	-0.266	0.038	*

F--	**	0.797	0.212	*	0.280	0.026	*
F-	**	-0.290	0.156	*	0.021	0.001	*
F+	**	-0.107	0.001	*	-0.832	0.077	*
F--	**	0.433	0.101	*	-0.453	0.111	*
T-	**	0.830	0.172	*	0.822	0.169	*
T+	**	-0.620	0.165	*	-0.129	0.007	*
T++	**	-0.876	0.136	*	0.222	0.009	*

ETUDE DES INDIVIDUS

re COLONNE : COORDONNEE
e COLONNE : COSINUS CARRE (QUALITE DE LA REPRESENTATION)
e COLONNE : CONTRIBUTION RELATIVE A L'INERTIE EXPLIQUEE PAR L'AXE

AXES PRINCIPAUX

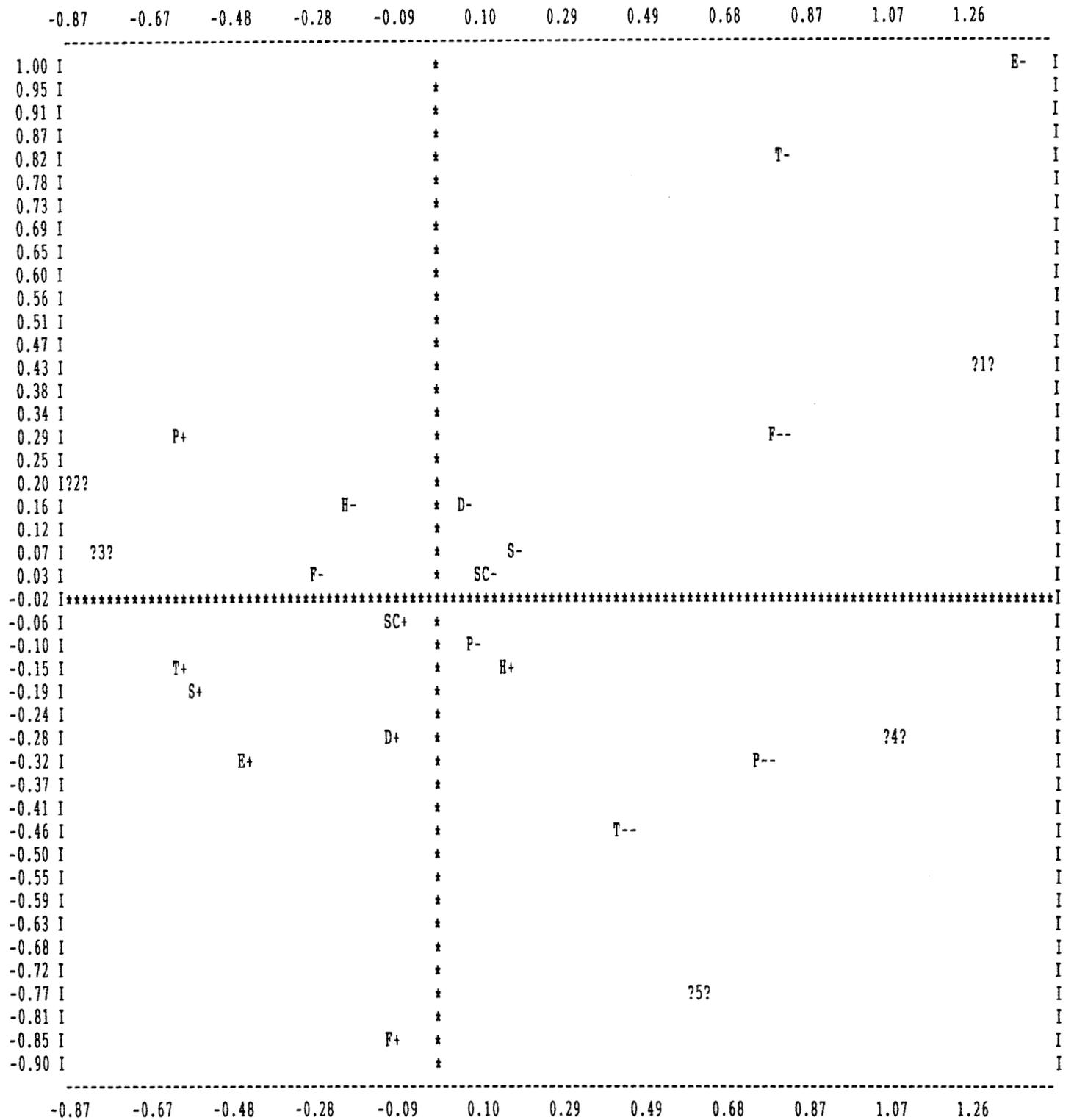
AXE 1 AXE 2

INDIVIDUS PRIS EN COMPTE DANS L'ANALYSE

.1	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.2	**	1.286	0.911	9.8*	0.403	0.090	5.2*
.3	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.4	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.5	**	1.286	0.911	9.8*	0.403	0.090	5.2*
.6	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.7	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.8	**	0.609	0.400	2.2*	-0.745	0.600	17.8*
.9	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.10	**	0.609	0.400	2.2*	-0.745	0.600	17.8*
.11	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.12	**	1.286	0.911	9.8*	0.403	0.090	5.2*
.13	**	0.609	0.400	2.2*	-0.745	0.600	17.8*
.14	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.15	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.16	**	1.286	0.911	9.8*	0.403	0.090	5.2*
.17	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*
.18	**	1.286	0.911	9.8*	0.403	0.090	5.2*
.19	**	0.609	0.400	2.2*	-0.745	0.600	17.8*
.20	**	-0.805	0.987	3.8*	0.088	0.012	0.2*

MAPHE 1 2
 AXE HORIZONTAL : 1 AXE VERTICAL : 2

PROJECTION DES INDIVIDUS ET DES MODALITES DES VARIABLES



POINTS CACHES

POINTS VUS	POINTS CACHES	ABSCISSE	ORDONNEE
1	.2	1.285675	.4034492

1	.5	1.285675	.4034492
1	.12	1.285675	.4034492
1	.16	1.285675	.4034492
1	.18	1.285675	.4034492
2	CV+	-.8765448	.2221988
2	C+	-.8765445	.2221987
2	T++	-.8764854	.2224305
3	.1	-.8052064	8.786246E-02
3	.3	-.8052064	8.786246E-02
3	.4	-.8052064	8.786246E-02
3	.6	-.8052064	8.786246E-02
3	.7	-.8052064	8.786246E-02
3	.9	-.8052064	8.786246E-02
3	.11	-.8052064	8.786246E-02
3	.14	-.8052064	8.786246E-02
3	.15	-.8052064	8.786246E-02
3	.17	-.8052064	8.786246E-02
3	.20	-.8052064	8.786246E-02
4	CV-	1.071989	-.2714652
4	C-	1.071989	-.2714652
5	.8	.6088087	-.7453024
5	.10	.6088087	-.7453024
5	.13	.6088087	-.7453024
5	.19	.6088087	-.7453024