

organisation du secteur santé

Les compagnies d'assurances à l'assaut de la mutualité

Jean-Roger FONTAINE

*Article paru dans « La Vie Mutualiste »,
organe de la Mutualité des Travailleurs des
Bouches-du-Rhône. (Cette enquête se compose
de trois articles dont le dernier paraîtra dans le
numéro 111 de mars prochain de « La Vie
Mutualiste »).*

Le récent débat parlementaire sur l'assurance maladie des commerçants et des artisans a, une fois de plus, attiré l'attention sur les efforts des compagnies d'assurances pour conquérir ce que la compagnie « Le Phénix », qui pas plus que ses soeurs ne fait de sentiment, appelle « le marché français de l'assurance maladie ».

La loi du 12 juillet 1966 partageait en effet entre les mutuelles et les compagnies d'assurances la gestion du nouveau régime. Mais, le moins que l'on puisse dire, c'est que le partage n'est pas équitable. Les mutuelles et les compagnies d'assurances sont des organismes de nature trop différente pour qu'elles puissent vraiment entrer en concurrence. Elles n'ont pas les mêmes devoirs ni les mêmes droits.

Nous verrons cela plus en détail, mais déjà il est intéressant de rappeler que le paragraphe 3 de l'article 13 du code de la mutualité interdit « le démarchage ainsi que l'emploi de courtiers rémunérés », alors que les sociétés d'assurances ne se privent pas de ces services et usent, et même parfois abusent, de la publicité.

De même les mutuelles, obligées à équilibrer leurs entrées et leurs sorties d'argent, sont tenues d'encaisser les cotisations à un taux prescrit, alors que les compagnies d'assurances, beaucoup plus libres, peuvent se livrer à du dumping, c'est-à-dire offrir les contrats à meilleur marché, la première année du moins, car ensuite elles se rattrapent.

On estime, dans ce cas, qu'en moyenne, le niveau de la cotisation mutualiste est dépassé au cours de la troisième année du contrat. Notons d'ailleurs qu'en dépit de ces déséquilibres, 70 % des travailleurs indépendants ont choisi de s'affilier à des mutuelles.

Cependant, on sait que, depuis quelques années, la prospection du « marché de l'assurance maladie » ne concerne pas seulement les non-salariés. Ceux-ci ne sont d'ailleurs des clients intéressants que dans la mesure où ils souscrivent, en même temps qu'à l'assurance obligatoire, à un régime complémentaire et, par exemple, le Centre d'Information sur les régimes de retraite et de prévoyance, qui est une création de la

Compagnie « Le Phénix », s'empresse dans ses circulaires de proposer les deux d'un coup.

Par conséquent, les assurés sociaux, moins bien protégés contre la maladie depuis les ordonnances de 1967, sont eux aussi sollicités. Là encore il s'agit d'un marché intéressant : plus d'un assuré social sur trois est affilié à une mutuelle, ce qui veut dire que près des deux tiers sont de potentiels clients. Mais les assurances ne craignent pas de pénétrer dans les entreprises où des sociétés mutualistes sont implantées, et de s'efforcer de prendre leur place, en faisant miroiter des « avantages » qui, à l'usage ou à l'analyse un peu serrée, s'avèrent en grande partie illusoires.

Des contrats compliqués

On ne peut examiner tous les contrats, qui sont multiformes, mais enfin il est intéressant de s'arrêter sur une clause qu'on retrouve souvent et selon laquelle des compagnies d'assurances remboursent 125 % et même 200 % des prestations de la Sécurité Sociale lorsque le médecin consulté n'est pas conventionné. Alors comptons, en prenant pour base la consultation de médecine générale, arrondie à 16 francs pour la commodité du calcul :

Les tarifs médicaux peuvent varier suivant les départements, de même que les taux de remboursement varient selon les mutuelles.

Aussi avons-nous cité les chiffres à titre d'exemple.

— Dans le cas d'un médecin conventionné et d'une adhésion à une mutuelle, le remboursement a lieu sur les bases suivantes : (c'est un exemple) : Sécurité Sociale 12 francs (75 %) + Mutuelle 3,20 F (20 %) soit 15,20 F. Il reste 80 centimes à la charge du mutualiste.

— Dans le cas d'un médecin non conventionné, la Sécurité Sociale applique son « tarif d'autorité », c'est-à-dire qu'elle considère que la consultation a été payée 4 F. Elle rembourse donc 3 F (75 %). Même si la

compagnie d'assurances applique le taux de 200 %, le remboursement total n'est que de 9 F ; il reste 7 F à la charge du malade. Où est l'avantage ?

Les contrats traitent souvent séparément le « gros risque » et le « petit risque » offrant une couverture apparemment plus grande en cas de grave maladie ou d'opération chirurgicale importante.

Mais les statistiques les plus récentes de la principale Caisse Française d'Assurance Maladie, qui portent sur 1967, montrent que la petite chirurgie coûte plus cher que la « chirurgie lourde » (respectivement 57 % et 43 % des règlements), car c'est surtout la fréquence des remboursements qui fait les grosses dépenses. Par ailleurs, la « chirurgie lourde » est prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale.

Enfin, les contrats prévoient parfois le versement d'un capital décès, mais c'est presque une clause de style. Ce capital ne sera en effet, qu'exceptionnellement versé, pour l'excellente raison qu'en partant à la retraite, l'assuré perd tous ses droits.

Fort heureusement, un décès sur trois se produit après soixante-cinq ans, ce qui fait, si l'on tient compte de la mortalité de l'enfance et de l'adolescence, que nombre de personnes sont exclues de ce bénéfice. Notons d'ailleurs que l'employé quittant son entreprise, que ce soit pour partir en retraite ou tout autre motif, perd le bénéfice de son assurance complémentaire automatiquement. Ce n'est pas le moindre défaut de la « technique de groupe »

Du personnel au yacht

Le « contrat de groupe » est en effet passé directement entre la compagnie d'assurances et l'employeur, pour l'ensemble du personnel. Pour l'employé, il est donc subi et non choisi. Souvent la direction de l'entreprise paie une part de la cotisation (quelquefois la moitié, soit

environ 1,5 % des salaires), mais cet inconvénient est compensé par des avantages.

Pour arracher le contrat, la compagnie d'assurances consent volontiers à des « sacrifices » portant sur d'autres risques et l'on m'a cité le cas d'une entreprise où avaient été assurés d'un coup, pour ainsi dire globalement, le personnel contre la maladie, les voitures contre l'accident, les bâtiments contre l'incendie et le yacht du directeur contre le naufrage.

Par ailleurs, la cotisation patronale légitime la suppression des droits à l'employé qui a quitté l'entreprise : un patron ne va tout de même pas payer pour l'ingrat qui est parti. Enfin le système a l'avantage, pour l'employeur, d'attacher au moins en partie le personnel à son atelier ou à son bureau. Celui qui a cotisé pendant un certain temps hésitera peut-être à s'en aller, c'est-à-dire à tout perdre. En cas de crise, il se montrera peut-être plus sage, afin de conserver son emploi. Le « contrat de groupe » a ainsi un caractère paternaliste, évidemment très éloigné de l'état d'esprit mutualiste.

Mais il est avantageux pour la société d'assurances qui le conclut, puisqu'englobant tout le personnel, il concerne également les gens qui constituent un petit risque : célibataires, couples sans enfants et en bonne santé qui ne souscriraient pas volontairement. Voilà encore un phénomène qui désavantage les mutuelles, dont les responsables savent bien tout le mal qu'ils ont à faire adhérer ces catégories, ces jeunes qui ne se soucient pas de la maladie, qui ne songent pas que leur présence dans une mutuelle serait alors un acte de solidarité, qui ne demanderont leur adhésion qu'après une alerte de santé ou lorsque des enfants s'annonceront, à cause de la rubéole, de la rougeole, des otites.

Des frais de gestion élevés

L'article premier du code de la mutualité définit le rôle des mutuelles et précise qu'elles ont à mener une « action de prévoyance, de solidarité et d'entraide ». L'ordonnance du 19

octobre 1945, portant statut, insistait sur l'importance de la mutualité ouvrière en ces termes :

« On ne saurait trop insister sur le rôle considérable que présente pour la population ouvrière et pour la mutualité tout entière, le développement des mutuelles d'entreprise. La mutualité d'entreprise constitue un instrument d'éducation étant donné qu'elle suscite le développement de l'esprit de propagande et d'entraide dans les milieux ouvriers, et qu'au surplus elle donne aux travailleurs le sens de la responsabilité, du fait que la société mutualiste constitue un patrimoine commun dont la bonne gestion dépend d'eux seuls. »

Ce patrimoine commun est géré par des comités élus par les mutualistes. Les charges sont supportées par tous et les excédents de recettes, s'il y en a, appartiennent à chacun. Il en va autrement avec les compagnies d'assurances, évidemment, qu'elles soient privées ou nationalisées. Les charges sont encore supportées par les assurés mais les bénéfices vont aux actionnaires.

Cependant, même si l'on fait abstraction des bénéfices, les contrats d'assurances ne peuvent être les plus avantageux dans la mesure où les frais de gestion des compagnies sont très élevés : ils atteignent 30 à 35 %, alors que ceux des mutuelles se situent entre 7,5 et 10 % (les frais administratifs de la Sécurité Sociale évoluant autour de 5 %). Dans le meilleur des cas, le rapport prestations-cotisations ne dépasse donc pas 70 % avec les compagnies d'assurances.

Induire en erreur

Le coût élevé de la gestion s'explique par les équipements somptueux, le recours à la publicité et au courtage. Certaines compagnies ont monté de véritables bureaux de recrutement pour drainer les cotisations des souscripteurs, et elles ne craignent pas de leur donner les apparences de sociétés à but non lucratif, voire de mutuelles.

Pour ne citer qu'un exemple, rappelons l'affaire de « La garantie médicale et chirurgicale », dont les agissements entraînent la protestation d'un membre du Conseil Supérieur de la Mutualité, M. Roger Wynhant. A cette protestation, le ministre des Affaires Sociales répondit, le 10 juillet 1968, en admettant que ce groupement « en fait a pour but de réunir des adhérents en vue de les faire bénéficier d'un contrat d'assurance collective souscrit auprès d'une société d'assurances agréée conformément au décret-loi du 14 juin 1938.

Ce groupement ne gère donc lui-même aucun risque et son rôle se borne à transférer à l'organisme assureur les primes versées par les adhérents ». Et le ministre concluait sa lettre « en soulignant le fait que les documents distribués par ce groupement comportent des mentions susceptibles d'induire en erreur les adhérents éventuels en ce qui concerne le rôle exact de l'association ».

Ici une question se pose pour ainsi dire d'elle-même. Pourquoi cet organisme a-t-il publié des documents « susceptibles d'induire en erreur », comme dit pudiquement le ministre, ses adhérents? Pourquoi ne pas annoncer franchement la couleur ? Après tout il n'y a pas de honte, pour l'entreprise commerciale qu'est une compagnie d'assurances, à solliciter les clients.

On a peine à croire que la concurrence ordinaire et banale exige cette confusion, et l'on est amené à soupçonner les compagnies, ou plutôt le ministère qui les contrôle, de poursuivre des buts plus ténébreux, et à plus longue échéance.

En effet, pourquoi les sociétés d'assurances orientent-elles systématiquement les malades vers les médecins non conventionnés ? Elles n'y trouvent elles-mêmes aucun avantage, et il faut bien admettre que cette attitude n'a pas d'autre objet que de favoriser le non-conventionnement, que la Sécurité Sociale combat. En obligeant celle-ci à appliquer le « tarif d'autorité », les compagnies d'assurances réduisent sa part dans le remboursement des

frais médicaux et chirurgicaux, ce qui est très précisément le but recherché par les Pouvoirs Publics, on l'a vu avec les ordonnances de 1967.

Ces ordonnances abaissaient à 70 % le remboursement par la Sécurité Sociale de la plupart des actes médicaux (ce taux a depuis été relevé à 75 % pour calmer un peu le mécontentement), afin dans un premier temps, de faire supporter aux assurés une plus grande part des frais entraînés par la maladie. Les Pouvoirs Publics semblaient compter pour cela sur les mutuelles, qui auraient évidemment été obligées d'augmenter les cotisations si elles avaient voulu pratiquer un remboursement plus étendu.

La Sécurité Sociale visée

Malheureusement pour ce calcul, les mutuelles n'ont pas joué le jeu ; à quelques exceptions près, elles n'ont pas modifié leurs barèmes, et à son congrès de Saint-Malo, la Fédération nationale de la Mutualité française a confirmé son refus de « prendre le relais de la Sécurité Sociale ». Il s'agit là d'une option essentielle : les mutuelles sont favorables à une expansion de la couverture médicale, mais la base fondamentale de la protection des individus doit rester la Sécurité Sociale, on ne saurait se substituer à celle-ci.

Cependant, les mutuelles refusant d'appuyer la dégradation de la Sécurité Sociale, les Pouvoirs Publics ont fait donner les compagnies d'assurances.

Si le régime d'assurance maladie obligatoire des travailleurs indépendants est aussi médiocre, c'est sans doute dans le but d'inciter à adhérer à une assurance complémentaire. Les compagnies ne s'y trompent pas et, par exemple, « Le Phénix » s'empresse de souligner dans ses circulaires que les garanties offertes par la loi « sont assez restreintes ».

Mais selon certaines opinions, cette médiocrité vise également la Sécurité Sociale :

elle crée un précédent, notamment en matière de petit risque, et un jour une bonne âme s'apercevra qu'il n'y a pas de raisons pour que les citoyens soient inégaux devant la loi, pour que la Sécurité Sociale rembourse ce que le régime des travailleurs indépendants refuse de payer. D'ailleurs il est déjà prévu de porter le ticket modérateur à 40 % au cours du VI^e Plan.

Ainsi s'explique l'arrivée des compagnies d'assurances sur le « marché » de la maladie. Elle a coïncidé avec les ordonnances d'août 1967 : le moment était favorable. En période de crise, qu'il s'agisse de chômage, d'inflation, de dévaluation, les gens de condition modeste ressentent le besoin d'une sécurité accrue, par ailleurs très caractéristique du monde moderne, ce qui explique le récent succès de l'assurance-vie.

La querelle entre les compagnies et les sociétés mutualistes ne s'explique donc pas, comme on a voulu le faire croire, par de sordides rivalités d'intérêts. Les mutuelles n'ont pas de but lucratif. Il s'agit d'une affaire de principes qui met en jeu les fondements de la protection sociale. Mais en outre, les cotisations encaissées par les mutuelles représentent chaque année globalement entre 1 et 1,3 milliard de francs lourds ; c'est une somme, et qui paraît être l'objet de multiples convoitises, on le verra dans un prochain article.



Recherches universitaires, n° 1, hiver 1970, pp. 63 à 66