

La nouvelle logique d'action des mutuelles de santé La mise en place de « Priorité santé mutualiste » A new strategy for mutual health insurers Setting up the “*Priorité santé mutualiste*”

Gilles Caire

Numéro 311, février 2009

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1022183ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1022183ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association Recma

ISSN

1626-1682 (imprimé)

2261-2599 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Caire, G. (2009). La nouvelle logique d'action des mutuelles de santé : la mise en place de « Priorité santé mutualiste ». *Revue internationale de l'économie sociale*, (311), 22–35. <https://doi.org/10.7202/1022183ar>

Résumé de l'article

Les difficultés de contrôle des dépenses d'assurance maladie, la crise de représentation des acteurs et le maintien de significatives inégalités de santé conduisent les mutuelles à revendiquer une place accrue dans la régulation du système de santé. En juin 2006, la Mutualité française a annoncé la mise en place progressive d'un parcours mutualiste visant à la double amélioration de l'efficacité et de l'équité dans l'accès à des soins de qualité. Cet article met en perspective cette action à travers l'histoire des relations entre Sécurité sociale et mutualité et au regard de la théorie économique de l'agence. Cette double grille de lecture permet de dégager les éléments d'utilité sociale de cette nouvelle logique d'action, mais aussi de souligner la responsabilité du mouvement mutualiste dans l'avenir de la protection sociale française.

LA NOUVELLE LOGIQUE D'ACTION DES MUTUELLES DE SANTÉ : LA MISE EN PLACE DE « PRIORITÉ SANTÉ MUTUALISTE »

par Gilles Caire*

Les difficultés de contrôle des dépenses d'assurance maladie, la crise de représentation des acteurs et le maintien de significatives inégalités de santé conduisent les mutuelles à revendiquer une place accrue dans la régulation du système de santé. En juin 2006, la Mutualité française a annoncé la mise en place progressive d'un parcours mutualiste visant à la double amélioration de l'efficacité et de l'équité dans l'accès à des soins de qualité. Cet article met en perspective cette action à travers l'histoire des relations entre Sécurité sociale et mutualité et au regard de la théorie économique de l'agence. Cette double grille de lecture permet de dégager les éléments d'utilité sociale de cette nouvelle logique d'action, mais aussi de souligner la responsabilité du mouvement mutualiste dans l'avenir de la protection sociale française.

* Maître de conférences HDR de sciences économiques à l'université de Poitiers, chercheur au Cedes-Lab. RII (EA 3604) et responsable du master professionnel « Droit et développement de l'économie sociale et solidaire ». Mél. : gilles.caire@univ-poitiers.fr.

Depuis la création de la Sécurité sociale, les mutuelles ont toujours eu du mal à trouver leur « juste » place dans la régulation du système de santé. La (difficile) mise en concordance, humaine, spatiale et financière, d'une demande socialisée et d'une offre de soins majoritairement libérale est depuis 1945 du ressort des caisses d'assurance maladie et du Parlement, dont le rôle est devenu progressivement prépondérant. Cantonnées jusqu'à présent principalement dans un rôle de couverture du « reste à charge », les mutuelles de santé cherchent aujourd'hui à valider un rôle plus actif à travers la mise en œuvre d'un « parcours de santé mutualiste », rebaptisé « Priorité santé mutualiste » en septembre 2007, avec la triple ambition d'« instituer une culture du résultat et de la transparence » et d'« assurer à chacun d'avoir les mêmes chances face à la maladie » dans « le respect indéfectible des principes fondamentaux de la Sécurité sociale » (discours de Jean-Pierre Davant, président de la FNMF, au XXXVIII^e congrès de la Mutualité, à Lyon, en juin 2006).

Ce projet nous semble constituer une véritable rupture institutionnelle au regard de l'histoire sociale et sanitaire française des soixante dernières années. Il introduit une nouvelle logique d'action pour les mutuelles en termes d'« assemblage de soins », tout en cherchant à conserver les valeurs

de partage défendues par le mouvement mutualiste : la solidarité, la démocratie, la liberté et la responsabilité. Le point de vue que nous adopterons n'est pas de comparer les vices et les vertus économiques de la concurrence ou du monopole en matière d'assurance maladie et d'offre de soins (sur cet aspect, voir Caire, 2002a, 2002b). Il s'agit plutôt de voir comment le dispositif « Priorité santé mutualiste » est conçu comme une réponse stratégique, sur un horizon de dix ans, à une interrogation sur la place du tiers secteur dans un système caractérisé par une très forte tutelle publique, l'existence d'un marché de la couverture complémentaire très concurrentiel (*lire l'encadré 1, en page suivante*) et la nécessité de déléguer la production du service final à d'autres acteurs, privés (professionnels libéraux, pharmacies, cliniques) ou publics (hôpitaux). Dans ce cadre très particulier, les modalités concrètes de mise en œuvre sont essentielles afin d'éviter de contribuer à une possible désagrégation du système français de santé, qui, malgré toutes les critiques, est selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'un des meilleurs au monde ⁽¹⁾.

(1) Rappelons que dans son « Rapport sur la santé dans le monde » de 2000 (téléchargeable sur www.who.int), l'OMS classait la France en sixième position en matière de réalisation d'objectifs de santé et première en termes de performance globale (lorsque les résultats sont rapportés aux dépenses engagées).

Mutuelles et assurance maladie obligatoire : comment éviter la vassalisation ?

L'annonce du parcours de santé mutualiste en juin 2006 doit être considérée au regard de l'évolution structurelle de l'attitude de la Mutualité vis-à-vis du principe de l'assurance sociale, puis de façon plus conjoncturelle comme une réaction de dépit suite à la mise en œuvre des trois réformes majeures de l'assurance maladie de 1995, 1999 et 2004, dans lesquelles la Mutualité s'était fortement impliquée.

Une revendication constante de coresponsabilité

Depuis plus de quatre-vingts ans, la Mutualité revendique sa légitimité à participer à la gestion de la couverture du risque maladie. Le projet de loi de 1921 d'instauration des assurances sociales prévoyait l'affiliation obligatoire des salariés à des caisses départementales uniques à forte nature administrative. Près de dix années de débats parlementaires et de lobbying mutualiste, avec l'appui de milieux syndicaux, patronaux, agricoles et médicaux, conduisent à une véritable « *mutualisation des assurances sociales* », selon l'expression de Bernard Gibaud ⁽²⁾. Le principe retenu est la liberté de choix de l'assuré entre des « caisses d'affinité », mutualistes, patronales, confessionnelles ou syndicales, et des caisses départementales, mais dont les conseils d'administration sont composés essentiellement de représentants mutualistes. La mutualité tient également un rôle prépondérant dans tous les organismes régionaux et nationaux créés par la loi.

Le choc est d'autant plus brutal en 1945. La mutualité est alors exclue de la gestion de la protection sociale obligatoire (ordonnance du 4 octobre) et est contrainte de se spécialiser dans la prévention des risques sociaux et le développement moral, intellectuel et physique des membres

(2) Cette partie s'appuie fortement sur son ouvrage de référence : *De la mutualité à la Sécurité sociale, conflits et convergences*, Les Editions ouvrières, 1986.

Encadré 1 Le marché de la complémentaire santé

- En 2007, les cotisations santé collectées par les organismes complémentaires représentaient 28 milliards d'euros. La part de marché des 805 mutuelles était de 58 %, contre 23 % pour les 9 sociétés d'assurances (27 % en 1995) et 19 % pour les 38 institutions de prévoyance (13 % en 1995) proposant des contrats santé. (*Source: Comptes nationaux de la santé.*)
- Les mutuelles ont une très forte spécialisation en santé : c'est 81 % de leur chiffre d'affaires total, contre 48 % pour les institutions de prévoyance et 4 % pour les sociétés d'assurances (ces dernières ont plutôt tendance à considérer les contrats santé comme des produits d'appel et peuvent donc tirer les prix vers le bas). Cette spécialisation est un gage de compétences et de crédibilité, mais cela induit aussi une extrême dépendance conjoncturelle aux décisions tarifaires de l'assurance maladie. (*Source: Fonds CMU.*)
- Environ 90 % des Français sont couverts par une complémentaire santé (dont 8 % par la couverture maladie universelle complémentaire, CMUC), mais avec des qualités de contrat très diverses (Martin-Houssart, 2005). La moitié des 10 % restants n'est pas couverte du fait d'une absence de moyens financiers (effet de seuil de la CMUC), l'autre moitié n'est pas concernée (exonération de ticket modérateur, par exemple) ou ne se sent pas concernée (car se jugeant en bonne santé). La population couverte par les mutuelles est plus âgée que celle couverte par les autres organismes complémentaires : 24 % ont 60 ans ou plus, contre 22 % pour les sociétés d'assurances et 18 % pour les institutions de prévoyance. Cela s'explique en partie par une présence plus ancienne sur le marché de la complémentaire santé, mais aussi par une offre plus réduite de contrats collectifs qui, souscrits par des entreprises, ne couvrent que des actifs. Ainsi, seuls 24 % des assurés sont couverts par des contrats collectifs dans les mutuelles, contre 80 % dans les institutions de prévoyance. Cette pyramide des âges défavorable fait que les dépenses totales par personne protégée sont supérieures de 13 % à celles des sociétés d'assurances et de 7 % à celles des institutions de prévoyance. (*Source: Dress, enquête 2002.*)
- En 2007, les organismes complémentaires prennent en charge 13,6 % de la dépense de soins et de biens médicaux (dont 7,9 % pour les mutuelles, 3,2 % pour les assurances privées et 2,5 % pour les institutions de prévoyance). Cette prise en charge complémentaire est très variable selon les catégories de dépenses : 5 % pour les soins hospitaliers, 18 % pour le médicament, 19 % pour la médecine de ville, 22 % pour les analyses, 36 % pour l'optique, les prothèses et le petit matériel et 36 % également pour les soins dentaires. (*Source: Comptes nationaux de la santé.*)
- La mutualité, *via* les structures dédiées à la gestion des réalisations sanitaires et sociales (livre III du Code de la mutualité), gère également environ 2 200 services de soins et d'accompagnement mutualistes : centres d'optique, centres dentaires, établissements et services pour personnes âgées, centres d'audioprothèse, centres et services de loisirs-vacances, centres de soins médicaux et infirmiers, établissements et services d'hospitalisation, établissements et services pour personnes handicapées, pharmacies, laboratoires de prothèse dentaire, établissements et services pour la petite enfance... (*Source: Mutualité française.*)

(ordonnance du 19 octobre portant statut de la mutualité). Certes, elle se voit également reconnaître un rôle de couverture complémentaire, mais dans l'esprit des promoteurs de la Sécurité sociale, les mécanismes de solidarité mutualiste étaient appelés à disparaître progressivement du fait de la volonté d'apporter un niveau de protection toujours plus élevé pour tous à travers les régimes obligatoires. De plus, pour Alexandre Parodi, ministre du Travail, la démocratie sociale relève des syndicats, les mutuelles étant sous l'influence de notables trop éloignés des aspirations ouvrières (Dupeyroux, 2005).

Pour les mutuelles, les principes d'unicité et d'universalité posés par l'ordonnance du 4 octobre 1945 sont en complète contradiction avec les principes de liberté de choix, d'application de règles adaptées à la diversité des situations, d'esprit de responsabilité et d'engagement personnel qu'elles ont toujours défendus. Dans le contexte du début de la guerre froide et d'abandon du principe de caisse unique en 1946 (avec le maintien définitif des régimes spéciaux), la Mutualité tente alors, sans grand succès, une stratégie similaire à celle des années 20 de « mutualisation de la Sécurité sociale » en soutenant la modification de certains articles de l'ordonnance par la loi Morice du 27 février 1947⁽³⁾ et en présentant des listes strictement mutualistes le 24 avril 1947 aux premières élections aux caisses de Sécurité sociale⁽⁴⁾.

Enfin, après une décennie d'opposition, de désarroi, d'hésitations et de réticences, c'est en 1954, lors de son XXI^e congrès, que la Mutualité française fait son *aggiornamento* et plaide pour « l'établissement d'une coordination avec les régimes sociaux obligatoires » en matière de prestations, d'œuvres sociales et d'élaboration des tarifs médicaux (Dumont, 1995). Cette volonté de « coopération raisonnée » se renforce à partir de 1967, suite à la réforme du régime général (dite réforme Jeanneney) instaurant la séparation des risques et la suppression des élections. La Mutualité devient ainsi un défenseur résolu de la démocratisation de l'accès aux soins dans le cadre du système de sécurité sociale. Elle fait souvent front commun avec le mouvement syndical contre les multiples plans ministériels de redressement, qui se traduisent systématiquement par des hausses du ticket modérateur, et contre la multiplication des dépassements des tarifs conventionnels.

Trois espoirs déçus : le plan Juppé de 1995...

Devant les difficultés récurrentes de l'assurance maladie, la Mutualité plaide, depuis son congrès de Bayonne de 1994, pour des réformes structurelles et revendique une place accrue dans la régulation de la santé. Elle s'est ainsi investie fortement dans la préparation de trois réformes majeures de l'assurance maladie, dans lesquelles elle voyait des occasions historiques d'amélioration de l'efficacité et de l'équité du système. Mais à chaque fois, les modalités d'application et l'effectivité de la mise en œuvre des mesures l'ont profondément déçue.

En novembre 1995, la Mutualité soutient les grandes orientations du plan Juppé⁽⁵⁾ visant à une « maîtrise médicalisée » des dépenses : la fixation chaque

(3) Cette loi ouvre la possibilité aux groupements mutualistes, sous certaines conditions très restrictives, de constituer des sections locales, disposition qui pour l'essentiel demeurera théorique sauf pour les fonctionnaires et les étudiants. Mais surtout, fait moins souvent souligné, elle abroge l'autorisation pour les caisses d'assurance maladie d'intervenir dans l'assurance complémentaire.

(4) Ces listes n'obtiennent que 9 % des voix et 6 % des sièges.

(5) Cette réforme reprenait de nombreuses propositions d'un texte commun intitulé « Pour une politique de santé au service de la population », signé en décembre 1994 par la FNMF, Médecins du monde, l'Uniopss, la CFDT, la FEN et la FSU.

(6) Trois représentants de la FNMF avec voix délibérative au conseil d'administration de la Cnam (sur trente-trois membres), deux dans les CPAM et un dans les Cram.

année par le Parlement d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), l'expérimentation de réseaux et de filières de soins avec notamment le dispositif du « médecin référent », la fixation d'enveloppes globales de dépenses avec des mécanismes de reversement en cas de non-respect. L'ordonnance du 24 avril 1996 permet également à la Mutualité de réintégrer les caisses d'assurance maladie, alors qu'il n'y a aucun représentant des sociétés d'assurances⁽⁶⁾. FO refusant la réforme, la nouvelle « majorité de gestion » de la Sécurité sociale est composée du patronat, de la CFDT, de la CGC, de la CFTC et de la Mutualité. Simultanément, la FNMF, l'Uniopss, la FNTH, l'Unsa, la CFDT et la CGC créent un « comité de vigilance » pour veiller à la mise en œuvre du plan contre « *l'influence des forces conservatrices et des corporatismes* » (Davant, 1996). Mais suite à la dissolution de l'Assemblée nationale d'avril 1997 et aux profondes résistances des syndicats médicaux, la plupart des mesures envisagées resteront lettre morte.

... mise en place de la CMUC en 1999...

Depuis 1967, la Mutualité réclamait la généralisation de la couverture maladie obligatoire à l'ensemble de la population. Elle a ainsi participé aux débats qui ont accompagné la longue maturation du principe d'accès universel aux soins (lois de 1967, 1975, 1978, 1992 et 1995) jusqu'à la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle (CMU). Cette dernière assure l'affiliation de l'ensemble de la population à un régime de base d'assurance maladie (1,6 million de personnes couvertes en 2007), mais aussi l'accès à une protection complémentaire gratuite (4,7 millions). Or, si dans l'esprit de ses promoteurs « *la grande majorité des bénéficiaires choisiront de s'adresser aux organismes complémentaires* » (rapport parlementaire Boulard de 1999), c'est exactement l'inverse qui va advenir : fin 2007, 87 % des bénéficiaires de la CMUC choisissent de dépendre d'une caisse d'assurance maladie. Seulement 9,9 % des bénéficiaires sont gérés par des mutuelles⁽⁷⁾. L'implication des mutuelles dans cette mesure essentielle de solidarité s'est finalement réduite au paiement d'une contribution au fonds de financement de la CMUC⁽⁸⁾ et, pour la première fois depuis 1947, la Sécurité sociale intervient dans la couverture complémentaire.

(7) 2,5 % par les sociétés d'assurance et 0,2 % par les institutions de prévoyance. (Source : rapport d'activité 2005 du fonds CMU.)

(8) Taxe sur le chiffre d'affaires santé en constante augmentation : 1,75 % en 2005, 2,5 % en 2006, 5,9 % en 2009.

... et réforme de l'assurance maladie de 2004

Lors de son congrès de Toulouse de 2003, la Mutualité propose vingt-cinq mesures « *pour rénover le système de santé* » avec trois objectifs : « *la cohérence et l'efficacité* », « *la responsabilité des acteurs* » et « *la qualité* ». Une partie des vingt-cinq propositions seront satisfaites « sur le papier » par la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 : création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et de la Haute Autorité de santé (HAS), mise en place du médecin traitant et du dossier médical personnel, déremboursement des médicaments peu efficaces. Mais les mesures prises depuis lors l'ont été sans concertation avec les organismes de complémentaire santé : dépassements tarifaires mis en

(9) Réouverture partielle de l'accès au secteur 2 et liberté tarifaire lorsqu'un patient n'est pas adressé par son médecin traitant.

place par la convention médicale de janvier 2005⁽⁹⁾, instauration d'une franchise de 18 euros sur les actes lourds (qui jusque-là relevaient entièrement de l'assurance obligatoire), création d'un taux de remboursement à 15 % pour certains médicaments à service médical rendu insuffisant (la Mutualité prônait un déremboursement total), revalorisation des soins dentaires conservatoires (alors que les complémentaires en sont les premiers financeurs, prenant en charge 35,4 % de la dépense contre 34,9 % pour la Sécurité sociale). Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2006), l'ensemble des mesures prises en 2005 et 2006 se sont traduites par un transfert de charge de plus de 600 millions d'euros vers les complémentaires santé.

Les mutuelles de santé semblent toujours cantonnées aux seules tâches de « remboursement à l'aveugle » et au rôle de « force de proposition ». Ce sont ces déceptions et l'évolution de l'opinion des Français sur les modalités d'organisation de la couverture maladie (*lire l'encadré 2*) qui vont pousser la Mutualité française à changer de stratégie en élargissant leur champ d'action : « Jusqu'à maintenant, nous avons une stratégie, celle de faire un certain nombre de propositions raisonnables pour faire changer les choses. Elles ont été plutôt moins que plus entendues. Dès lors, il faut peut-être agir différemment. En tant que deuxième financeur de soins dans ce pays, nous devons essayer par nous-mêmes, collectivement, d'agir pour que l'organisation du système évolue structurellement » (J.-P. Davant, interview AFP, 7 juin 2006).

Encadré 2 Les opinions des Français sur la gestion du système de santé

Selon le baromètre Drees 2006, 85 % des Français estiment que « les dépenses de santé sont trop élevées parce que le système n'est pas bien géré » (+ 4 points depuis 2000), 66 % que « dans un pays développé, il est normal que l'on dépense plus pour la santé » (- 9 points), 63 % qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses, car la santé n'a pas de prix » (- 9 points), mais seulement 22 % jugent que, « s'il n'y avait pas le monopole de la Sécurité sociale, ça marcherait mieux » (- 6 points). Les opinions exprimées sur la première question et sur les deux suivantes peuvent paraître contradictoires. Il nous semble que ce paradoxe exprime plutôt un réel attachement des Français au système d'assurance maladie actuel, la solution du privé étant de plus en plus rejetée, mais qu'il faut selon eux en améliorer le fonctionnement.

Par ailleurs, 59 % des Français pensent que les mutuelles sont des « acteurs qui devraient participer à la gestion du système de santé », devant l'Etat (47 %), les associations de malades (42 %), les collectivités locales (41 %), les compagnies d'assurances (25 %), le patronat (16 %) et les syndicats (14 %) [sondage Cecop-CSA pour la Mutualité française, avril 2006]. Pour réformer le système de santé, les Français jugent apparemment nécessaire la coopération des quatre premières catégories d'acteurs, mais ils ne croient ni à la main invisible du marché ni au paritarisme.

Un nouveau métier pour les mutuelles : « assembleur de soins »

Au-delà de cette longue lutte institutionnelle, le cadre théorique de la relation d'agence permet de comprendre le caractère novateur de ce renouveau mutualiste, à la fois vis-à-vis des expériences américaines de *managed care* et par rapport à la situation actuelle du système de santé français.

Relation d'agence et régulation du système de santé

Une relation d'agence (*voir le schéma 1, en page suivante*) est un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal, ici le patient assuré ou l'entreprise assurant ses salariés) engage une autre personne (l'agent, ici l'assureur) pour accomplir des services en leur nom (l'achat de soins). Ce processus, impliquant la délégation d'une partie de l'autorité de prise de décision à l'agent, est particulièrement adapté aux situations où l'information n'est pas parfaite et identique pour tous, car difficilement accessible ou compréhensible sauf pour des experts, et où les intérêts individuels des acteurs sont divergents. De fait, les systèmes de santé conjuguent l'incertitude sur l'occurrence de la maladie, sur le diagnostic, sur l'efficacité des traitements..., et des divergences d'intérêt entre producteurs de soins (qui ont intérêt à multiplier les actes), patients (qui ont intérêt à maximiser le rapport qualité des soins-prime payée) et assureurs (qui cherchent à maximiser leur profit). Dès lors peut s'instaurer une double relation d'agence (Henriet et Rochet, 1999) :

- le patient délègue à l'« assureur-entrepreneur » de soins⁽¹⁰⁾ la décision d'arbitrage entre coût et efficacité des traitements. L'assureur doit se mettre à la place du consommateur-patient pour comprendre ses besoins : gamme de soins adaptée, accessibilité géographique et en urgence, accompagnement, temps d'attente..., et cela au meilleur prix ;
- l'assureur délègue la production de soins aux professionnels de la santé. Il doit les inciter correctement à être efficaces : mise en concurrence des producteurs de même niveau, mise en place de filières de soins, application des techniques les plus performantes (formation continue, références de bonne pratique)...

Le précédent (controversé) du *managed care*

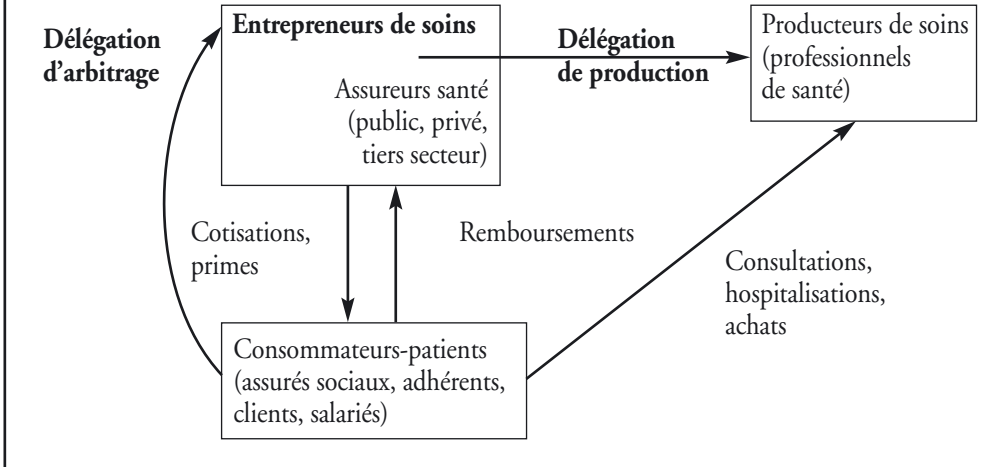
Le *managed care*, aux Etats-Unis, est le type même de système où les compagnies d'assurances développent cette fonction de coordination et de gestion des soins. Le consommateur (ou l'entreprise à laquelle il appartient) achète à la fois une assurance et un type de services de soins⁽¹¹⁾.

Développées à partir de la fin des années 70, les *health maintenance organizations* (HMO) en constituent la forme la plus ancienne. Sur la base d'une prime périodique, elles remboursent les soins nécessaires (avec toutefois de fortes franchises), mais en contrepartie de contraintes pour l'assuré et les prestataires. Le patient est obligé de s'inscrire auprès d'un « médecin de premier recours » membre du HMO et de le consulter avant

(10) Le terme « *care manager* » peut être traduit diversement : entrepreneur, assembleur, coordinateur, sélectionneur...

(11) Le *managed care* couvrait en 2007 95 % des salariés assurés via leur employeur (21 % par un HMO, 57 % par un PPO, 15 % par un POS). Plus des deux tiers des médecins exercent désormais au sein de réseaux.

Schéma 1 La double relation d'agence en santé



d'accéder aux spécialistes et à l'hôpital qui font également partie du HMO. Le recours à des services médicaux hors réseau – sauf cas d'urgence – ne fait l'objet d'aucune prise en charge. Les praticiens sont rémunérés soit par un salaire, soit selon le principe de la capitation (paiement forfaitaire par patient inscrit). Leur rémunération est donc indépendante du nombre d'actes réalisés. Ils doivent de plus respecter des protocoles thérapeutiques de référence et prescrire les médicaments les moins coûteux.

Le *preferred provider organization* (PPO) est un schéma plus souple, offrant une liberté assez importante aux patients, qui ne sont obligés ni de consulter des médecins agréés ni de recourir à un médecin référent. Néanmoins, ils sont financièrement incités à consulter des médecins affiliés au réseau (meilleur remboursement, tiers payant), qui pratiquent des tarifs négociés pour les clients du PPO. Les praticiens sont en outre incités financièrement à la « modération » (retenues financières en cas de dépassement des objectifs, bonus ou stock-option dans le cas inverse).

Enfin, le *point of service* (POS) est un modèle intermédiaire où l'assuré peut choisir un généraliste dans une liste de fournisseurs agréés.

Le système s'avère de 10 à 25 % moins coûteux que l'assurance traditionnelle, car le pouvoir de négociation des sociétés d'assurances leur permet de peser sur les tarifs et sur les enveloppes de dépenses. Cependant, ces gains en termes de coûts sont réalisés « une fois pour toutes », la progression des dépenses n'est nullement infléchie et reprend ensuite son rythme précédent⁽¹²⁾. Par ailleurs, ce mode de gestion de la santé a engendré trois effets pervers (Bocognano, 1999) : la sélection et la discrimination envers les personnes à risque élevé (notamment les personnes âgées et les personnes

(12) Entre 1990 et 2006, la part des dépenses de santé dans le PIB a progressé de 3,4 points aux Etats-Unis (passant de 11,9 à 15,3 %) et de 2,7 points en France (de 8,4 à 11,1 %). (Source : OCDE.)

atteintes de troubles psychiatriques) semble s'être renforcée; les clients ont de plus en plus de mal à s'orienter parmi les différentes formules proposées du fait du foisonnement des clauses; la qualité des soins fournis fait l'objet de nombreuses contestations (40 % des clients considèrent que les services fournis ne sont pas bons). Enfin, il ne semble pas que ce mode de coordination des soins ait grandement contribué à améliorer l'état de santé des Américains: les Etats-Unis sont classés par l'OMS vingt-quatrième en termes d'espérance de vie corrigée d'incapacités, alors qu'ils ont la dépense de santé par habitant la plus élevée du monde.

Du parcours de soins coordonnés...

A l'inverse du « marché » américain de la santé, le système français conjugue encore régulation administrative et liberté des producteurs et des consommateurs (*lire l'encadré 3*), ce qui induit deux traits fondamentaux en termes de théorie de l'agence.

D'une part, les assurés n'ont aucune influence directe sur la relation de délégation à l'assureur de base: depuis 1945, les salariés⁽¹³⁾ n'ont plus le choix de leur caisse d'affiliation et, depuis 1967⁽¹⁴⁾, les cotisants au régime général n'élisent plus les administrateurs des caisses.

D'autre part, la relation d'agence entre assureurs et producteurs est relativement faible pour trois raisons: seules les caisses d'assurance maladie obligatoire sont habilitées à négocier avec les producteurs de soins;

(13) Les non-salariés (exploitants agricoles, artisans, commerçants, professions libérales) ont le choix de l'organisme assureur à condition qu'il soit conventionné.

(14) La réforme de 1982 avait réintroduit le principe d'élection, mais en accordant le monopole de présentation des candidats aux cinq confédérations syndicales représentatives (CGT, CGT-FO, CFDT, CFTC, CGC). Les élections n'eurent lieu qu'une fois, en 1983. Les mandats des administrateurs élus furent ensuite régulièrement prorogés jusqu'au retour au principe de désignation avec la réforme Juppé.

Encadré 3 Deux projets avortés de *managed care* en France

Le plan Juppé de 1995 prévoyait la possibilité d'expérimentations de « filières de soins ». En novembre 1996, Claude Bébéar, PDG d'AXA-UAP, proposait de mettre en concurrence l'assurance maladie et des « *sécurités sociales privées* » avec remboursement au premier franc et accords locaux avec des professionnels. Devant les protestations syndicales, mutualistes et politiques, Jacques Barrot, ministre du Travail et des Affaires sociales, a très rapidement rejeté la proposition, qui d'ailleurs tenait plus du « ballon d'essai » que d'une volonté réellement effective.

En avril 2006, la presse révélait que Gilles Johanet, directeur général adjoint chargé de la santé aux AGF et ancien directeur de la Cnam, préparait un projet intitulé « Excellence santé ». Ce contrat devait proposer un accès privilégié et rapide aux meilleurs spécialistes français pour un millier de cadres dirigeants, capables de payer 12 000 euros (plus 4 000 euros pour le conjoint et 2 000 euros par enfant) ou de se faire offrir ce contrat par leur entreprise. Cette « complémentaire de luxe » a elle aussi suscité une levée de boucliers et a été dénoncée par le Conseil national de l'ordre, qui a rappelé que l'article 7 du Code de la santé publique stipule: « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille.* »

le conventionnement est un droit pour tout professionnel diplômé, qui dispose en outre d'une double liberté d'installation et de prescription ; les assurés ont une liberté d'accès aux prestataires de soins. Il résulte de cette faiblesse un certain manque de suivi cohérent et global du patient, une évaluation lacunaire des pratiques, une prévention négligée, une formation médicale continue peu suivie, un manque de coordination entre médecine de ville et hôpital et un contrôle et un réexamen trop peu fréquents du périmètre de prise en charge. Ce constat parlementaire était en 2004 largement partagé par le mouvement mutualiste⁽¹⁵⁾.

C'est la raison pour laquelle le titre I relatif à « l'organisation de l'offre de soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé » de la loi du 13 août 2004 a pu être considéré comme une tentative de renforcer la relation d'agence entre Sécurité sociale et producteurs de soins :

- un parcours de soins coordonnés est mis en place par la création du dossier médical personnel et par le choix d'un médecin traitant comme porte d'entrée dans le système de soins ;
- la Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est créée et se voit confier l'évaluation scientifique du service médical rendu par un produit, un acte ou une prestation de santé. Elle doit contribuer par ses avis à définir le périmètre des soins remboursables et élaborer des recommandations de bonne pratique ;
- tout médecin, libéral ou salarié, doit s'engager dans une démarche d'évaluation individuelle de sa pratique professionnelle, éventuellement dans le cadre de groupes de pairs ;
- des missions régionales de santé (MRS)⁽¹⁶⁾ regroupent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales de caisses d'assurance maladie (Urcam) afin d'améliorer la coordination ville-hôpital.

... au parcours de santé mutualiste

En dehors des transferts de charge de 2005 et 2006 évoqués plus haut, la Mutualité reprochait au parcours de soins coordonnés de rester centré sur le curatif et de ne pas améliorer l'information sur les tarifs pratiqués et sur la qualité des prestataires. En réaction, le parcours de santé mutualiste devait proposer une approche globale de la santé en se situant dans un continuum : promotion, prévention, orientation, accompagnement. Le changement en septembre 2007 de dénomination du projet – de « Parcours de santé mutualiste » à « Priorité santé mutualiste » – est aussi un symbole de cette critique de la réforme de 2004.

En matière de promotion (éducation à la santé, renforcement de la participation des patients aux instances sanitaires...) et de prévention (lutte contre le tabagisme ou l'obésité, sécurité routière, conditions de travail, dépistages, santé bucco-dentaire...), il s'agit d'aller au-delà des campagnes collectives mises en œuvre depuis de nombreuses années en proposant aux adhérents des plans personnalisés de prévention et de prise en charge précoce⁽¹⁷⁾.

En matière de soins, l'objectif est de faciliter l'orientation de l'adhérent dans le système de santé quand il est confronté à une pathologie lourde,

(15) Rapport de la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie, n° 1617 (présidé par Jean-Louis Debré), Assemblée nationale, mai 2004. Le tome II de compte rendu des auditions intègre le point de vue de J.-P. Davant (p. 179-189).

(16) Elargies en agences régionales de santé (ARS) par la loi de 2008 qui prévoit leur mise en place pour 2010. Le 12 décembre 2008, la FNMF a modifié ses statuts afin d'accroître le rôle de ses unions régionales et leur permettre d'intervenir plus efficacement dans les futures ARS.

(17) Ainsi, deux programmes d'accompagnement téléphonique personnalisés sont actuellement proposés en matière de sevrage tabagique et de suivi nutritionnel.

car, selon Jean-Pierre Davant (interview AFP, *op. cit.*), « *l'adhérent n'a aujourd'hui aucun moyen de savoir si la porte à laquelle il frappe débouche sur des soins de qualité* ». Via une plate-forme téléphonique (composée de médecins et de paramédicaux), il lui est donc proposé, avec une possible concertation avec le médecin traitant, de suivre un parcours balisé et expertisé en matière de tarifs et d'indicateurs de qualité (issus des travaux de la Haute Autorité de santé). Enfin, en cas d'immobilisation, un accompagnement dans la vie quotidienne du malade et de ses proches peut être organisé.

Le système est expérimenté depuis mai 2008 dans deux régions, la Bretagne (vingt-deux mutuelles impliquées) et le Languedoc-Roussillon (dix-huit mutuelles), avant d'être déployé partout en France vraisemblablement à la mi-2009. Dans un premier temps, trois thèmes prioritaires ont été choisis: le cancer, les « addictions » (tabac, alcool, cannabis) et les maladies cardiovasculaires. Le dispositif s'appuie sur des partenariats avec des associations dédiées à la prévention ou à l'accompagnement des malades⁽¹⁸⁾ et sur une plus grande valorisation des services et des centres de soins mutualistes (*lire la fin de l'encadré 1*).

Cette nouvelle fonction mutualiste, qualifiée de « *partenaire santé* » (*lire l'encadré 4*), est très différente de celle d'« entrepreneur de soins » du *managed care* par le respect des valeurs mutualistes: l'offre est « *solidaire* », car accessible à tous les adhérents sans supplément de prix ni sélection, et en grande partie commune à l'ensemble des mutuelles; elle est « *librement choisie* », sans aucune pénalité pour celui qui fait appel à des prestataires extérieurs; elle est « *responsable et innovante* », car les critères, « *évalués, ouverts, transparents et révisables* », de certification des prestataires et d'établissement de bonnes pratiques sont déterminés par des autorités indépendantes comme la Haute Autorité de santé.

(18) Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa); Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC); Ligue nationale contre le cancer (LNCC); Institut national du cancer (Inca); Office français de prévention du tabagisme (OFT); Ecole européenne de chirurgie (EEC); Fédération française de cardiologie (FFC); Fédération nationale des comités féminins pour le dépistage des cancers (FNDFDC); Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)...

● Encadré 4 L'expérimentation Groupama Partenaires santé

Dans le cadre des ordonnances de 1996, Groupama a mené avec la MSA, entre janvier 2000 et fin 2002, une expérience de « groupes de progrès » dans trois départements. Au total, 108 médecins généralistes de zone rurale, sur une population de 280, se sont portés volontaires pour participer à des réunions régulières d'échange et d'analyse de leurs pratiques, par groupes d'une dizaine de médecins avec un médecin-animateur extérieur. Les 3 700 assurés volontaires ont bénéficié du tiers payant global (consultations, visites à domicile et médicaments) et ont pris part à des actions de prévention, de dialogue et d'écoute. A son terme, l'expérience a rallié 95 % de suffrages positifs parmi les assurés et 75 % chez les médecins. De plus, dans les Pyrénées-Atlantiques, entre 1999 et 2000, alors que les dépenses de santé de la population de la MSA augmentaient de 14 %, celles des assurés volontaires diminuaient de 2,8 % (Groupama, 2003).

Malgré ces résultats positifs, l'expérimentation n'a, à notre connaissance, pas eu de suite, la pérennisation et la généralisation de ce type de formules paraissant peut-être trop complexes.

Un vecteur potentiel d'utilité sociale

Le service « Priorité santé mutualiste » (PSM) se veut d'utilité sociale sur deux plans : la recherche conjointe de l'amélioration de l'efficacité économique du système de santé et de la réduction des inégalités, d'une part, et l'innovation sociale, d'autre part. Mais comme toute innovation, elle comporte certains risques.

Etre efficace et équitable en même temps

L'approche de prise en charge globale et l'amélioration de la coordination des soins sont supposées contribuer à augmenter la performance économique (rapport qualité-prix) du système en dépassant l'opposition traditionnelle réduction des coûts *versus* amélioration de la santé par augmentation du nombre d'actes. La revalorisation de la promotion et de la prévention est en phase avec les recherches actuelles de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), qui mettent de plus en plus l'accent sur l'importance des déterminants psychosociaux sur l'état de santé (Caire, 2009). Ces gains, en termes de santé et de moyens, bénéficient à l'adhérent (famille ou entreprise), à la communauté des adhérents (autrement dit la mutuelle), mais aussi, en termes d'externalités, à la Sécurité sociale et à l'économie nationale (moins d'absentéisme, meilleure productivité...).

En diminuant les asymétries d'information (amélioration de la visibilité du système de soins, accompagnement par des plans personnalisés), en favorisant l'accessibilité financière (limitation du reste à charge et des dépassements d'honoraires, en forte progression sur les dernières années) et en contribuant à homogénéiser la qualité sur le territoire, le programme devrait également permettre une réduction des inégalités d'accès aux soins – inégalités économiques (revenu), sociales (conditions d'emploi), culturelles (diplôme) ou territoriales (densité médicale). De plus, une meilleure compréhension des diagnostics et des traitements est considérée comme un facteur de réussite des soins. Enfin, cela pourrait faciliter l'exercice de la citoyenneté même en situation de handicap ou de perte d'autonomie et créer une dynamique de développement des capacités à demeurer partie prenante tout au long du cycle de vie.

Innover en s'appuyant sur les atouts de l'économie sociale

L'une des spécificités de l'économie sociale est qu'elle constitue un espace d'exploration du progrès social (Noguès, 2003). Au moins jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les mutuelles ont eu un rôle moteur sur l'amélioration des conditions d'accès aux soins en France. Dans leur volonté de ne plus subir le changement, les mutuelles ont l'ambition de redevenir par cette innovation socio-économique des acteurs de la transformation sociale, des précurseurs de l'intérêt public, par le dépassement des lobbies (médecins, cliniques, firmes pharmaceutiques, élus locaux) et par la production de référentiels et d'évaluations.

Du point de vue de la gouvernance, le projet participe aussi à une ambition de « démocratie sanitaire », en utilisant l'existence de maillages mutualistes denses (plus de 100 000 élus) et une connaissance du terrain au plus près des besoins. Il est ainsi prévu une formation des adhérents et délégués pour faciliter le dialogue avec les professionnels et un développement de réseaux de parties prenantes, intégrant acteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et associations d'usagers. De façon collatérale, ce projet constitue peut-être également une opportunité pour le mouvement mutualiste de relancer le militantisme en son sein.

La vigilance nécessaire face au risque d'éclatement de la Sécurité sociale

Fruit d'une révolte face à une tentative de « vassalisation » des mutuelles de la part des gouvernements successifs, et demain possible révolution dans l'organisation des soins en France, le parcours de santé mutualiste tente de réintroduire la démarche de l'économie sociale dans un secteur dominé par l'Etat, côté demande, et arbitré par le marché, côté offre. C'est une manière innovante de compléter les conventions médicales pourtant indispensables, mais qui symbolisent la tension entre exercice libéral de la médecine et tutelle publique, avec des résultats rarement satisfaisants (Tabuteau, 2006). Cependant, contrairement au *managed care* américain, cette coordination des soins n'a pas pour objectif principal d'enrichir les actionnaires de l'organisation, mais plutôt d'améliorer le bien-être des adhérents de la mutuelle.

Cependant, comme toute innovation, le service « Priorité santé mutualiste » peut comporter certains risques de « désutilité » sociale. Il pourrait conduire (paradoxalement) à une complexification de l'orientation dans le système de soins, à un éclatement du mythe fondateur d'égalitarisme républicain (« *Tous les médecins, tous les établissements hospitaliers se valent* ») en validant un système de médecine à plusieurs niveaux, voire à une remise en cause des cotisations sociales (du type « *A travers ma complémentaire, je paie déjà pour avoir accès aux bons médecins, pourquoi continuer à payer pour les autres ?* »). Il pourrait aussi concourir à renforcer l'idée selon laquelle la santé est un marché, comme peut le faire craindre l'emploi de l'expression « bouquet de services » dans les communiqués récents de la FNMF. L'évolution des modalités concrètes du programme, notamment l'introduction éventuelle d'une différenciation des remboursements selon les professionnels de santé consultés, et son articulation avec l'assurance maladie obligatoire sont donc des enjeux cruciaux, afin de conjurer le risque qu'une telle innovation ne constitue involontairement un cheval de Troie pour les assureurs et une porte ouverte à la différenciation accentuée des niveaux d'assurance. La responsabilité de la Mutualité, soucieuse de solidarité, n'en est que plus grande. ●

Bibliographie

- Bocognano A. et alii**, 1998, « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé, théorie et bilan des expériences étrangères », *Questions d'économie de la santé*, n° 15, novembre, 8 p.
- Boulard J.-C.**, 1999, *Rapport d'information sur la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle*, n° 1787, Assemblée nationale.
- Caire G.**, 2002a, *Economie de la protection sociale*, Paris, Bréal.
- Caire G.**, 2002b, « Coût de fonctionnement de l'assurance privée et de l'assurance sociale : de l'efficacité microéconomique à l'équité sociale », in J.-M. Dupuis (édit.), *Politiques sociales et croissance économique*, tome I, L'Harmattan.
- Caire G.**, 2009, « Les inégalités socio-spatiales de santé en France : effet revenu ou effet psychosocial de voisinage ? », in N. Martin-Papineau (édit.), « *Les territoires de la santé* », actes du colloque de l'IDSS, LGDJ.
- Davant J.-P.**, 1996, « Réforme de l'assurance maladie : ce qui a conduit les mutuelles à participer à un "comité de vigilance", véritable front anti-conservateur », *Droit social*, mars, p. 307-310.
- Dumont J.-P.**, 1995, « Mutualité française, Sécurité sociale et compagnies d'assurance », *Recma*, n° 257, p. 17-34.
- Dupeyroux J.-J.**, 2005, *Droit de la Sécurité sociale*, Paris, Dalloz, 15^e édition.
- Gibaud B.**, 1986, *De la mutualité à la Sécurité sociale, conflits et convergences*, Les Editions ouvrières, Paris.
- Groupama Partenaires santé**, 2003, *Rapport final*, disponible sur www.rees-france.com.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**, 2006, Rapport 2006.
- Henriet D., Rochet J.-C.**, 1999, « Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé », in M. Mougeot, *Régulation du système de santé*, rapport du CAE, n° 13.
- Martin-Houssart G., Rattier M., Raynaud D.**, 2005, « Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire », *Etudes et Résultats*, n° 402, mai.
- Mutualité française**, 2006, *Actes du XXXVIII^e congrès national : « Des mutuelles pour le XXI^e siècle, vers un parcours mutualiste »*, FNMF.
- Mutualité française**, 2003, *Vingt-cinq mesures de la Mutualité française pour rénover le système de santé*, FNMF.
- Noguès H.**, 2003, « Economie sociale et solidaire, quelques réflexions à propos de l'utilité sociale », *Recma*, n° 290.
- Tabuteau D.**, 2006, *Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Ophrys, Paris.