A.D.D.E.S

(Association pour le Développement de
la Documentation sur l'Economie Sociale)

XIème COLLOQUE

Paris 13 JUIN 1995

RELATIONS ENTRE L'ECONOMIE SOCIALE ET L'ETAT

EVOLUTION PASSEE ET RECENTE DE LA MUTUALITE FRANCAISE ENTRE ETAT, SECURITE SOCIALE ET MARCHE DE L'ASSURANCE 1945 - 1994

Jean-Pierre DUMONT
Directeur de la Recherche et de la Communication
à la Fédération Mutualiste Parisienne

Cette étude est partielle, limitée, à plusieurs titres :

- elle conserne des mutuelles, régies par le Code de la Mutualité, c'est-à-dire celles qui offrent des remboursements maladie en complément aux assurances sociales obligatoires, gèrent des oeuvres sociales (centres de santé notamment), et des prestations dites de prévoyance. Sont donc exclues de l'étude, les banques à forme mutuelle et les mutuelles d'assurances pour les biens, et bien sûr les fausses mutuelles comme celles du Mans qui sont des compagnies d'assurances.

- elle ne concerne que la Mutualité Française, parmi les mutuelles maladie, c'est-à-dire la Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.) qui, il est vrai, regroupe les 2/3 des mutuelles et des adhérents. Sont donc exclues de l'étude, les trois autres fédérations concurrentes : la Fédération des Mutuelles de France (F.M.F.), la F.N.I.M. et le Groupe Pasteur.

- elle ne concerne, enfin, que l'attitude de la F.N.M.F. à travers les congrès, et les assemblées générales (de 1973 à 1994), pour la partie concernant les pouvoirs publics et la Sécurité Sociale. Sont donc exclues de l'étude, les résolutions des assemblées générales avant 1973, les prises de position par conférences de presse ou communiqués.

- en ce qui concerne l'attitude de la F.N.M.F. face aux compagnies d'assurances, l'étude comporte les résultats de 2 enquêtes comparatives que nous avons menées pour la F.M.P. et portant sur 20 à 30 mutuelles et sociétés d'assurances (contenu des contrats, cotisations et évolution de celles-ci).

1ère PARTIE :

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE AUX POUVOIRS PUBLICS

I L'OPPOSITION A LA SECURITE SOCIALE (1945- 1948)

II RESPECTS ET COMPREHENSION A L'EGARD DES POUVOIRS PUBLICS (1948 - 1962)

III LES DEFIS LANCES A LA MUTUALITE ET LE PASSAGE A UNE CERTAINE HOSTILITE ET COMBATIVITE (1963 - 1964 - 1980)

1. "Le tournant des années 1963 - 1964"
2. Autre tournant en 1970 : un ton plus syndical
3. 1973 - 1976 : vives tensions avec les Pouvoirs Publics
4. 1976 : La Mutualité veut mener la lutte
5. 1978 : une opposition plus modérée
6. Durcissement en 1979
7. La bataille du ticket modérateur d'ordre public

IV "UN NOUVEAU TYPE DE RAPPORTS" : UNE CERTAINE ENTENTE CORDIALE (1981 - 1994)

2ème PARTIE :

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE A LA SECURITE SOCIALE

I LA MUTUALITE SUR L'AVENTIN : CONSOLIDER, CONSTRUIRE, OBSERVER (1948–1951)

II AFFRANCHIE, LA MUTUALITE PRECONISE : "LA COORDINATION" ET "LA COLLABORATION" (1950 – 1960)

III LA MUTUALITE PROPOSE, RECLAME "L'ALIGNEMENT", L'OBLIGATION", "LA GENERALISATION" (1970 – 1980 – 1991)

IV FINANCEMENT : UNE EVOLUTION LENTE MAIS PROFONDE VERS LA FISCALISATION PARTIELLE.

3ème PARTIE

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE A LA CONCURRENCE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

I - LA MONTEE EN PUISSANCE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES ET LES TECHNIQUES DE MARCHE

1. Une part croissante du marché
2. Les techniques du marché : des cotisations variables selon l'âge et le sexe
3. Taux de remboursements et forfaits : une foisonnante diversité.
4. Des conditions et des contraintes parfois importantes... et sélectives
5. Des écarts de cotisations parfois considérables... et souvent peu comparables

II - LA LENTE PRISE DE CONSCIENCE PAR LA MUTUALITE D'UNE CONCURRENCE ACHARNEE

III - LES REACTIONS DIVERSIFIEES DE LA MUTUALITE : DU REFUS A CERTAINES DERIVES COMMERCIALES

1. Invitation à changer les méthodes de gestion
2. Changement d'attitude à l'égard de la diversification et des petites mutuelles et la constitution de réseaux
3. Une insistance nouvelle pour élargir le rôle de la Mutualité à la prévoyance : l'offre globale... et la création d'assurances
4. "Répondre aux besoins" : un tournant dans l'idéal mutualiste avec l'acceptation des "réalités multiformes"
5. L'acceptation justifiée et réservée de la loi EVIN... au profit du lucratif ?
6. La découverte tardive de l'impact des directives européennes
7. Conséquences : les dérives commerciales de certaines mutuelles

LES TYPES DE MUTUELLES

BANQUES : Telles que Crédit Mutuel

ASSURANCES DE BIENS (Vie-Dommages) : Sociétés d'assurances à caractère "Mutuel", comme MATMUT, M.A.A.F., MACIF, M.A.I.F.

MUTUELLES MALADIE : dite mutuelles de santé et de prévoyance ou mutuelles en référence à l'ordonnance d'octobre 1945 définissant leur statut. Ces mutuelles de santé sont réparties (ou divisées) entre 5 groupements nationaux.

1) **F.N.M.F.** : Fédération Nationale de la Mutualité Française. Environ 25 millions de bénéficiaires, soit 85 % des mutualistes.

2) **F.M.F.** Fédération des Mutuelles de France (195) issue de la Fédération Nationale des Mutuelles des Travailleurs. Environ 4 à 7 millions de bénéficiaires.

3) **F.N.I.M.** : Fédération Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles créée en 1990. Environ 2.300.000 bénéficiaires.

4) **GROUPE PASTEUR** : Mutualité. Regroupe l'Association Générale des Médecins de France, l'Union Mutualiste des Professions Libérales, l'Union Mutualiste Interprofessionnelle de France soit environ 350 000 personnes.

5) **M.S.A.** : Mutualité Sociale Agricole.

1ère PARTIE :

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE AUX POUVOIRS PUBLICS

L'attidude de la Mutualité Française à l'égard des Pouvoirs Publics a connu différentes périodes dont plusieurs agitées. Ces changements apparaissent non seulement dans les actions qui ont été lancées à certaines époques contre les mesures gourvernementales, mais aussi dans les termes adoptés lors de congrès tant dans les débats que les résolutions générales.

Si Mr DREYFUS s'arrêtant à 1989-1990 distingue 3 périodes dans l'histoire de la Mutualité depuis 1944 : l'opposition à la Sécurité Sociale (1946-1947) ; "vers une rénovation du mouvement mutualiste" (1948-1967) ; "l'impossible unité de mouvement mutualiste vers de nouveaux défis" (1967-1984)... pour notre part et, observant l'évolution de la Mutualité à l'égard aussi des Pouvoirs Publics, nous distinguons 4 périodes :

1) L'opposition à la Sécurité Sociale (1945-1947)

2) Respect et compréhension à l'égard des Pouvoirs Publics (1948-1963)

3) Les défis lancés à la Mutualité et le passage à une certaine hostilité et combativité (1963-1980)

4) "Un nouveau type de rapports" : une certaine entente cordiale (1981-1994)

I L'OPPOSITION A LA SECURITE SOCIALE

(Voir texte de Mr GIBAUD)

II LA RENOVATION DE LA MUTUALITE, RECONNAISSANCE DE LA "SECU" ET COMPREHENSION A L'EGARD DES POUVOIRS PUBLICS (1948-1962)

L'ATTITUDE DE LA MUTUALITE AUX CONGRES DE 1948 A 1954

Le vocabulaire utilisé à l'égard du ministre présent au congrès est très caractéristique de la relative bonne entente entre les deux pouvoirs.

Au congrès de 1948, les dirigeants mutualistes affirment que l'action du ministre "attire le respect".

Au congrès de 1951, si le congrès "regrette" que certaines organisations de praticiens (...) persistent avec l'appui plus ou moins avoué du ministre de la Santé Publique, à entraver le fonctionnement normal des oeuvres sociales, il "demande de prendre les mesures qui s'imposent" et dans les discours d'accueil à Mr BACON, ministre du travail et de la Sécurité Sociale, le Président SENET reconnaît que les mutualistes peuvent "compter" sur sa ténacité (...) pour soutenir les intérêts légitimes des mutualistes.
"Cette assurance" ajoute Mr SENET est "un précieux réconfort".

R E P E R E S

LES THEMES DES CONGRES

1948 AIX
"La Mutualité de l'Avenir"

1951 VICHY
"L'action sociale de la Mutualité"

1954 MARSEILLE
"La société de base, élément essentiel de la Mutualité"

1957 NICE
"La Mutualité dans la vie contemporaine".

1960 LA BAULE
"Le perfectionnement de la protection sociale : devoir de la Mutualité.

LES MESURES IMPORTANTES DE L'ETAT

1947 - 25/02/1947
Accord FNOSS/FNMF sur les sections locales
- 09/04/1947
Amendement Morice donnant aux mutuelles de Fonctionnaires, la gestion de l'Assurance Sociale.

1958 Ordonnance du 28/12/1958
Franchise semestrielle de 3 000 F sur les médicaments.

En 1954, la résolution du congrès est tout aussi compréhensive à l'égard des Pouvoirs Publics. On "réclame" mais on ne condamne ni ne critique. Et dans le discours d'accueil à Mr BACON, ministre aux mêmes fonctions, le Président SENET est encore plus positif en passant même aux louanges : "les mutualistes ont pu apprécier la sympathie agisssante avec laquelle vous suivez leurs efforts, l'exacte compréhension dont vous avez toujours fait preuve de leurs légitimes préoccupations.

En 1957, le congrès adopte une résolution où l'attitude de la Mutualité à l'égard des Pouvoirs Publics est encore plus favorable, il est déclaré que "la Mutualité, par l'exemple de son action bienfaisante, mérite toute la bienveillante sollicitude des Pouvoirs Publics".

Et dans un discours final, le Président Mr Jack SENET, va jusqu'à se "réjouir" de l'attidude "courageuse" des ministres qui n'ont pû venir en raison de "l'instabilité minestérielle".

Ce 23ème congrès déclare t-il "s'annonçait être particulièrement favorisé" puisque Mr MINJOZ, secrétaire d'Etat au travail et à la Sécurité Sociale, ainsi que Mr GAZIER, ministre des affaires sociales, devaient présider des séances du congrès.
Le Président de la Mutualité remercie donc ces ex-ministres de "leurs précieux témoignages" et de "l'intérêt" qu'ils portent à l'action mutualiste. Et il ajoute "nous nous étions d'autant plus réjouis de leurs décisions que nous avions vivement apprécié "leurs déclarations et "le courage avec lequel Mr GAZIER avait entrepris de résoudre le délicat problème des honoraires médicaux".

En 1960, au 23ème congrès, la résolution fait silence sur les Pouvoirs Publics : ni critique, ni louange.

Entre-temps, il y a bien eu une diminution des prestations du Régime Général, mais l'opposition de la Mutualité a été mesurée, faisant état "d'inquiétudes", "d'appréhension" à l'égard de sévères restrictions". Comme l'écrira plus tard, le Président de la F.N.M.F. (Revue de la Mutualité Décembre 1963), c'était le temps d'un "climat de collaboration" qui a facilité de nombreuses améliorations et "d'une confiance réciproque".

III LES DEFIS LANCES A LA MUTUALITE ET LE PASSAGE A UNE CERTAINE COMBATIVITE ET HOSTILITE AUX POUVOIRS PUBLICS (1963/1964 - 1980)

1) LE TOURNANT DES ANNEES 1964 - 1967

- Au congrès de 1964, le ton change complètement. Les projets et mesures prisent par le gouvernement, et le ministre de tutelle, Mr GRANDVAL, puis les positions des Pouvoirs Publics sur la Sécurité Sociale et les oeuvres sociales modifient l'attitude de la F.N.M.F. Le congrès "s'élève vigoureusement" contre les mesures du ministre du travail ; "il ne saurait admettre"... ; "il déclare inadmissible" et il "attire solennellement l'attention du gouvernement sur la grave responsabilité qu'il prendrait si...".

Selon Michel DREYFUS dans "Traité de la Sécurité Sociale" (cf... T4 "La Mutualité") "1964, année du congrès de Bordeaux de la F.N.M.F. marque un tournant." Outre l'impact de la création de la C.F.D.T. et de la restructuration du mouvement syndical et du développement de la mutualité d'entreprise, les décisions du ministre du travail, Mr GRANDVAL, modifient le comportement de la Mutualité Française.

R E P E R E S

LES THEMES DES CONGRES		LES MESURES IMPORTANTES DE L'ETAT	
		1963	- 08/11/1963 Mr GRANDVAL annonce son projet d'interdiction du tiers payant.
1964	BORDEAUX "La Mutualité en 1964".		
		1966	- 12/07/1966 Loi créant les assurances sociales pour les commerçants, artisans et professions libérales.
1967	SAINT MALO "La Mutualité dans l'évolution sociale".	1945 à 1966	Améliorations des remboursements à 100 % pour les longues maladies.
		1967	. Ordonnances réformant la Sécurité Sociale, et prévoyant notamment, un ticket modérateur d'ordre public (T.M.O.P.).
1970	GRENOBLE "Pour une Mutualité efficace : diversité et union".		

1973 VITTEL
"La Mutualité au service de l'homme".
- AG 1973 : vigilance
- AG 1974 : seulement des satisfactions intellectuelles
- AG 1975 : rien
- AG 1976 : manifeste

1976 . Manifestation FNMF le 02/04/1976 pour les pharmacies mutualistes.

. VICHY
"Une Mutualité pour notre temps".

1973 . Mr PONIATOWSKI annonce un groupe de travail sur les pharmacies mutualistes.

1974 . Refus gouvernemental d'ouvrir une pharmacie mutualiste.

1976 . Plan Durafour
. Plan Barre avec majoration des cotisations, augmentation des TM.
. Conseil d'Etat : arrêt en faveur des pharmacies mutualistes.
. Mais refus du gouvernement d'en ouvrir.

L'interdiction faîte aux mutuelles de faire l'avance du ticket modérateur et les "entraves posées à la création et au fonctionnement, des pharmacies mutualistes et des centres d'optique provoquent une mobilisation inattendue, mais massive du mouvement", et celle-ci, en liaison avec celles des syndicats provoquera un recul du gouvernement - l'été 1964 après un arrêt du Conseil d'Etat.
Comme le souligne Mr DREYFUS "pour la première fois peut-être, la F.N.M.F. a utilisé des formes d'actions employées par les syndicats (tracts, manifestations, délégations).

Ce premier changement d'attidude de la Mutualité se fera, non sans réserve et prudence.

Dans un éditorial du Président (Revue de la Mutualité - Déc. 631 -), celui-ci "fait part des scrupules (qu'avec bon nombre de ses collègues, il a éprouvés "avant de se résoudre à une attidude de combat".
Le leader de la F.N.M.F. écrit que "les dirigeants mutualistes, (soucieux) d'une stricte indépendance politique, répugnent à des luttes qui, pour être spectaculaires, n'en sont pas moins stériles", mais face au comportement intransigeant de Mr GRANDVAL, à sa "position strictement négative", voire "d'une véhémence", il fallait agir.

Cette "vaste action" d'opposition répète t-il, c'est "avec regret, mais avec une détermination raisonnée que la Fédération Mutualiste" l'a entreprise.

En 1967, le ton est encore un peu plus vif à l'égard des projets du gouvernement.
Le congrès "renouvelle son opposition à l'égard des mesures qui conduiraient à réduire les droits des assurés" ; il se déclare systématiquement hostile à toutes dispositions "contraires aux libertés mutualistes et "rappelle solennellement cette hostilité à l'annonce des projets sur les pouvoirs spéciaux visant la Sécurité Sociale".

Michel DREYFUS insiste à propos du congrès que la F.N.M.F. en décidant "d'intervenir" est conduit à "abandonner la notion de neutralité" qui avait été toujours la sienne pour la remplacer par le terme "d'indépendance".

La décision des Pouvoirs Publics de réformer la Sécurité Sociale par ordonnance - avant 1967 - en supprimant les élections, réduisant les prestations "provoquent l'indignation des mutualistes et entrainent une large mobilisation "tant des syndicats que des mutuelles".

La F.N.M.F. dénonce alors les graves atteintes aux libertés des mutualistes, mais la Mutualité Française ne participe pas au cartel de réformes de la Sécurité Sociale, constitué par les syndicats et des associations. Néanmoins comme le souligne Mr DREYFUS en Octobre 1967, lors d'une semaine d'actions menées par le cartel, un meeting contre les ordonnances est présidé par E. BRASSIER, l'un des dirigeants de la F.N.M.F. et la F.M.P., et ceci aux côtés de R. WYNNANT, Responsable de la Mutualité rivale.

Et Mr DREYFUS de constater "que de chemin parcouru par le mouvement mutualiste depuis la Libération (...) : il se trouve maintenant à la pointe de la défense de la Sécurité Sociale, ce système si mal accepté par lui dans les années 1945/1947 !"

2) AUTRE TOURNANT EN 1970

En 1970, la Mutualité fait encore monter le ton. Le congrès après avoir souligné "le défaut de compréhension souvent manifesté par les Pouvoirs Publics", "la régression dans le secteur ouvert par la Sécurité Sociale", "s'élève vigoureusement contre la volonté "de restreindre ses possibilités créatrices et "lance un appel pressant à touts les mutualistes pour qu'ils se mobilisent."

Le 26ème congrés marque un autre tournant de la Mutualité - un tournant en douceur bien sûr - avec l'arrivée dans les délégations de davantage de syndicalistes.

Il faut dire qu'en dix ans les structures de la Mutualité ont changé. Les Sociétés Mutuelles locales ont vu naître à leurs côtés, des Mutuelles d'Entreprises et plus de la moitié des nouveaux adhérents ont rejoint la Mutualité par ce chemin. Peu à peu les syndicalistes redécouvrent ainsi les vertus de cette formule et occupent les strapontins, puis les fauteuils.

C'est ainsi que dans l'Isère, lors des élections des Responsables Départementaux, sur seize nouveaux titulaires, douze étaient Membres de syndicats. Une Union Départementale très dynamique, celle des Bouches-du-Rhône, est animée depuis quelques années par des Membres de la C.G.T.

Fait nouveau des Responsables départementaux et à Paris, des Dirigeants nationaux ont, il y a quelques mois, rencontré les Représentants des Organisations Professionnelles : Mr CEYRAC (C.N.P.F.), Mr BERGERON (F.O.), Mr SEGUY (C.G.T.) et Mr LUCAS (C.F.D.T.). Pour la première fois, semble-t-il, dans un congrès national, les cégétistes et les cédédistes se sont réunis chacun de leur côté pour arrêter leur position et déposer des amendements qui ont quelque peu modifié la politique générale de la Fédération.

Face à la montée en puissance des concurrents, les Compagnies d'Assurances, les congressistes affirment vouloir "mettre en échec la pénétration des sociétés commerciales d'assurance dans un secteur qui exclut par nature la recherche du profit" : celui des indemnités journalières pour maladie. Trompés par certaines dénominations, des syndicalistes ont en effet accepté de confier de telles couvertures à des "Institutions de Prévoyance" qui en fait, derrière leur enseigne, ont une activité commerciale.

Autre orientation plus ferme : les pharmacies mutualistes. Alors que pour la première fois dans les annales de la Mutualité, le Ministre de Tutelle, Mr Robert BOULIN, Ministre de la Santé, n'assiste pas au congrès bien qu'il se soit rendu au congrès des pharmaciens à Biarritz, Mr BORVEAU affirme sans détour que la Mutualité ouvrira des pharmacies là où les besoins s'en feront sentir et non pas en fonction des décisions du Gouvernement. Et le congrès confirme cette position : "l'ouverture enfin autorisée des deux pharmacies de Toulouse et du Havre, après deux ans d'altermoiements des Pouvoirs Publics n'est pas ressentie comme une victoire mais comme la simple correction d'un déni de justice".

S'indignant de la grève des propriétaires d'officines privées, les congressistes sur la proposition de Mr WMYNHANT, mutualiste et cégétiste, mettent en garde les pharmaciens contre l'usage de telles méthodes d'action.

Cette revendication va devenir durant les années 1970, un sujet de vives tensions entre la Mutualité et les Pouvoirs Publics.

Contre les mesures gouvernementales, la Mutualité Française pour renforcer la mobilisation, conforte ses relations avec les syndicats. Sous la nouvelle présidence - celle de Mr A. BORVEAU -, la F.N.M.F. signe des déclarations commune avec la C.G.T. (Janvier 1971), avec F.O. et la C.F.T.C. (1972), et la C.F.D.T. (1973).

3) 1973-1975 : VIVES TENSIONS AVEC LES POUVOIRS PUBLICS

Dès l'assemblée générale de 1973, le rapport moral montre un changement d'attitude. Il y est fait appel à la "vigilance".

Au 27ème congrès, en 1973, l'allusion aux Pouvoirs Publics est brève mais ferme : le congrès "condamne de nouveau avec force", les arbitrages des Pouvoirs Publics rendus contre la Mutualité.

En effet, lors de ce 27ème congrès, le dialogue de sourds, malgré les apaisements donnés par le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, Mr PONIATOWSKI, se poursuit. Certes le Ministre admet que face au refus quasi systématique d'ouvrir des pharmacies mutualistes, "il faut sortir de l'impasse" : "le refus de toute création ne trouve pas de justification réelle" mais après avoir annoncé la constitution d'un groupe de travail sur ce sujet, il ajoute, sans autre précision que "les créations nouvelles devront se développer dans un cadre de concurrence **véritablement équitable**". Certes, il apprécie le rôle de la Mutualité mais au rappel insistant du Président BORVEAU sur l'idéal de la Mutualité - "liberté et solidarité" - il répond par "liberté et sécurité" laissant planer la menace de nouveaux désengagements de la protection sociale.

Pour lui, selon la tradition libérale, "il est sain que la protection sociale ne soit pas fondée exclusivement sur l'Etat ou des contributions imposées".

Ce 27ème congrès confirme le tournant de 1970 dans le passage d'une Mutualité très sage à un Mouvement un peu plus combatif. L'arrivée de syndicalistes, notamment C.G.T. et C.F.D.T. et de jeunes dans les délégations au congrès et les structures de la Mutualité introduisent un vocabulaire plus ferme *("Aujourd'hui, il faut prendre des positions plus nettes" - "La Mutualité à développement tranquille a vécu")*. Sur le fond, des déclarations plus tranchées éclatent : "il y a une contradiction fondamentale entre l'organisation à dominante libérale du système de distribution des soins et l'existence de régimes obligatoires quasi-généralisée". Mais ces déclarations n'expriment qu'une minorité *(20 à 30 %)* suffisante pour inquiéter l'autre force syndicale - indirectement représentée *(F.O.)* qui rappelle "amicalement" que F.O. est "attachée à l'indépendance totale du mouvement".

Néanmoins, avec sagesse mais force, le congrès réclamera notamment le développement des pharmacies mutualistes sans attendre les promesses gouvernementales lesquelles s'avèreront dans les faits, très lentes, voire négatives...

Certes un rapport de l'I.G.A.S. va conforter les thèses de la Mutualité, qui dans son rapport annuel, fin 1973, démontre que la gratuité des soins n'est pas un facteur de surconsommation médicale. L'Inspection conclut : "il serait donc illusoire et dangereux de chercher des palliatifs aux difficultés financières de l'Assurance Maladie, dans une limitation des remboursements, par une augmentation du ticket modérateur ou par la suppression des mécanismes de tiers payant". C'est-à-dire d'assurer la gratuité des soins pour les salariés gagnant moins de 1 000 F par mois. "A condition de répartir la charge correspondante sur tous les autres salariés".

Toujours est-il que le sujet des pharmacies mutualistes demeure bloqué dans les couloirs ministériels.

A l'assemblée générale de 1974, les rapporteurs indiquent que les Pouvoirs Publics font des promesses sans plus et ne leur donnent que "des satisfactions intellectuelles".

Près d'un an après les promesses de Mr PONIATOWSKI, le groupe de travail sur les pharmaciens est mis en place et une partie du monde mutualiste piaffe d'impatience menaçant même de descendre dans la rue.

N'y a-t-il pas eu un refus ministériel d'ouverture à Charleville Mézière ; n'y a-t-il pas 16 demandes en instance depuis, parfois 5 à 7 ans et seulement 5 acceptations en 24 ans !

Cette attitude des Pouvoirs Publics accentue les contacts de la Mutualité Française avec les syndicats et sa concurrente la F.N.M.T.
Le 10/07/1974, la F.N.M.F. signe avec la F.N.M.T., la C.G.T., la C.F.D.T. et des associations sociales et familiales, une plateforme pour la défense de la "Sécurité Sociale".

A l'assemblée générale de 1975, il n'y a pas de résolution mais les rapporteurs signalent que la F.N.M.F. partage avec les syndicats et les associations, les actions de défense.

C'est finalement en 1976 - le 2 Avril - qu'une manifestation sera organisée dans la capitale, ne réunissant qu'un millier de mutualistes pour protester "contre l'arrêt systématique du développement du secteur non lucratif de la distribution du médicament". Les manifestants avaient cependant dans leur besace, pour la remettre au Gouvernement" une pétition signée, selon eux, par 500 000 personnes. Une motion votée à l'assemblée générale du 04/04/1976 confirme cette pétition au niveau des instances nationales.

Il est vrai que la Mutualité rencontre un succès juridique mais aussi un échec politique.

Un SUCCES : face aux 3 refus des pharmacies à Libourne, Clermont-Ferrand et Paris, elle a obtenu l'annulation par le Conseil d'Etat du refus du Ministère de la Santé et même dans un cas, des dommages et intérêts.

UN ECHEC : le Gouvernement maintient son opposition à l'ouverture des pharmacies mutualistes. Face à ce refus persistant du Gouvernement, Mr BORVEAU, à la veille du 28ème congrès envoie une lettre du Premier Ministre, Mr J. CHIRAC, sous forme d'avertissement. Après avoir écrit "Nous avons eu tort d'espérer en entendant Mr PONIATOWSKI (1973)... Nous avons eu tort de croire, Mme S. VEIL (1976), il ajoute : "il ne nous est plus possible maintenant de persévéver dans l'erreur (...). Le Gouvernement prendra donc la responsabilité, s'il persiste dans son attitude, d'engager la Mutualité Française dans une voie qui est à l'opposé de ses traditions les plus profondes mais qu'il lui sera impossible de ne pas suivre jusqu'à son terme".

4) 1976 - LA MUTUALITE VEUT "MENER LA LUTTE"

Quelques jours plus tard, au 28ème congrès, le Ministre du Travail, Mr DURAFOUR annule sa venue et son message, lu par son Conseiller Technique, est vivement chahuté.

Huées, martèlements du sol par des centaines de pieds soudainement agités, ont interrompu à quatre reprises, dans la salle rococo du théâtre du Casino de Vichy, le message que Mr LEBEAU, Conseiller Technique du Ministre du Travail, a lu Dimanche 16 Mai, au nom de Mr Michel DURAFOUR.

Jamais les notables et chevronnés mutualistes n'avaient franchi aussi clairement la barre de la courtoisie et du "pacifisme" qui les caractérisent. A deux reprises, le Président de la Fédération, Mr BORVEAU, a dû faire appel au calme.

Cette exaspération sera non seulement physique mais quasi politique. Se départissant de sa neutralité politique, le Président Mr BORVEAU, menace au début du congrès de faire pression sur les électeurs par l'envoi d'une lettre aux 20 millions d'adhérents lors des prochaines échéances électorales ; devant l'envoyé du Ministre, il réitère, en termes plus feutrés cette menace.

"Les mutualistes déclare-t-il devant l'envoyé du Ministre, sauront bien d'une façon ou d'une autre, faire entendre leur voix".

Cette quasi invitation à voter "contre" la majorité nous fût d'ailleurs confirmée par Mr BORVEAU lui même : "Le problème des pharmacies mutualistes devient nettement un problème politique parce que le Gouvernmement l'a politisée. Il n'est pas question de dire à nos adhérents : "voilà comment il faut voter", mais de leur indiquer : "volà des éléments d'appréciation dont vous devrez tenir compte".

Mais face aux inquiétudes d'une partie des congressistes de voir la Mutualité trop se politiser (le rapporteur général Mr FRANCOIS évoquant "l'indépendance du mouvement", "un lieu de rencontre et non de confrontation"), Mr BORVEAU, en fin de congrès nuancera son durcissement.

"Nous ne sommes pas des revendicatifs et des contestataires. Nous demandons simplement l'application de la loi". "Mais la patience, ajoute-t-il, a atteint ses extrêmes limites. Le Gouvernement est responsable de l'évolution de la Mutualité sur une voie qui est à l'opposé de ses traditions les plus profondes, voie qu'il lui est impossible de ne pas suivre jusqu'au bout".

Des oppositions, hostilités, protestations vigoureuses, le 28ème congrès en 1976 est en effet passé à une quasi déclaration de guerre : le congrès "engage instamment tous les responsables mutualistes (...) à la lutte...

Au total, ce 28ème congrès marque cependant, après le lent glissement - en 1973 de la Mutualité vers la gauche, une affirmation plus nette de positions de gauche :

- opposition au dépassement des honoraires par les Médecins,
- développement du tiers-payant,
- fixation des prestations "Sécu" au plus haut niveau, alors qu'un projet gourvernemental vise à les réduire. La Mutualité se pose ainsi nettement en défenseur de la Sécurité Sociale "consciente que son sort sera plus que jamais lié à celui de cette conquête sociale",
- nationalisation de la grande industrie pharmaceutique.

Comme nous le notions à l'époque dans le journal "Le Monde" : "l'évolution reste mesurée. La Mutualité est un monde très hétérogène où tous les courants politiques, syndicaux et confessionnels sont représentés et s'interdisent en principe de constituer des tendances. Et la modération n'a pas été absente de ce congrès parfois houleux". Mais à sa manière mesurée, Mr BORVEAU a bien lancé une déclaration de guerre au Gouvernement.

Et l'année suivante, en 1977, l'assemblée générale élève une "vigoureuse protestation" et fait part de son "opposition vigoureuse". Protestation aussi contre la majoration du ticket modérateur pour les auxiliaires médicaux.

R E P E R E S

	LES THEMES DES CONGRES		LES MESURES IMPORTANTES DE L'ETAT
	- AG 1977 : Opposition vigoureuse.	1977	- 1er plan Veil avec création du forfait hospitalier et majoration annoncée du T.M. pour les médicaments dits de confort.
	- AG 1978 : Opposition.	1978	- Loi créant l'assurance personnelle.
	- AG 1979 : Protestations, condamnation, riposte efficace.		- 2ème plan Veil majorant les cotisations.
1979	STRASBOURG "Un mouvement de prévoyance libre et de solidarité".	1979	- Plan Barrot appliquant le T.M.O.P.

5) 1978 - UNE OPPOSITION PLUS MODEREE

La querelle entre Mutualité et Gouvernement sur les pharmacies mutualistes va se poursuivre. En 1978, Mme VEIL, maintient le refus gourvernemental malgré le Conseil d'Etat. Néanmoins, elle tente une parade qui va ouvrir les voies du compromis : sa demande au privé lucratif d'accepter le tiers payant. En outre, quelques ouvertures sont finalement acceptées.

A l'assemblée générale de 1978, la motion rappelle que la Mutualité "s'élève vigoureusement" contre les obstacles que dressent les Pouvoirs Publics, mais la critique en reste là.

Les années passent, plus ouvertes au compromis - et la reconduction de la droite au pouvoir - amène la Mutualité à une hostilité plus feutrée. Au 29ème congrès de 1979, le ton est moins combatif : le congrès "demande de façon pressante" au Gouvernement..." ; il "dénonce (...) avec fermeté" ; il "s'élève véhémentement"... mais le temps de la lutte est apparemment passé.

Certes ce 29ème congrès, réuni à Strasbourg conserve la dent dure contre le Gouvernement mais on constate un retour à une certaine modération.

En présence du Secrétaire d'Etat, Mr HOEFFEL, Mr BORVEAU dénonce l'acharnement avec lequel le Ministère de la Santé refuse systématiquement d'appliquer les arrêts du Conseil d'Etat en faveur des pharmacies mutualistes, ainsi que "l'ostracisme dont la Mutualité est l'objet de la part des Pouvoirs Publics".

Certes, la résolution votée à Strasbourg comporte encore un volet très critique : le congrès "dénonce avec fermeté les mesures prises par les Pouvoirs Publics pour empêcher ou retarder la création ou l'extension" des pharmacies, cabinets dentaires et d'optique. "Il s'élève véhémentement contre les mesures discriminatoires qui obèrent la gestion de la plupart des oeuvres mutualistes... condamne la suppression des lits hospitaliers et émet les plus expresses réserves sur le projet de budget global des hôpitaux".

Mais il n'est plus question d'engager une campagne d'action contre le Gouvernement et d'indiquer, comme ce fut le cas à Vichy, que le vote de dizaine de milliers d'adhérents pourrait modifier de prochains scrutins politiques.

Pour l'un des mutualistes - le plus à gauche - Mr CALISTI - c'est une "pause".

Pour Mr CHAZOTTE, *(MUTUELLE DE LA DIRECTION GENERALE DES IMPOTS)*, ce congrès marque un peu le pas. C'est un congrès à blanc, un congrès d'attente. Plus que jamais "à prévalu le souci de préserver l'unité de la Fédération, c'est à dire son conservatisme". En fait tous admettent que "la Mutualité cherche son avenir".

Comme d'autres organisations, la Fédération de la Mutualité écrivons-nous dans "Le Monde", est en effet entrée dans une période de transisition et cela pour plusieurs raisons. La crise économique et la victoire de la majorité aux élections législatives incitent ses militants bénévoles à plus de réalisme. Dans la mesure où la Fédération compte vingt trois millions d'adhérents venant de tous les horizons *(gauche et droite, salariés et travailleurs indépendants)*, dans la mesure où ses effectifs "connaissent une progression plus lente" (+ 5 % en trois ans), la nécessité d'un prudent "recadrage" se fait sentir.

6) DURCISSEMENT EN 1979

Mais de nouvelles décisions gournementales - tel un défi - vont redurcir la Mutualité contre la majorité au pouvoir. Dès 1979, l'assemblée générale adopte une motion très critique :

La F.N.M.F. élève "une très vive protestation à l'égard des dispositions prises ou à prendre". Elle "conteste l'analyse faite par les Pouvoirs Publics de la situation financière de la Sécurité Sociale". Elle "condamne avec vigueur toutes mesures qui conduiraient à limiter l'accès aux soins". Elle "s'élève avec force contre le projet de décret qui prévoit la réduction des remboursements des sociétés mutualistes". Elle fait "les plus expresses réserves", "s'élève contre"... et après cette longue liste de critiques, elle appelle les adhérents mutualistes à "promouvoir les actions les plus énergiques" et à préparer "une riposte efficace".

7) LA BATAILLE DU TICKET MODERATEUR D'ORDRE PUBLIC

Le 15 Janvier 1980 un décret instaure à partir du 1er Mai 1980, un "ticket modérateur d'ordre public", c'est à dire l'obligation pour les assurés de supporter directement au moins 5 % des frais de santé quand ils ne sont pas pris en charge à 100 % par les Caisses d'Assurance Maladie. Ce décret qui limite le remboursemejnt complémentaire, accordé par des mutuelles ou des assurances, et s'oppose aussi à la gratuité totale des soins

provoqué "une mauvaise querelle" d'ordre à la fois politique, économique et social.

Il s'agit là d'une vieille histoire que celle du "ticket modérateur d'ordre public", une sorte de serpent de mer qui à intervalles réguliers, le gouvernement a fait agiter, en dépit des immenses protestations qu'à chaque fois il suscitait, provoquant le recul des Pouvoirs Publics.

Dès la création en 1928 des assurances sociales, le principe fut retenu que la mise en place d'une assurance obligatoire en cas de maladie ne saurait se traduire par une gratuité totale. Mais le respect de la liberté d'association et d'entraide ne pouvait empêcher les Français de se regrouper dans des mutuelles ou de s'inscrire dans des Compagnies d'Assurances pour compléter leur remboursement, moyennant une cotisation complémentaire. Face au développement de cette couverture volontaire qui permet à des millions d'assurés de bénéficer de la gratuité des soins, le Gouvernement et la Sécurité Sociale ont allumé plusieurs contre feux : la liste des maladies remboursées à 100 % par les régimes obligatoires s'est allongée et en contrepartie plusieurs essais ont été tentés pour imposer aux malades une prise en charge partielle des frais de santé. Ce fut la franchise en 1959, puis le ticket modérateur d'ordre public en 1967 : chaque fois la vive opposition des milieux syndicaux, mutualistes et politiques a contraint le Gouvernement à reculer : légalement prévu par une ordonnance de 1967, le ticket modérateur d'ordre public est resté inappliqué... lorsque soudain, durant l'été 1979, un conseiller du nouveau Ministre de la Santé, Mr J. BARROT a proposé de ressortir du grenier ce brulôt.

A l'époque, il s'agissait pour Mr BARROT de présenter une série de mesures destinées à combler le déficit de l'Assurance Maladie ainsi que de maîtriser l'accroissement des dépenses... Emballé dans la longue liste des décisions gouvernementales, le T.M.O.P. est passé alors inaperçu, mais il ressort pourtant en 1980.

La Mutualité réagit vivement et la Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.) porte l'affaire devant le Conseil d'Etat, et avec une belle unanimité, tous les syndicats réclament l'abrogation du décret. Même attitude dans les partis : le R.P.R. a fait cause commune - de Mr CHABAN DELMAS à J. CHIRAC - avec le P.C. et le P.S. La F.N.M.F. va plus loin en lançant une campagne de protestation et réussit à envoyer à l'Elysée plus de 7 millions de cartes de protestations.

A l'assemblée générale du 12/04/1980, le ton critique est donc aussi vif qu'en 1979. La F.N.M.F. "s'élève contre", affirme "son opposition", "s'élève avec force", et invite à "poursuivre la lutte engagée pour faire respecter ses droits", à "poursuivre les actions énergiques et persévérantes".

Des discussions s'engagent alors avec le Gouvernement et leur représentant Mr BARROT, qui officieusement déclarait que le décret était une erreur. Campant ferme sur leur poisition ("non au ticket modérateur" - non au décret du 15 Février") les mutuelles puis la Caisse Maladie des Salariés répondant à la suggestion de Mr BARROT (- non application du décret si les mutuelles versent une ristourne à la Sécurité Sociale -) par une autre initiative. Il s'agit de créer un fonds de prévention, géré à la fois par les Caisses d'Assurance Maladie et toutes les mutuelles, qu'elles appliquent ou non le T.M.O.P.

En outre la Mutualité - avec les syndicats - fait pression sur les parties pour obtenir l'abrogation du décret. C'est ainsi qu'un projet de loi "pourtant diverses dispositions économiques, dont le débat devait intervenir au printemps 1980, a été reporté car la Commission des Finances de l'Assemblée Nationale lui avait en effet adjoint un article additionnel abrogant l'article 20 de l'Ordonnance du 21 Août 1967, ce qui devait entraîner l'abrogation du ticket modérateur d'ordre public.
L'amendement avait été proposé par le groupe socialiste, et soutenu, à l'époque, par le groupe R.P.R. C'est pourquoi l'examen en avait été reporté : le gouvernement aurait été, sur ce point, mis en minorité, comme l'indique la revue de la Mutualité (n° 100, Décembre 1980).

Refusant un affront parlementaire, les Pouvoirs Publics suivent avec intérêt les contacts Mutualité-Sécurité Sociale pour la création d'un fonds de la prévention..., et en Juillet 1980, un compromis est élaboré lors d'une rencontre à Matignon le 4 Juillet 1980, entre Messieurs TEULADE et BARRE, qui accepte la non application du T.M.O.P. sans que le décret soit pour autant abrogé. Les contacts se sont alors multipliés : contacts offieux et efficaces puisqu'un protocole d'accord a été adopté en Septembre entre la F.N.M.F. et les caisses d'assurance maladie avec l'approbation des syndicats, y compris de la C.F.D.T., la C.G.T. seule votant contre.

Le compromis consiste à créer une association de prévention entre la C.N.A.M. et la F.N.M.F. (décision du 29/09/1980) gelant l'application du décret. Comme le rapporte le Monde du 30/09/1980 : "un fonds de

prévention va être créé. Le Gouvernement, qui souhaitait le versement d'une sorte de cotisation des mutuelles récalcitrantes, et la F.N.M.F., qui s'opposait à toute discrimanation entre sociétés mutuelles, ont conclu un compromis : tout en conservant indépendance et liberté d'action, toutes les mutuelles, qu'elles appliquent ou non le T.M.O.P., devont participer à des actions décentralisées mais coordonnées de prévention, et la C.F.D.T. se déclare prête à appuyer ces initiatives ; quant au financement - non encore fixé officiellement, il serait assuré à hauteur des deux tiers par les mutuelles, c'est-à-dire au niveau réclamé par le Gouvernement."

DEBAT AU PARLEMENT

Mais la F.N.M.F. maintient sa position pour l'abrogation du décret. Et malgré cet accord, les députés se saisissent de la question, l'opposition réclamant l'abrogation du décret.

C'est le 5 Décembre 1980, lors de la discussion d'un projet de loi sur diverses dispoisitions, que le débat porte, à l'article 23, sur un amendement n° 25 présenté par Messieurs PONS, DEHAINE et d'autres membres du R.P.R., ainsi que du P.S. pour abroger le décret et l'article 20 de l'ordonnance de 1967.

Mr DEHAINE déclare : "Nous considérons que ce texte porte atteinte à la liberté individuelle. Aucun principe démocratique ne peut, nous semble-t-il, justifier que l'Etat s'arroge le droit d'interdire à des citoyens de contracter volontairement une assurance complémentaire sur leurs propres deniers. En outre, ce texte constitue une restriction grave au principe de la Mutualité qui puise ses sources dans les notions de fraternité, de solidarité et de co-responsabilité de ses adhérents."

Mr D. TADDEI souligne entre autre, que "le mouvement mutualiste a bénéficié d'un soutien populaire très large."

Mais lors d'un scrutin public, l'amendement supprimant le décret est repoussé par 267 voix (U.D.F./R.P.R.), 206 s'étant prononcées pour, dont 5 U.D.F. et 4 R.P.R.

A la suite de ce vote, la F.N.M.F. maintient sa demande d'abrogation, indiquant dans sa revue : "Les députés ont pris leurs responsablités. La F.N.M.F., en ce qui la concerne, s'en tient aux assurances données par le Président de la République garantissant, sans contrepartie, la liberté des mutualistes d'utiliser librement leurs cotisations volontaires. La F.N.M.F. regrette l'amalgame qui a été fait, devant les députés, entre cette garantie de liberté sur laquelle elle ne peut transiger et la décision prise en commun par la F.N.M.F. et la C.N.A.M.T.S. de mener ensemble des actions de prévention et d'éducation sanitaire. Cette orientation sera maintenue de toute manière et, de même, la F.N.M.F. continuera d'exiger l'abrogation pure et simple d'un texte dont l'existence seule menace les libertés mutualistes."

IV "UN NOUVEAU TYPE DE RAPPORTS" :

une certaine entente cordiale... à éclipses (1981 – 1994).

Avec l'arrivée de la gauche au pouvoir, l'attitude de la Mutualité Française va beaucoup changer. Il est vrai que les comportements, les discours et les promesses de ceux qui s'installent à la tête de l'Etat rejoignent ceux tenus par les dirigeants mutualistes. A l'Assemblée Générale du 23 mai 1981, la FNMF "prend acte des positions définies par le Président de la République" et "confirme avec force sa volonté de voir abroger" le décret sur le T.M.O.P. et de réformer les ordonnances de 1967 etc.

Des mesures concrètes vont effectivement être prises par les pouvoirs publics, comme l'indique le tableau "Repères". Accord pour l'ouverture des pharmacies mutualistes, suppression du T.M.O.P., amélioration de certains remboursements par les Assurances sociales.

Et le 30ème Congrès, réuni en 1982, confirme le changement complet d'attitude. Non seulement 1,2,3...4 ministres et un secrétaire d'Etat sont présents (Plan, Solidarité Nationale, Consommation, Santé, Relation avec le Parlement) mais le Président de la République, M. MITTERRAND, vient en personne. On ne trouve plus aucune critique des pouvoirs publics dans la résolution. C'est l'heure d'une nouvelle entente cordiale.

REPERES

LES THEMES DES CONGRES	LES PRINCIPALES MESURES DE L'ETAT
	1981 . Accord du gouvernement pour l'ouverture de 9 pharmacies mutualistes. . Suppression du T.M.O.P. et amélioration du remboursement des lunettes, audioprothèses.
1982 BORDEAUX "un idéal, une force"	**1982** . Plan BEREGOVOY majorant le T.M. pour 1279 médicaments et forfait hospitalier **1983** . Mesures BEREGOVOY pour des économies hospitalières.
1985 LYON "Solidarité"	**1985** . Loi 25-7-1985 modifiant le CODE de la MUTUALITE. Mesures DUFOIX majorant le T.M. pour 379 médicaments et les T.M. pour les auxiliaires médicaux, les analyses (de 25 à 35 %).
	1986-1988 . 1ère cohabitation gouvernement CHIRAC
	1986 . Plan SEGUIN limitant les remboursements à 100 %.
	1987 . Majoration des cotisations.
1988 NICE "une tradition d'avenir pour un monde qui change"	**1988** . Atténuation du Plan Séguin sous le gouvernement Rocard.

Comme l'écrit B. GIBAUD, voilà "la Mutualité reconnue" : "cela faisait près de 70 ans que la plus haute autorité de l'Etat n'avait assisté à de telles assises, depuis la venue de Raymond Poincaré au XIème Congrès de Montpellier.

D'ailleurs à l'A.G. du 2 octobre 1982, le rapporteur, M. BRASSIER reconnaît que les changements politiques "ont entraîné des rapports d'un type nouveau". "Notre rôle a été pris en considération ajoute-t-il.

Des rapports en effet d'un type nouveau puisque les mesures gouvernementales positives seront, par la suite, très cordialement saluées alors que les potions amères, prévues par des plans successifs de rigueur, seront très modérément critiquées.

Le ton est d'ailleurs donné dès cette A.G. de 1982.

Dans la résolution, la FNMF "prend acte avec satisfaction des autorisations d'ouverture" des pharmacies mutualistes, "se félicite", "apprécie" les autres mesures jugées positives. Quant aux "décisions gouvernementales du 29 /9/1982, plus contraignantes et notamment les majorations de T.M. pour 1257 médicaments, elles doivent, dit la résolution "faire l'objet d'une appréciation nuancée". La FNMF se déclare certes "hostile" au forfait hospitalier, mais elle ne condamne plus. Tout au plus "déplore-t-elle" que "les assurances formelles" données par M. Mitterrand pour annuler les mesures discriminatoires contre les centres de santé n'aient pas été encore suivies d'effet. Il y a bien critique mais "nuancée".

L'Assemblée Générale suivante de juin 1983 illustre bien ce nouveau type de rapports et cette volonté d'entente cordiale malgré les pilules que la FNMF doit avaler. La résolution fait état de "l'hostilité" du mouvement aux "mesures ponctuelles", de "son opposition résolue" au forfait hospitalier. Le conseil d'administration est chargé "d'intervenir avec rigueur auprès des pouvoirs publics" mais les nuances sont nombreuses. La résolution montre que le mouvement "reconnaît la crise économique" et doit mener une étude approfondie des difficultés que doit surmonter notre système de protection sociale".

La FNMF est devenue sage. Pas de condamnation, pas d'actions non plus pour s'opposer avec vigueur... alors qu'avant le vote de la résolution, certains délégués comme M. SEGALEN, avaient affirmé que, comme au temps de l'opposition au T.M.O.P., il fallait mener des actions, descendre dans la rue. Tout en rappelant les oppositions, au seul titre du verbe, la FNMF s'en tient à "des propositions constructives". Effectivement, en d'autres temps, la critique aurait été plus vive. La Fédération rivale, elle, lance d'ailleurs une pétition nationale.

La FNMF se montre critique... mais compréhensive et même modérée. L'année 1984 est aussi calme. L'Assemblée Générale du 26 mai 1984 rappelle "l'opposition énergique" au forfait hospitalier et demande sa suppression mais la résolution se termine en faveur d'une "politique de dialogue et d'ouverture" à l'égard des "partenaires sociaux comme des pouvoirs publics".

En 1985, les positions de la FNMF sont toujours dénuées de fermes critiques même si l'on ne retrouve pas les sympathies que la Mutualité proclamait à l'égard de M. BACON, 20 ans plus tôt. Aucune critique officielle dans la résolution du Congrès. Certes la Mutualité "regrette" la quasi suppression de la C.S.G., "rappelle" l'opposition à toute diminution des prestations, "s'inquiète" que le gouvernement confirme son refus de laisser s'instaurer une sécurité sociale à 2 vitesses et regrette le peu de crédibilité des différents plans de redressement". La critique est donc très... diplomatique. En revanche le congrès "prend acte avec satisfaction des résultats obtenus" sur la réforme du Code de la Mutualité. Il est vrai que cette réforme est un succès... mais ambigü de la Mutualité. Un succès puisque, de longue date la FNMF réclamait cette adaptation. Elle était déjà réclamée en 1970 : le congrès d'alors affirme qu' "il importe d'adapter le code de la mutualité qui date maintenant de 25 ans". De nouveau en 1982, le Congrès insiste : "la réforme de ce code est nécessaire pour l'adapter à l'évolution de la Mutualité et à celle de son environnement socio-économique". Un succès ambigu puisque les sociétés d'assurances s'appelant Mutuelles ne sont obligées qu'à ajouter le mot assurances en dessous de Mutuelles...

Un compromis que le rapporteur à l'Assemblée Générale exceptionnelle consacrée à la réforme du code, quelques mois plus tôt – mars 1985 – reconnaîtra en parlant d'une "certaine ambiguïté".

Mais la réforme est en cours. La Mutualité se montre alors assez compréhensive lorsque les mesures de rigueur reviennent à l'ordre du jour (avec des majorations de T.M.). Comme en témoigne l'Assemblée Générale du 19 octobre 1985. Il y a bien dans le rapport moral "une condamnation des mesures Dufoix qui comportent des relèvements du T.M. ; les pouvoirs se voient reprocher d'"octroyer des mesures contradictoires". On s'y félicite de la campagne nationale et du "manifeste pour la défense de la Sécurité sociale" mais la résolution générale ne contient aucune critique, aucune condamnation. C'est le silence, contrastant avec la litanie de critiques aux A.G. de 1979 ou de 1980.

L'année 1986 connaît à nouveau un cocktail de mesures positives et négatives. L'A.G. du 25 mai 1986 approuve le vote sur le code la Mutualité : "une avancée très significative" même si le rapport moral reconnaît à propos des Assurances s'appelant Mutuelles qu' "il a fallu rapidement convenir que la demande (de réserver le terme mutuelles aux seules vraies mutuelles) se heurtait à des impossibilités juridiques absolues".
La Mutualité Française reste compréhensive et "outre les réductions successives de la couverture obligatoire décidées par les pouvoirs publics "elle proteste" c'est-à-dire ne fait que protester.

Un an plus tard le ton change. M. Mitterrand est toujours à la tête de l'Etat mais le nouveau plan de rigueur – celui de M. SEGUIN – est le fait d'un gouvernement de cohabitation. Autre majorité, autre type de rapports, autre type de vocabulaire et d'attitude mutualiste dans les résolutions... comme en 1979 et 1980. L'A.G. du 22 mai 1987 "condamne l'ensemble des mesures gouvernementales", estime que le plan Seguin "organise le rationnement des dépenses de santé" et évoque curieusement "les régressions antérieurement décidées".

Le ton change et l'heure est à nouveau à des manifestations de rue, il est vrai modérées. C'est le rassemblement de Vincennes où le mouvement mutualiste, le 23 mai 1987, démontre son opposition critique avec des pétitions qui ont rassemblé des millions de signatures.

Mais lorsque en 1988, le congrès se réunit, nouveau changement ou plutôt avec le retour d'un gouvernement différent retour à une position d'entente relativement cordiale. On ne trouve dans la résolution aucune condamnation ou même critique. On tait les désaccords. On s'abstient d'évoquer les "régressions", rapidement évoquées un an plus tôt en A.G. Des mesures positives sont prises par le gouvernement. C'est à nouveau l'entente cordiale.

L'A.G. du 22 octobre 1988 "prend acte avec satisfaction du rétablissement de l'exonération du T.M. pour les médicaments à 40 %" quand il y a maladie longue et coûteuse.

L'année suivante l'A.G. rappelle seulement que "les efforts de maîtrise(...) ne peuvent se limiter à la seule maîtrise des remboursements".

En 1990, aucune critique directe sinon des regrets d'ordre européen : la Mutualité Française déplore, lors de son A.G., "que se multiplient (en Europe) de façon anarchique les plans nationaux de maîtrise des dépenses".

Le ton est à la fois positif et critique, en 1991, face au cocktail des mesures gouvernementales. L'A.G. du 19 octobre 1991 "réaffirme avec force son opposition à la spirale inflationniste consistant à majorer les cotisations et diminuer les prestations" ; elle "renouvelle sa condamnation de l'augmentation des cotisations et du forfait hospitalier" mais elle porte "un jugement positif sur le nouveau dispositif législatif" (enveloppe globale pour les actes de biologie) et "juge positif le plan concernant les médicaments".

REPERES

LES THEMES DES CONGRES	LES PRINCIPALES MESURES DE L'ETAT
	1990-91 . Mesures EVIN supprimant le remboursement de certains anti-asthéniques
1991 GRENOBLE "Agir ensemble pour vivre mieux"	
	1992 . Mesures CRESSON avec majoration des cotisations
	1993 . Plan VEIL majorant le TM pour les médecins (de 20 à 30 %) le TM pour les auxiliaires médicaux et analyses (de 35 à 40 %) le TM pour des médicaments (de 60 à 65 %)
1994 BAYONNE	**1981 à 1993-94** . Le remboursement des dépenses de santé par les Assurances sociales est passé de 74 à 71 %

En 1992, grande nouveauté dans le mouvement mutualiste : le Président de la FNMF, M. TEULADE, est devenu ministre pour traiter de ces épineuses questions. A l'A.G. de 1992 où M. DAVANT a remplacé M. TEULADE, la Mutualité Française après avoir rappelé son indépendance se fait discrète pour seulement souhaiter que "les nouveaux ministres des Affaires sociales et de la santé puissent trouver les voies d'une efficace régulation de l'évolution des dépenses de santé".

En 1994, alors que le Président de la République est à nouveau présent au Congrès - celui de Bayonne - comme il l'a été aux précédents - mais cette fois, période pré-électorale oblige, avec plusieurs ministres du gouvernement de cohabitation, la résolution, une nouvelle fois, ne comporte guère de critique à l'égard des pouvoirs publics.

Pour toute cette période – 1981 à 1994 – et à quelques exceptions près l'attitude de la FNMF est bien celle d'un mouvement qui est devenu compréhensif et modéré enterrant la hache de guerre. Si l'on compare à la période précédente 1970/73 à 1981, il s'agit bien d'un changement radical et d'autant plus radical que de 1981 à 1994, la Sécurité sociale a subi un désengagement important. Comme le montrent les 2 tableaux ci–après.

Alors que sous le septennat de M. Giscard d'Estaing, marqué par la vive opposition de la Mutualité Française, il n'y a pas eu de véritable recul de la protection sociale obligatoire grâce à une politique qualifiée de "social démocratie de droite", en revanche, sous les septennats de M. Mitterrand, après une courte période d'euphorie sociale et de réels succès mutualistes, (réels mais ambigüs voire pervers comme on le verra ci–après p.....) en fait cette période a été celle des plus grands reculs en matière de remboursement des frais de santé. Même si, à la base, dans certaines mutuelles ou U.D. les critiques n'ont pas disparu, en tout cas, au sommet de la FNMF, le ton est resté courtois sinon favorable. C'est vraiment, comme l'affirmait en 1982 un rapporteur, un "nouveau type de rapports" qui s'est établi, avec comme point culminant, la récompense, pour le Président : sa nomination à un poste ministériel dans un gouvernement éphémère même s'il est vrai qu'en peu de temps, M. TEULADE, pour le nommer, a amorcé de réelles réformes sur la maîtrise des dépenses de santé.

ACCROISSEMENT DES TICKETS MODERATEURS

	1950 - 1970	1977	1982	1985	1993 - 1994
Médecin	25 %	25 %	25 %	25 %	35 %
Auxiliaires médicaux	25 %	25 %	25 %	35 %	40 %
Analyses	30 %	30 %	30 %	35 %	40 %
Médicaments	0 à 30 %	0 à 60 %	0 à 60 %	0 à 60 %	0 à 65 %
Forfait hospitalier	#	#	20 F	22 F	55 F

LE DESENGAGEMENT DES ASSURANCES SOCIALES

Part des dépenses nationales courantes de santé remboursées

	1970	1980	1993
Par les assurances sociales			
. source Credes	68,59 %	74, 25 %	71,45 %
. source Minis. des Affaires soc.	-	76, 5 %	74,3 %
Par les Mutuelles			
. source Credes	4,51 %	5,14 %	6,48 %
. source Minis. des Affaires soc.	-	6,1 %	6,3 %

2ème PARTIE :

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE A LA SECURITE SOCIALE

I LA MUTUALITÉ SUR L'AVENTIN : CONSOLIDER, CONSTRUIRE, OBSERVER

Au lendemain des ordonnances de 1945 et jusqu'au congrès de 1951, la Mutualité Française, inquiète de son avenir, ne prend guère de position, lors de ses congrès, sur la nouvelle "Sécurité sociale" sinon pour renouveler ses réserves contre un régime unique et obligatoire, contraire aux "conceptions néolibérales toujours vivaces de la tradition mutualiste" (B. Gibaud in "De la Mutualité à la Sécurité sociale). Au Congrès de 1948, à Aix les Bains, R. Jack SENET ne déclare-t-il pas "La Mutualité est une conception essentiellement libérale de l'action sociale".

Toute consacrée à la consolidation du mouvement, doutant parfois de son avenir, "la Mutualité convalescente" pour reprendre les termes de B. Gibaud, campe sur l'Aventin, puis, de nouveau entreprenante, consolide son pré-carré. C'est selon B. Gibaud "une phase de "normalisation", de "recomposition" avec "un lent mouvement de décrispation".

Cette phase de repli, mais de repli constructif s'achève en 1951 avec le constat que la Mutualité a toute sa place. Le Secrétaire Général, M. P. AUBRY déclare : "nous avons mieux à faire que de jouer auprès de la Sécurité sociale, le rôle du soupirant éconduit et quelque peu ridicule". Mais, autre personnalité, autre ton, M. R. LAVIELLE, dans son rapport critique toujours le principe d'obligation car pour lui "le sentiment d'obligation est une morale de troupeau".

Toujours est-il que la Mutualité s'affirme à sa place. La résolution du Congrès de 1951 "confirme la valeur de l'organisation", sa "souplesse" et les congressistes constatent "avec satisfaction" que la Mutualité "répond de plus en plus parfaitement (...) aux besoins tant des assurés sociaux qui y trouvent un complément de prestations qui apparaît chaque jour plus nécessaire que des personnes non assujetties".

Confiante, la Mutualité va désormais, dans ses congrès ultérieurs consacrer à la Sécurité sociale, une partie de ses travaux et de ses résolutions.

DEUX NOUVELLES PÉRIODES peuvent être distinguées :

- dans les années 50 et 60, la Mutualité Française insiste sur la nécessité de travailler ensemble avec la sécurité sociale.

- dans les années 70–80, elle propose, avance des modifications aux régimes de base.

II LES ANNÉES 50 ET 60 : AFFRANCHIE, LA MUTUALITÉ FRANÇAISE PRÉCONISE "LA COORDINATION" ET LA "COLLABORATION".

Lors du 21ème congrès, en 1954, à Marseille, la Mutualité Française s'estime en effet suffisamment forte et affranchie (elle constate "avec satisfaction le développement sans cesse croissant du mouvement") pour traiter de ses relations avec les assurances sociales.
Elle "préconise l'établissement d'une coordination avec les régimes sociaux obligatoires" tant pour les prestations, les oeuvres sociales que pour l'élaboration des tarifs médicaux.
La Mutualité sort ainsi de l'Aventin et se pose comme partenaire.

En 1957, au 22ème congrès, tenu à Nice, la FNMF aborde franchement ses rapports avec les Assurances Sociales en y consacrant, dans la résolution, plusieurs paragraphes réunis sous le titre – c'est une première – "en ce qui concerne la Mutualité et la Sécurité sociale". La Mutualité Française admet cette fois, reconnaît et affirme sans ambages une action commune et va même jusqu'à exiger et non plus préconiser.

En effet le congrès affirme :

- que "la Mutualité et la Sécurité Sociale poursuivent des buts identiques".

- que "le recours de millions d'assurés sociaux à la formule mutualiste pour la garantie complémentaire (...). exige une coordination des efforts des 2 institutions".

- que "la Mutualité se doit de collaborer activement à l'application de la loi d'obligation par la participation de ses administrateurs à la gestion des caisses

- que "la Mutualité et la Sécurité sociale doivent "résister en commun" aux tentatives entreprises pour les diviser.

Douze ans après les ordonnances, l'inquiétude sur le refus de l'obligation, la page est bien tournée.

Face à la grande dame qu'est devenue "la Sécurité sociale, l'aïeule toujours verte qu'est la Mutualité s'estime suffisamment vaillante pour réclamer la collaboration en reconnaissant enfin, clairement, le principe et la nécessité d'appliquer les lois d'obligation.

Les congrès suivants reprendront ces principes, désormais inclus dans le positionnement mutualiste : l'obligation et la collaboration.

En 1960, le congrès "considère qu'une protection sociale valable est une nécessité fondamentale et qu'il est regrettable que de nombreux travailleurs indépendants n'en bénéficient pas encore". Prudent dans la formulation, il "n'exprime aucune objection contre le principe d'obligation envisagé actuellement pour l'assurance maladie des travailleurs indépendants". Même si c'est sur la pointe des pieds, la Mutualité Française a avancé d'un bon pas en avant vers la reconnaissance du principe d'obligation, tant décrié par certains dirigeants quelques années plus tôt.

En 1964, le congrès commence à s'inquiéter des politiques visant à réduire les prestations obligatoires.

Et en 1967, à la veille des ordonnances, le Congrès s'oppose aux remises en cause envisagées. Il réaffirme l'ancienneté d'une "collaboration" avec "d'autres institutions" (...) "en priorité avec les organismes de sécurité sociale et de prévoyance".

Une série de paragraphes, dans la résolution, sont d'ailleurs consacrées aux "relations avec la Sécurité sociale". La Mutualité Française rappelle qu'elle "est directement concernée par toute mesure relative à la Sécurité sociale" et qu'"elle est attachée à une politique de collaboration confiante entre les 2 institutions" et fait part de "son opposition" aux réformes envisagées.

UN TOURNANT

Le Congrès de 1967 marque un tournant : face aux menaces qui pèsent sur les régimes obligatoires, la Mutualité passe de partenaire et collaborateur confiant au rôle de défenseur des régimes de base... et de défenseur actif.

Dans sa résolution le congrès rappelant "solennellement" son hostilité aux projets gouvernementaux invite à l'action de "invite toutes les organisations mutualistes à participer à la défense des intérêts sociaux".

Une autre phase commence.

III LES ANNÉES 70-80 : LA MUTUALITÉ PROPOSE, RÉCLAME "L'ALIGNEMENT, "L'OBLIGATION" ET MÊME "LA GÉNÉRALISATION"

C'est donc à partir de 1967 et sous la pression, il est vrai des faits politiques, que la Mutualité prend des positions de plus en plus nettes en faveur d'une Sécurité sociale élargie. Après avoir été plutôt contre, puis à côté, on peut dire que désormais la Mutualité vogue sur le même bateau : celui d'une protection sociale plus solidaire.

Quatre domaines d'intervention constructive peuvent être distingués au cours de cette période : le niveau de la protection sociale, la question de l'alignement, celles de l'obligation et de la généralisation, enfin celui du financement.

1) POUR UNE PROTECTION SOCIALE DE "HAUT NIVEAU".

C'est à partir de 1976 que ce terme de "haut niveau" apparaît et sera repris lors des congrès de 1979, 1982, 1985, 1991.

Le 28ème Congrès, en 1976, tout en renouvelant sa demande d'"abrogation des ordonnances de 1967", réclame "la fixation des prestations de Sécurité sociale au plus haut niveau".

En 1979, le 29ème congrès réaffirme que "les prestations doivent se situer au plus haut niveau, y compris pour les travailleurs indépendants".

De nouveau, en 1982, le 30ème congrès rappelle que "la couverture sociale obligatoire doit être fixée au plus haut niveau".

Cette qualification est reprise, en 1985 puis au 33ème congrès, en 1991, où il est "réaffirmé que l'avenir à long terme d'une protection obligatoire de haut niveau (...) 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".

Mais les années ont passé et les difficultés d'ordre économique et financier rendent la Mutualité plus réaliste en ne réclamant le "haut niveau" qu'à long terme...

2) EN FAVEUR DE L'ALIGNEMENT.

Nouveauté de la part de la Mutualité Française, certes liée aux débats qui se développent en France avec les propositions du Président de la République, c'est la demande, au congrès de 1970 d' "un certain alignement". Dans la résolution, la Mutualité "constate la diversité" des régimes sociaux, "la diversité des cotisations, la diversité de leurs prestations" et elle affirme être "convaincue que l'avenir imposera un certain alignement". Ce congrès va même plus loin en se prononçant par la généralisation.

3) LA MUTUALITÉ SE PRONONCE NETTEMENT POUR LES ASSURANCES SOCIALES OBLIGATOIRES ET AVEC ÉCLIPSES POUR LEUR GÉNÉRALISATION.

. La même résolution au congrès de 1970, "se félicite que les régimes d'obligation couvrent présentement 98 % de la population "et après s'être prononcée pour l'alignement la Mutualité Française" tient à affirmer que l'uniformité dans cette généralisation ne peut se faire que sur la base des garanties du régime général avant les ordonnances".

. En 1973, ce thème n'est pas abordé dans la résolution du 28ème congrès. Le suivant, en 1976 aborde divers aspects de la Sécurité sociale mais sans reprendre ce vocabulaire sinon pour préconiser des relations étroites avec les syndicats et autres partenaires sociaux afin "d'étudier avec eux les améliorations à apporter à la protection sociale des Français".

. En revanche la revendication d'une sécurité sociale généralisée ré-apparaît au congrès de 1979. La résolution "ré-affirme l'attachement de la Mutualité à une Sécurité sociale généralisée".

. Paradoxalement, au congrès de 1982, alors que l'arrivée de la gauche au pouvoir pourrait faciliter la généralisation, la Mutualité ne reprend pas cette revendication. Tout au plus, rappelle-t-elle, qu'elle "contribue à la diffusion d'une conception étendue de la protection sociale" et que celle-ci comme il a été indiqué ci-dessus, "doit être fixée au plus haut niveau".

. Le Congrès de 1985 consacre une partie de sa résolution à "la protection sociale obligatoire" en y ajoutant qu'elle est "le socle de la solidarité nationale" mais il n'est pas question explicitement de généralisation. Il est à noter que ces prises de position sont accompagnées et suivies d'actions avec la diffusion d'un "manifeste pour la Sécurité sociale" afin de souligner son rôle irremplaçable.

Trois ans plus tard, à Nice, en 1988, la Mutualité enfonce le clou : elle "réaffirme que "la solidarité doit demeurer le fondement de la protection sociale obligatoire"... mais, dans la résolution, comme dans celle de 1991, la généralisation n'est pas mentionnée.

Ce n'est qu'en 1994, sous l'impulsion de son nouveau président, M. Fr. DAVANT, que la Mutualité Française franchit un grand pas en avant, en se prononçant clairement pour une véritable généralisation et même, en adoptant une charte pour l'an 2000, pour "un régime universel" couvrant toute la population.

En 50 ans, la FNMF a ainsi parcouru un énorme chemin : de l'opposition à la Sécurité sociale tant pour ses principes d'obligation d'unicité et d'universalité, jugés par certains quasi totalitaires, la Mutualité Française est passée très progressivement à l'alignement puis à la généralisation et enfin à une reconnaissance réclamée d'une véritable Sécurité sociale de type universel.

IV – LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE OBLIGATOIRE : UNE ÉVOLUTION LENTE MAIS PROFONDE DE LA MUTUALITÉ EN FAVEUR D'UNE FISCALISATION PARTIELLE.

Là encore, l'attitude de la Mutualité Française a réellement changé mais de manière très progressive ; ce n'est d'ailleurs qu'en 1976 qu'elle traite pour la première fois, lors d'un congrès, du financement des assurances sociales obligatoires... en raison, il est vrai, des projets gouvernementaux.

Le 28ème congrès "approuve sans réserve les positions adoptées par l'A.G. du 4 avril 1976" et notamment "la modification de l'assiette des cotisations".

Il faut attendre 1982 pour que la FNMF aille beaucoup loin. Au 30ème congrès, les mutualistes se prononcent pour "la recherche de nouvelles formes de financement de telle manière que les cotisations ne reposent pas uniquement sur les salaires".

Trois ans plus tard, en 1985, la Mutualité Française met les points sur les i. Le congrès "demande une véritable réforme de financement" et la résolution se fait précise. "Sa diversification, est-il affirmé, doit conduire à l'élargissement de l'assiette :

- "pour les personnes aux revenus de toute nature"

- "pour les entreprises, à d'autres éléments que le salaire"

Et la FNMF "regrette" la suppression presque totale de la C.S.G. - la Contribution Sociale Généralisée - et, alors, exceptionnelle de 1 %.

En 1988, la Mutualité Française enfonce le clou. Elle "demande à nouveau la révision des mécanismes de financement de la Sécurité sociale afin que tous les revenus y participent".

Cette question est soulevée brièvement mais clairement au congrès suivant, en 1991. La FNMF se prononce pour "le recours à de nouvelles sources de financement" et rappelle qu'elle "est favorable à la mise en place d'une contribution sociale généralisée".

Avec l'adoption, en 1994, de la charte pour l'an 2000 et la demande d'un "régime universel" la FNMF confirme une position devenue encore plus logique, avec la reconnaissance du principe de l'universalité : l'affirmation que le financement doit être basé sur la solidarité nationale c'est-à-dire sur tous les revenus.

Le marché du complémentaire maladie a, ces dix dernières années, surtout subi de profondes transformations avec un combat inégal entre mutuelles et compagnies d'assurances. Cette période se concrétise par :

- la montée en puissance des compagnies d'assurances,

- une lente prise de conscience par la Mutualité de cette concurrence et des combats d'inégale fermeté entre mutuelles et assurances,

- des réactions diversifiées de la Mutualité :

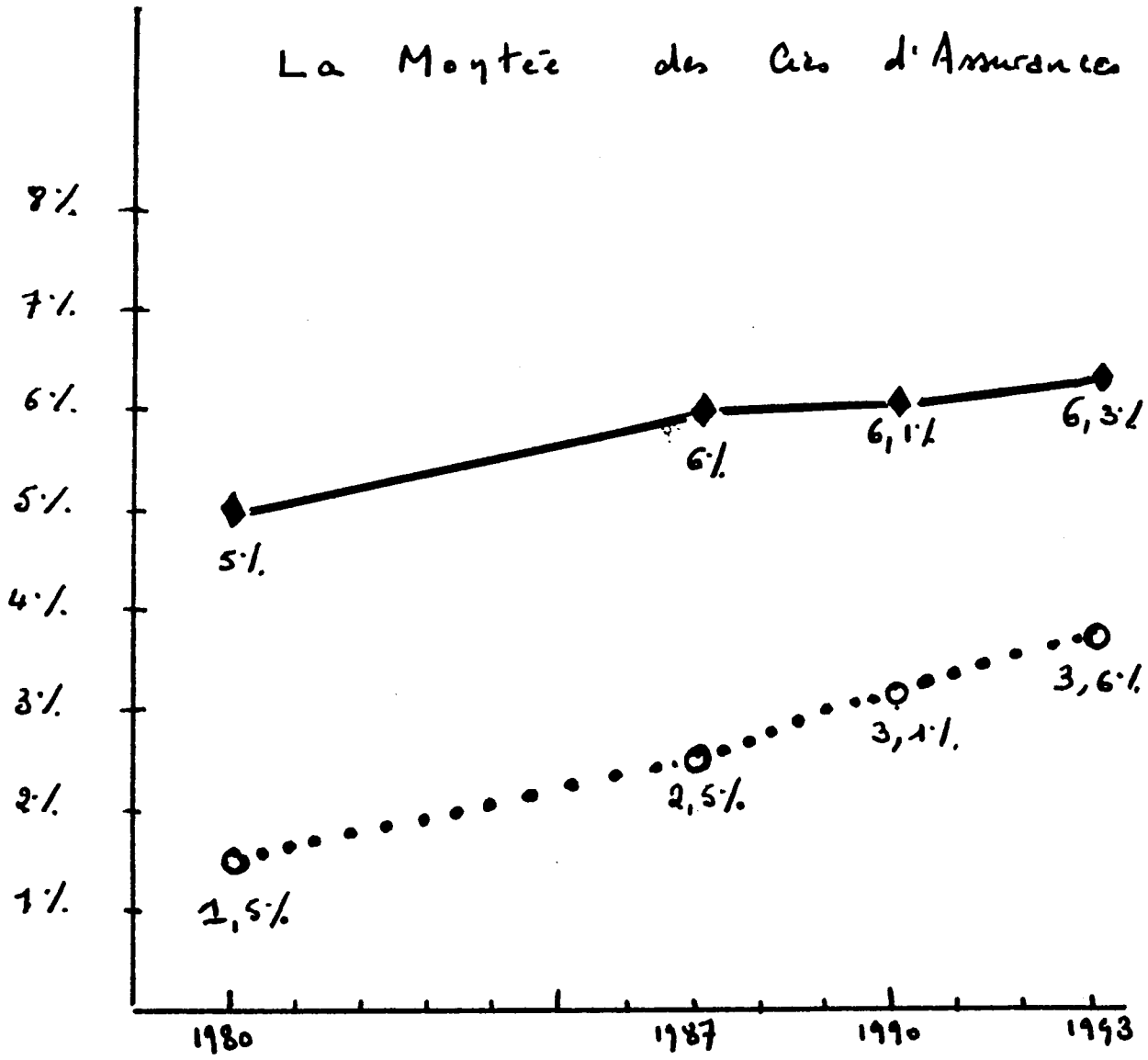
  . un effort de régularisation et de moralisation avec la loi Evin,

  . un effort du mouvement mutualiste pour s'adapter, s'unifier et se renforcer, quitte à, parfois aussi violer de vieilles et traditionnelles règles de la Mutualité,

  . une acceptation justifiée mais timide de moralisation avec la loi Evin,

  . une perception tardive de l'impact des directives européennes

FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE des DEPENSES de SANTE



Source : Rapport de la Commission des Comptes de la Santé : 1994

Rappel : Part de Mutuelles en 1945-50 : 5%
en 1960-70 : 3,5%

3ème PARTIE

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE A LA CONCURRENCE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

I - LA MONTEE EN PUISSANCE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

C'est avec la répétition des plans de replâtrage de la Sécurité Sociale - provoquant des hausses du ticket modérateur - la multiplication des dépassements des tarifs conventionnels et le souci croissant des entreprises de ne pas charger les coûts salariaux que l'Assurance à but lucratif s'est intéressée au complémentaire maladie.

1) UNE PART CROISSANTE DU MARCHE.

Le "marché" du complémentaire maladie est devenu, comme l'écrit la Tribune de l'Assurance (déc. 1990) un marché très porteur, concurrentiel et convoité. Pour preuve, il y a dix ans, les mutuelles avaient un véritable monopole puisque seulement une dizaine d'assureurs y intervenaient. Aujourd'hui ce chiffre a été multiplié par dix "... mais ajoutait ce journal "c'est un marché difficile"... "une grande majorité des assureurs le reconnaissent, ils essuient des pertes considérables aussi bien en groupe qu'en individuelle mais surtout en groupe, à cause de la baisse tarifaire vertigineuse. Disons le clairement à cause du dumping auquel se livrent un bon nombre d'assureurs"... et d'indiquer que "malgré tout c'est un marché intéressant, le produit santé prenant le rôle de produit d'appel".

En quelques dix années, la part du marché de ces assurances s'est assez rapidement accrue comme le montre le graphique ci-après.

La Mutualité qui dominait largement en 1980, en occupant 78 % du marché (5 % pour la Mutualité, 1,5 % pour le lucratif), n'en possède plus que 63,6 % en 1993 (6,3 % - 3,6 %).

Cette croissance s'est accompagnée aussi d'une plus forte présence médiatique et publicitaire, et d'une politique de dumping, tant vis-à-vis des candidats individuels que des entreprises.

2) LES TECHNIQUES DU MARCHÉ : DES COTISATIONS VARIABLES SELON L'ÂGE

La technique du marché a consisté – contrairement aux règles de solidarité mutualiste – d'offrir, en individuel, des contrats : avec cotisation variable selon l'âge, le sexe, les régions.

A partir de deux enquêtes que nous avons menées l'une en 1988–89, l'autre en 1994, nous avons souligné cette différence entre compagnies d'assurance et Mutuelles fidèles à l'esprit mutualiste.

L'une des caractéristiques principales de la concurrence accrue que jouent entre elles les compagnies d'assurances et les mutuelles est l'importance que donnent les premières à la variation des cotisations selon l'âge. En 1988–89 nous avons relevé 8 tranches d'âge à la Strasbourgeoise... et 52 chez Axa qui fixe des montants de cotisation différente par génération à partir de 20 ans. Cette méthode s'est étendue depuis.

- Du Côté des Compagnies d'Assurances, plusieurs changements sont en effet à noter de 1989 à 1994

. 2 Sociétés qui offraient, il y a 5 ans, des cotisations par tranche d'âge sont passées, comme AXA, aux cotisations par âge

ALPTIS répartissait les cotisations en moins de 20 ans, 20 – 40 ans

et par âge à partir de 41 ans. Désormais, les cotisations sont fixées par âge, à partir de 20 ans, pour les contrats à âge atteint.

Lesdites Mutuelles du MANS offraient en 1989 des cotisations par groupe d'âge

(18 - 20 ; 21 - 25 ; 22 - 25 ; 26 - 30, etc.)

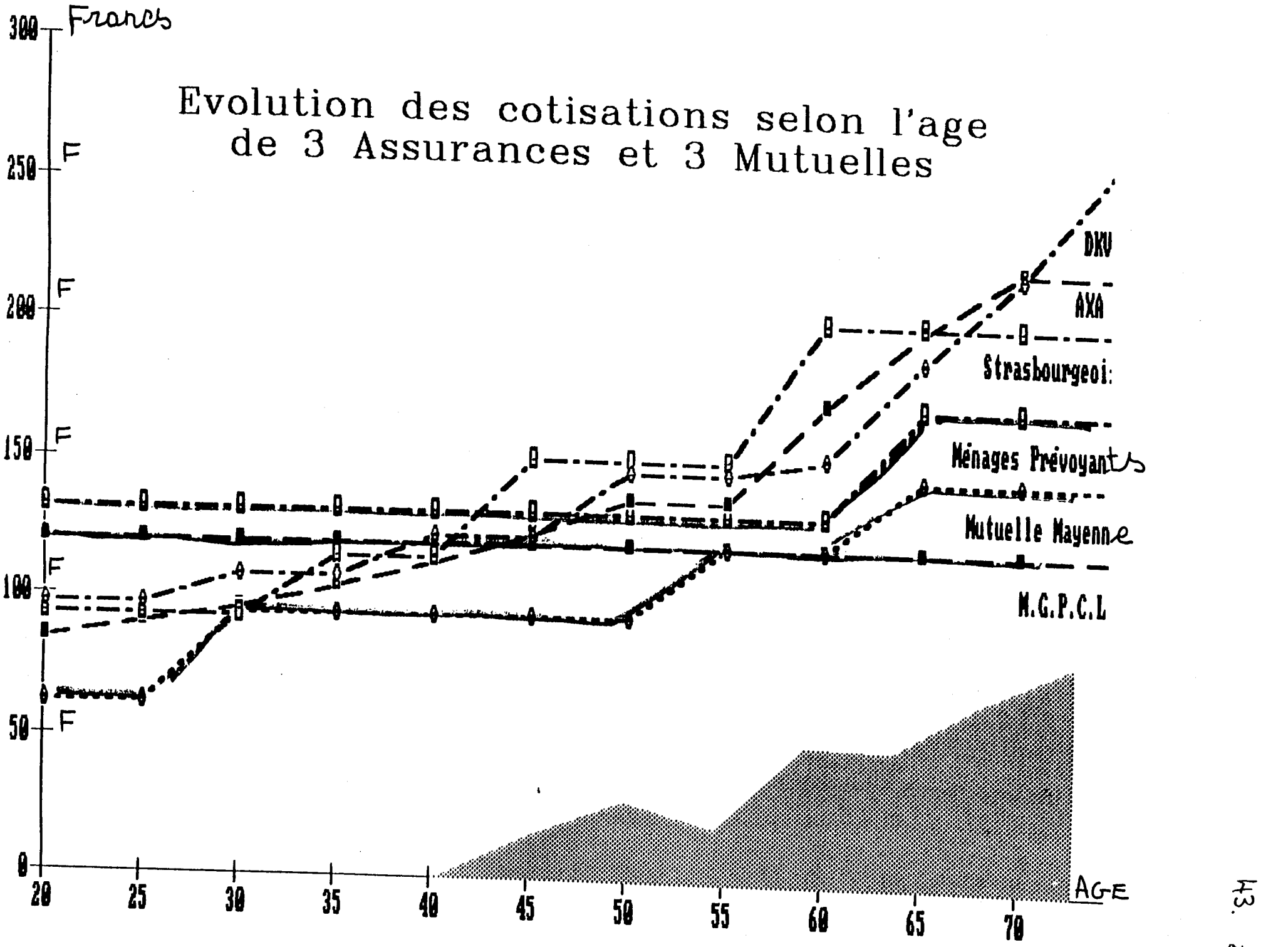
Désormais, elles sont établies par âge, à partir de 18 ans.

- La LLOYD distingue désormais, pour ses options, des tarifs différents selon qu'il y a, ou non, tiers-payant. En outre, elle fixe ses cotisations par tranche d'âge au-delà de 65 ans alors qu'en 1989, ses dépliants s'arrêtaient à + de 65 ans.

- L'ABEILLE, en 1989, proposait des cotisations par tranche d'âge de 30 à 39, 40 à 69 etc. Désormais, les tranches d'âge vont de 30 à 34 ; 35 à 39 ; 40 à 44 ; etc.

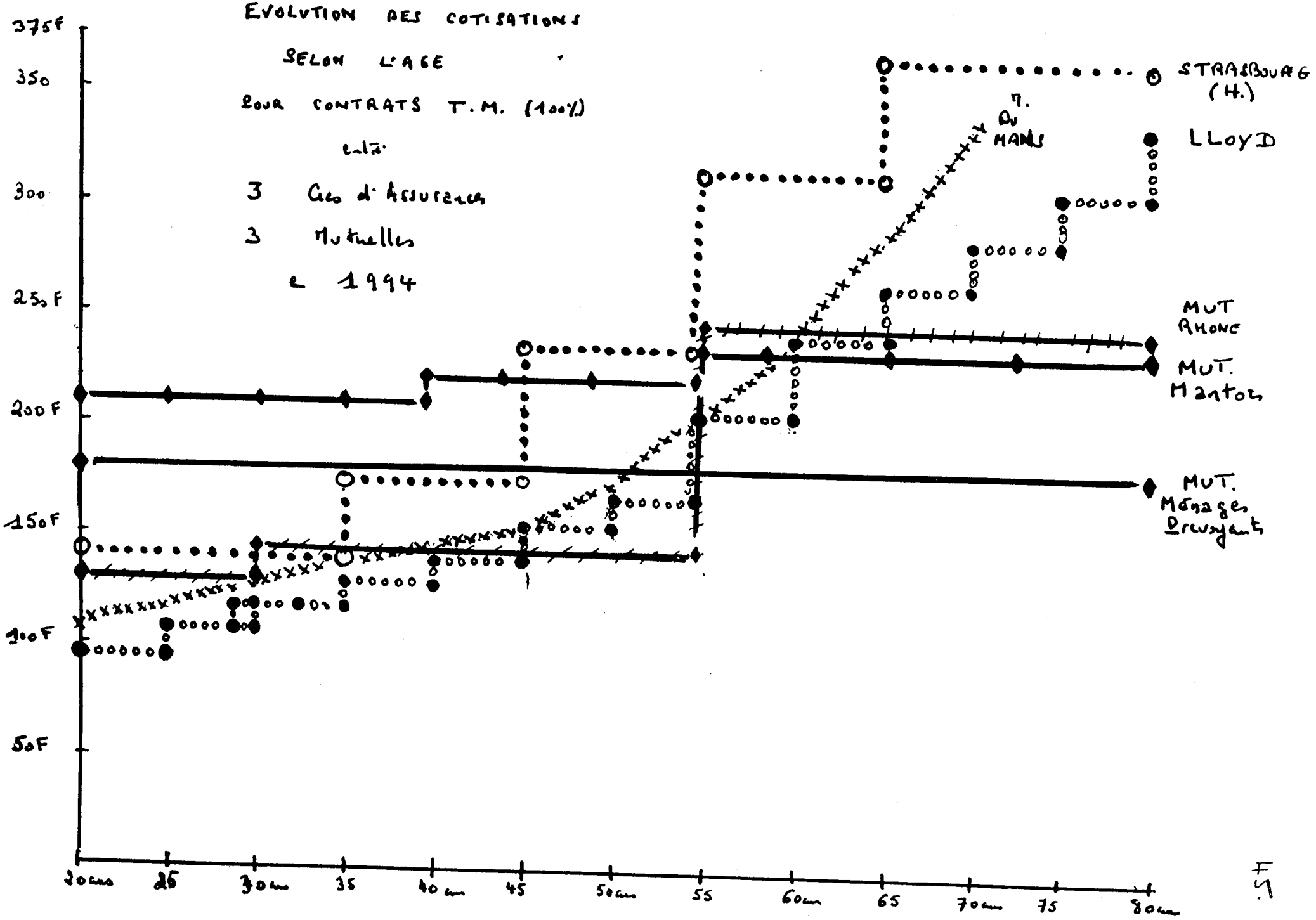
La représentation de cette technique comparée à celle des Mutuelles qui respectent l'esprit mutualiste est significative. Trois graphiques illustrent ces différences.

. Le premier graphique montre l'évolution des cotisations (en francs de 0 à 300 F) selon l'âge en 1989 entre 3 Mutuelles et 3 Compagnies. La MGPCL (Mutuelle Générale du Personnel des Collectivités Locales), dans une large mesure, la Mutuelle de la Mayenne et moins nettement les Ménages Prévoyants ont des cotisations d'un montant identique. En revanche DKV à l'époque, la Strasbourgeoise et Axa font progresser la cotisation en fonction du vieillissement avec des cotisations faibles à moins de 25 ans.


Francs
300
250 F
200 F
150 F
100 F
50 F
0
Evolution des cotisations selon l'age
de 3 Assurances et 3 Mutuelles
DKV
AXA
Strasbourgeoi:
Ménages Prévoyants
Mutuelle Mayenne
M.G.P.C.L
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
AGE

. Le deuxième graphique compare 3 Mutuelles et 4 Compagnies cette fois en 1994. On observe une cotisation quasi identique selon l'âge aux Ménages Prévoyants et à la Mutuelle du Mantois et des variations plus fortes (3 classes d'âge) à la Mutuelle du Rhône.

En revanche l'ABEILLE et la STRASBOURGEOISE font évoluer la cotisation par classe de 5 ans et les "Mutuelles" du Mans par génération.


EVOLUTION DES COTISATIONS
SELON L'AGE
POUR CONTRATS T.M. (100%)
entre
3 Cies d'Assurances
3 Mutuelles
e 1994
375F
350
300
250F
200F
150F
100F
50F
20 ans
25
30 ans
35
40 ans
45
50 ans
55
60 ans
65
70 ans
75
80 ans
STRASBOURG (H.)
LLOYD
M. DU MANS
MUT RHONE
MUT. Mantois
MUT. Ménages Prévoyants

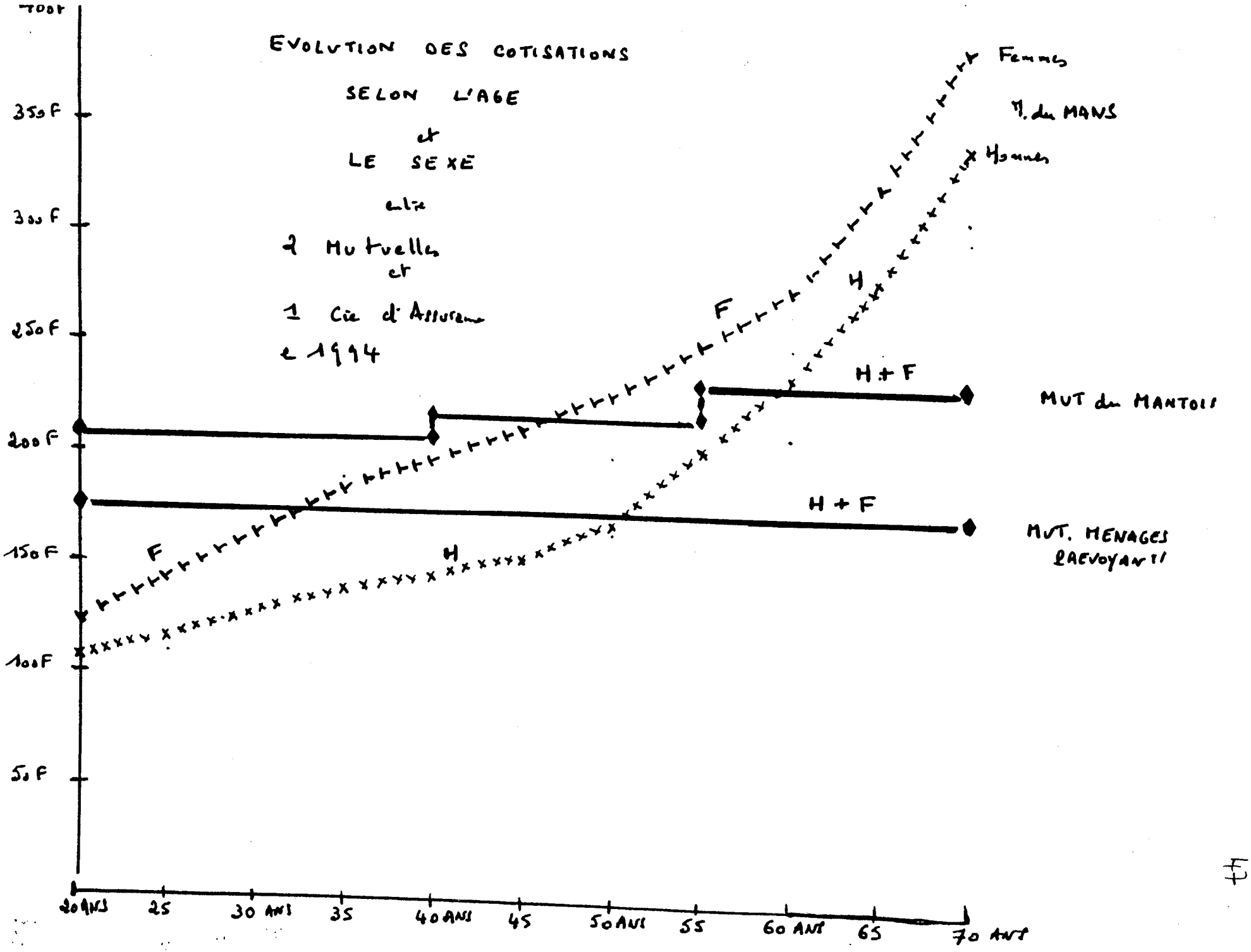
F.5

. Quant au troisième graphique, il illustre, pour l'année 1994, la différence des comportements entre les 2 types de concurrents.

. pas ou peu de variation selon l'âge

. pas de variation selon les sexes dans les 2 Mutuelles retenues mais,

. variation selon l'âge et différence selon le sexe aux dites Mutuelles du Mans


EVOLUTION DES COTISATIONS
SELON L'AGE
et
LE SEXE
chez
2 Mutuelles
et
1 Cie d'Assurance
en 1994
Femmes
M. du MANS
Hommes
MUT du MANTOIS
MUT. MENAGES PREVOYANTS
H + F
H + F
F
H
F
H
350 F
300 F
250 F
200 F
150 F
100 F
50 F
20 ANS
25
30 ANS
35
40 ANS
45
50 ANS
55
60 ANS
65
70 ANS

3) TAUX DE REMBOURSEMENT ET FORFAITS : UNE FOISONNANTE DIVERSITE

Le secteur lucratif se caractérise par une offre de contrats très variés selon les taux de remboursement, l'existence ou non puis le montant des forfaits.

L'intérêt des compagnies d'assurance, déclarait M. Dominique Landreau quand il était chargé de mission à l'UAP, est de proposer "des offres différenciées, selon les besoins de chacun ; nous offrons un menu à la carte, là où d'autres proposent un menu imposé "(Quotidien du Médecin – 19 avril 1991).

Voici lors de notre enquête en 1988–89, les variétés que nous avons trouvées, en y incorporant des Mutuelles qui pratiquaient alors des remboursements au delà de 100 %.

4. Les taux de remboursement pour l'hospitalisation et les soins courants (médecine)

Parmi la trentaine d'organismes examinés nous avons noté les pratiques suivantes : divers taux de remboursement par rapport au tarif conventionnel (certains dépliants font état du tarif de responsabilité).

Taux	Exemples d'organismes
90 %	Déclic Santé ; Groupe Azur ; Mut. RATP (1)
100 %	tous
120 %	Lloyd - 130 % hôpital chez U.M.C.
125 %	C.P.S.
150 %	C.P.S. - A.G.F. - Lloyd - Azur - Lloyd l'Abeille - Continent Assurance - Axa - (DKV)
175 %	U.M.C. (Médecins)
200 %	Lloyd - Concorde - Mutuelles du Mans - La Mondiale - Strasbourgeoise - GAN
250 %	
300 %	C.P.S. - AMIS - Médicale de France - U.G.S.G. GAN - AXA - (DKV)
375 %	Lloyd
400 %	Concorde - Strasbourgeoise (Hospit.) - Lloyd
500 %	Lloyd
Frais réels plafonnés	Epargne France
Frais réels (non plafonnés ou non indiqués)	Azur - La Mondiale M.I.E. - Continent Assurance

. DKV : les pourcentages (100% ; 150 % ; 300 % sont "en sus du remboursement du régime obligatoire".

. les taux peuvent aussi varier en fonction d'un "réseau" de soins

(1) à partir de 1991, contrat minoré destiné notamment aux jeunes. la cotisation est égale à 65 % de la cotisation de base

	Optique	Dentaire et Prothèse
100 %	C.P.S. - A.G.F. - Mut. Mans U.G.S.G. - Strasbourgeoise	A.G.F. - U.G.S.G. Strasbourgeoise
120 %	Lloyd	M.G.P.C.L. - Lloyd
125 %	C.P.S.	L'Abeille - C.P.S U.G.S.G.
130 %	M.N.C. - Mut.Rhône	
150 %	C.P.S. - SMATISF - Lloyd Mut RATP - GAN	L'Abeille - C.P.S. - Lloyd Strasbourgeoise - Mut RATP
200 %	Mut. du Mans Lloyd	Mut. du Mans - Mut. Inter Rég. de Montreuil - Lloyd
245 %	L'Abeille	
250 %	VIA	VIA - A.G.F.
270 %	M.G.P.C.L.	
275 %		U.M.C.
300 %	C.P.S. - L'Abeille	C.P.S. - Strasbourgeoise
350 %		Strasbourgeoise
375 %	Lloyd	Lloyd
600 %	L'Abeille	
650 %	Mut. RATP	

. Des options mutualistes

Il est à noter que face à la concurrence, des Mutuelles commencent à prévoir des taux de remboursements complémentaires élevés (650 % à la Mut. RATP à partir de 1991) mais sous option : le mutualiste s'il désire cette option accepte une cotisation supplémentaire égale à 56 % de la cotisation de base. Cette option est facultative mais l'adhérent qui y souscrit doit la conserver au moins cinq ans.

6. Les taux de remboursement pour les frais dentaires et d'optique

Pour les contrats incluant les remboursements de frais dentaires, d'optique, là aussi les taux de remboursement varient dans des proportions importantes. (de 100 à 600 %).

Autre grande différence : Les forfaits remboursements sont très fréquents en optique et à des montants très variables, de même que pour les prothèses et les cures thermales. Il en existe aussi pour les chambres particulières en hôpital, la maternité, les frais d'obsèques et plus rarement pour l'acoustique.
En voici une illustration :

6. Les primes en Optique, Dentaire, Cures thermales

	Optique	Prothèse Dentaire	Cure thermale
100 F	Mut. Europe		
115 F	C.P.S.		
150 F	AXA M.G.P.C.L.		Mut. Europe
200 F	U.M.C. - L'Abeille Mut. Europe C.C.M.Y - Lloyd		
230 F	C.P.S.		
250 F	Axa - Mut. Rhône Fam. Ile de France		Mut. Europe
270 F	L'Abeille - Mut. Inter		
300 F	U.M.C. TOP SANTE Mut. Val d'Orge	Mut. Europe	Mut. Anjou M.N.C. M. Montreuil
350 F	AXA		
400 F	Mut. Mans - UMC Mut. Inter M.G.S. - L'Abeille Mut. Europe DKV - Lloyd	Mut. Europe	Mut. Europe M.N.C. M. Montreuil
460 F	C.P.S.		
500 F	Mut. Inter - U.M.C. Top Santé M.I.E SMATISF. SNLA - M. Montreuil Mén. Prévoyants		Strasbourgeoise(517) Mut.Val d'Orge SMATISF C.P.S. - S.N.C.A. UGSG - Mut Inter
600 F	GAN - DKV		Mut. Inter
650 F	VIA		

	Optique	Prothèse Dentaire	Cure Thermale
690 F	C.P.S.		
700 F	Strasbourgeoise (723)		SNCA - Mén. Prév. M.G.P.C.L.
750 F	M.I.E.	Mut. Rhône	SMATISF
800 F	UMC		U.M.C. - M.N.C. - C.C.M.Y. Mut. Montreuil
1 000 F	M.I.E. - U.G.S.G. Strasbourgeoise (1034) U.M.C.	Mén. Prévoyants	C.P.S. SNCA U.G.S.G. - U.M.C. Mut. Inter Strasbourgeoise (1034)
1 200 F		A.G.F.	
1 300 F			Mut. Ile Fr
1 400 F	A.G.F.	M.G.P.C.L.	
1 500 F	M.G.S.	Strasbourgeoise (1551) DKV - Lloyd	S.M.I. Mut. Montreuil U.M.C.
2 000 F		C.P.S. - Lloyd	
2 500 F		DKV	
3 000 F	S.M.I.	A.G.F. DKV - Lloyd	
4 000 F		C.P.S. - A.X.A. Lloyd	
5 000 F		V.I.A. - M.G.S.- DKV - Lloyd	
5 600 F		Lloyd	
6 000 F		C.P.S. - A.X.A.	
6 200 F		GAN	
6 400 F		Lloyd	
7 000 F			Mén. Prévoyants

Lloyd offre des plafonds par bénéficiaire et par an variable selon l'ancienneté : Pour la formule 3 Dialloyd Plus, le plafond est de 3 200 F les 2 premières années et de 6 400 F ensuite. Le forfait est plus faible pour les enfants.

Notre enquête menée en 1994 était plus limitée en portant d'abord sur les contrats avec remboursement à 100 %, ensuite sur quelques exemples de contrats à 150 – 175 – et 200 % des honoraires médicaux.

Là encore on observe d'importantes différences de forfaits en optique et surtout en prothèses dentaires, certaines Mutuelles offrant des taux supérieurs à 300 % comme les Compagnies d'assurances mais avec des plafonds de remboursements là aussi très diversifiés. (Voir en annexe).

4) DES CONDITIONS ET DES CONTRAINTES PARFOIS IMPORTANTES... ET SELECTIVES

D'autres caractéristiques essentielles séparent les Mutuelles des Compagnies d'assurance et nous les présentons des moins aux plus typés.

. Tout d'abord les délais de stage où les divergences sont moins fortes

En général les délais de stages sont de :

- 3 Mois pour les soins courants
- 6 Mois pour l'OPTIQUE
- 9 Mois pour la MATERNITE

Des exceptions sont à noter :

EXCEPTIONS FAVORABLES

Des Compagnies d'Assurances (STRABOURGEOISE, LLOYD) suppriment le délai pour les contrats à 100 %. Il en va de même pour certaines Mutuelles : en faveur des jeunes (U.M.G.S.M. et 20 autres Mutuelles de la F.M.P.) ; dans tous les cas, à la MUTUELLE DE L'ANJOU.

EN MATERNITE

Le délai de 9 mois est réduit à 6 à l'U.M.G.S.G., et la MUTUELLE DU RHONE, mais porté à 10 mois aux A.G.F. et 12 Mois à la M.N.C.

EXCEPTIONS DEFAVORABLES POUR LE BENEFICIAIRE

Le délai de stage de 6 Mois pour les prothèses dentaires (U.M.G.S.G., M.N.C., MUT.RHONE,M.I.P. et GAN) atteint 9 Mois (ALPTIS) et 12 Mois (STRABOURGEOISE, MANS, A.G.F., AXA, ABEILLE). La STRASBOURGEOISE porte à 24 Mois le délai pour certains troubles, notamment nerveux.

Enfin on notera que la MUTUALITE DE L'ANJOU et celles du réseau HARMONIE font varier les délais de stage selon l'âge et les options :

- Adhésion avant 50 ans :
  - . pas de délai pour les options *TONIC SANTE 100 et 200* et *PRATIC SANTE*
  - . 6 mois pour les prothèses dentaires et 3 mois pour les autres garanties avec *TONIC SANTE 300* et *400*

- Adhésion à 50 ans et après : application des délais ci-dessus pour toutes les options.

ENSUITE LA LIMITE D'AGE A L'ADHESION

MUTUELLES en principe, pas de limite d'âge mais des exceptions notables sont à relever

CIES D'ASSURANCES en principe, limite d'âge variable parfois selon les options

évolution : certaines compagnies ont relevé l'âge d'adhésion

LIMITE D'AGE DIFFERENT		**1989**	**1994**
APRIL	*niveau 1*	60 ANS	65 ANS
	niveaux 2 et 3	60 ANS	59 ANS
ALPTIS	TM	60 ANS	59 ANS
	Opt 6		64 ANS
MANS	F2	60 ANS	60 ANS
	150 %	60 ANS	50 ANS
AGF	Prilège	65 ANS	65 ANS
AGF	250	60 ANS	65 ANS
	C 100	59 ANS	60 ANS
MUT.	Opt 100 - 200		SANS LIMITE
ANJOU	Opt 300		59 ANS
	Opt avec IJ		55 ANS

LIMITE D'AGE RELEVE :

Outre APRIL et AGF pour le niveau 1

LLOYD	Prilloyd	55 ANS	65 ANS

LIMITE SANS CHANGEMENT

AXA	AS1	70 ANS	70 ANS
	AS3	70 ANS	70 ANS
UAP	Ste 1	60 ANS	60 ANS
	F4	60 ANS	60 ANS
GAN	CS1	65 ANS	65 ANS
	400 %	65 ANS	65 ANS
LLOYD	375 %	65 ANS	65 ANS
STRASBOURG.	B1 B2	59 ANS	59 ANS

. **Enfin le questionnaire médical**

A Lorsque les Mutuelles ne pratiquent pas de sélection et acceptent le candidat mutualiste sans questionnaire et examen médical, la plupart des compagnies d'assurances ont recours à la sélection.

Lors de notre enquête en 1988-89 nous avons constaté que Axa et Strasbourgeoise imposent un questionnaire médical détaillé et ont prévu, en cas de réponses spécifiques à certaines questions, le passage d'un examen médical. (Voir en annexe).

"La souscription au contrat est soumise à sélection médicale. Le questionnaire de santé doit être rempli et signé par le souscripteur. Les réponses à toutes les questions sont obligatoires en cochant les cases OUI ou NON qui conviennent.

En cas de réponse OUI il y a lieu de fournir les renseignements complémentaires demandés sur le questionnaire de santé. Pour certaines maladies, il y a lieu de remplir en plus le questionnaire spécifique (questionnaire médical complémentaire réf. 200.008 A).
La liste est donnée ci-après. Les questionnaires sont remplis par le souscripteur ou le médecin traitant".

Des questions sont posées sur le rapport poids/taille uniquement pour les assurés de 15 ans et pour les personnes de 65 ans et plus il est demandé un rapport médical santé établi par un médecin de son choix.

A partir de 65 ans, le candidat est donc systématiquement soumis à un examen médical chez Axa, alors qu'un concurrent – Générali – a basé toute sa publicité sur le fait qu'il offre une couverture complémentaire maladie aux personnes âgées sans examen médical.

La Strasbourgeoise précise de son côté que si l'examen médical révèle des problèmes, une sur-cotisation sera exigée.

Des refus d'adhésion par des Compagnies d'Assurances ne sont pas exceptionnels. Tel est le cas de cette personne qui a reçu la lettre suivante :

"nous avons bien recu les documents pour la souscription d'un contrat
Lilas Plus et nous vous en remercions.

Compte tenu des éléments que vous avez communiqués à notre médecin conseil, celui-ci nous suggère de ne pas nous prononcer en faveur de votre souscription.

Nous sommes donc au regret de ne pas pouvoir vous accepter aux garanties du contrat lilas plus."

. **et ultime contrainte... il y a des radiations**

A la différence des Mutuelles, les compagnies d'assurances se réservent des droit directs et indirects de radiation.

LA GARANTIE VIAGERE

Cette garantie ôte à l'institution le droit de radier un assuré mais elle n'était jusqu'à 1990 que très diversement offerte.

La garantie viagère en 1988–89 n'était pas accordée automatiquement

- Dès l'adhésion, elle est accordée dans les mutuelles et dans les sociétés : La SUISSE, le GAN, ALPTIS.

- après 3 ans d'adhésion dans la plupart des sociétés recensées :

  A.G.F. – Strasbourgeoise – Continent – Amis – Médicale de France – Baloise Concorde – Axa – Azur – La Mondiale

- après 4 ans d'adhésion : Mutuelle du Mans

- la garantie viagère n'existe pas chez Epargne France

Cette diversité a été réduite puisque selon la nouvelle législation, la garantie viagère est accordée au bout de 3 ans d'adhésion.

LES RADIATIONS POUR CAUSES FINANCIERES

Si l'assuré qui veut pourtant se protéger contre le risque maladie est trop malade et coûte donc trop cher à la compagnie d'assurance, il peut se faire radier en raison du "souci d'un juste et nécessaire équilibre financier comme cela est si bien écrit dans le cas ci-dessous de résiliation par les "Mutuelles du Mans", une fausse mutuelle :

"Nous avons le regret de vous informer de la résiliation de votre contrat "remboursement de soins" dont le numéro figure en tête de la présente lettre.

Notre garantie cessera le :

Croyez bien que nous regrettons de recourir à cette mesure et nous vous prions de n'y voir aucune intention désobligeante à votre égard, mais le souci d'un juste et nécessaire équilibre de nos opérations.

C'est dans cet esprit que nous avons prié votre assureur-conseil de se mettre en rapport avec vous afin de vous exposer les motifs de notre décision".

LES RADIATIONS INDIRECTES... PAR FORTE MAJORATION DES COTISATIONS

Une des manières qu'ont utilisées les compagnies d'assurance pour se débarrasser de certains assurés coûteux consistait à leur infliger de fortes majorations de cotisation, en escomptant ainsi qu'ils quitteraient d'eux mêmes la société.

Dans les cas ci-dessous, l'adhérent n'est pas radié par les Assurances A.G.F. mais AGF lui impose une majoration de 50 % parce que les remboursements pour frais de santé ont atteint 3 827 F alors qu'il a versé 2 984 F de cotisations ! un dépassement de 28 % en 1987 est donc jugé intolérable.

"L'étude de votre dossier d'Assurance Maladie Complémentaire dont références ci-dessus, nous amène à revoir votre cotisation.

En effet, pour l'exercice 87, le rapport (sic) entre les sinistres réglés (3 827 F) et les primes payées

(2984 F) s'élèvent à 843 F.

A la demande de Monsieur ....., nous acceptons de maintenir votre contrat avec application d'une majoration de 50 % de votre prime.

Vous recevrez courant juin votre appel de cotisation pour la période du 01.07.88 au 01.01.89, qui tiendra compte de réajustement".

Dans son numéro de juillet - août 1989, les Cahiers de l'Epargne cite cet autre cas "imaginez-vous dans la situation de cette pauvre dame qui, après de nombreuses années de fidèle et loyaux versements aux Assurances Mutuelles du Mans (encore elles), s'est vue "poliment" remerciée. Eh oui ! ses enfants avaient eu des otites à répétition ... une vraie catastrophe."

5) DES ECARTS DE COTISATIONS PARFOIS CONSIDERABLES ET SOUVENT... PEU COMPARABLES

La grande variété de contrats entraîne une aussi grande diversité de cotisations.

5.1 Selon notre première enquête en 1988-89

La multiplicité des contrats renforcés par les modulations de cotisation selon l'âge aboutit à une énorme dispersion et à de fortes distorsions des taux de cotisation

Les comparaisons sont difficiles en raison des combinaisons offertes mais des rapprochements utiles peuvent être faits : ils révèlent outre la dispersion des taux, le montant attractif des cotisations de nombreuses assurances, parfois des mutuelles.

. DE 57 A 216 F PAR MOIS POUR LES 29 ANS : LES ASSURANCES AU HIT PARADE

sur la base d'un contrat accordant le 100 % T.C. pour tous les risques - mais avec de fortes différences pour les primes et forfaits propres, les tarifs varient de 1 à 4. Des différences sont notées, dans certaines compagnies, en fonction du sexe (2 chiffres sont alors donnés).

- Moins de 70 F	- Alptis	57
	- La Mondiale	60
	- Mutuelle du Mans	65.6
	- U.P.E.S.E.	68
	- Axa	69.5 à 90.8
	- Mea. de France	69.66
	- Axa	74 et 95
	- Lloyd	76 F (H)
	- Strasbourgeoise Basic 1	77 et 93
- De 70 à 90 F	- Concorde Solly Azur	80 et 90
	- DKV	83 F et 108
	- Amis	84.1
	- Gan Santé	84.5
	- C.P.S.	85.25
	- Strasbourgeoise	85.4
	- Mut. Anjou	87
	- L'Abeille	88
	- SMATISF et April	90
- De 90 à 100 F	- Baloise	91.41
	- Lloyd	92 (F)
	- Mut. Mayenne	94
	- A.G.F.	96.25
	- Ep France	97
- De 100 à 120 F	- DKV (1)	104
	- Strasbourgeoise	107.4
	- Mut. Montreuil	109
	- St Suisse	117.5
	- S.M.I. et Mut. Rhône	118
	- M.G.P C.L.	120
- De 120 à 140 F	- Azur	125.33 à 150 F
	- M.N.C. et C.C.M.Y.	129
	- M.G.S.	130
	- Mén. Prévoyants	132
	- U.M.C.	140 (150 en 1990)
- De 140 à 160 F	- M. Ile de France	153.7
- De 160 à 180 F	- M. Pétrole	165
	- U.M.C.	170
	- U.G.S.G.	178
- Plus de 200 F	- MUT. INTER	214
	- Top Santé Plus	216

- (1) pour les femmes

COTISATIONS MOYENNES : 2 FOIS PLUS DANS LES MUTUELLES...

LE POIDS DES FORFAITS ?

Si l'on compare ces cotisations mensuelles

- de la plus faible à la plus forte, l'écart est de 1 à 3,8

- entre cotisation moyenne des Assurances et cotisation moyenne des Mutuelles, l'écart est de 1 à 1,60

COTISATIONS				
	La plus faible	la plus forte	Moyenne Mutuelle	Moyenne Assur
Montants Mensuels	57 F	216 F	146,28	91,35
Indices	100	378	256	160,2
Indices entre cotisations moyennes			160	100

Cette comparaison n'est cependant qu'approximative en raison de l'absence de forfaits ou de la diversité des forfaits accordés pour l'optique et le dentaire.

2. DES ECARTS DE 1 A 3 POUR LES PLUS DE 60 ANS : 20 % PLUS CHER DANS LES ASSURANCES

Pour les plus de 60 ans et des contrats à peu près comparables les écarts restent importants - de 1 à 3 - en faveur cette fois des Mutuelles.

116 F	Mut. Montreuil
118	S.M.I.
120 F	M.G.P.C.L.
130 F	M.G.S.
153,7	Familiale Ile de France
171 F	Mén. Prévoyants
143 à 169 F	Lloyd (CH)
166 à 187 F	Lloyd (F)
180 F	C.P.S.
207	U.M.C.
194 à 216 F	Axa Sté 1 +
220 F	M.N.C.
157 à 226 F	DKV (1)
234 F	Mutu. Inter
176 à 250 F	DKV (1)
251 F	U.G.S.G.
236 à 275 F	Strasbourgeoise Basic 2
244 à 293 F	" + 1
333 F	Mut. Anjou

COTISATIONS				
	la plus faible	la plus forte	Moyenne Mutuelle	Moyenne Assur
Montants Mensuels	116 F	333 F	188,2	227,25
Indices	100	330	162	196
Indices entre cotisations moyennes			100	120

Cette comparaison montre que les Mutuelles sont mieux placées ; la différence de coût (+ 20 %) pour les Assurances devant être plus élevée si on disposait de davantage d'indications sur les Assurances. L'écart se creuserait à nouveau si on pouvait raisonner à "contrat égal" c.à.d. sans les forfaits importants offerts par les Mutuelles, la Lloyd n'offrant aucun forfait pour le contrat ici retenu.

(1) Pour DKV il s'agit du contrat à 100 % du tarif conventionnel sans aucun forfait, pour les hommes, puis pour les femmes et seulement - pour nos calculs - jusqu'à 75 ans.

9. UNE COMPARAISON ENTRE 11 ASSURANCES ET 14 MUTUELLES : AVANT ET APRES 49 ANS OU 45 ANS ?

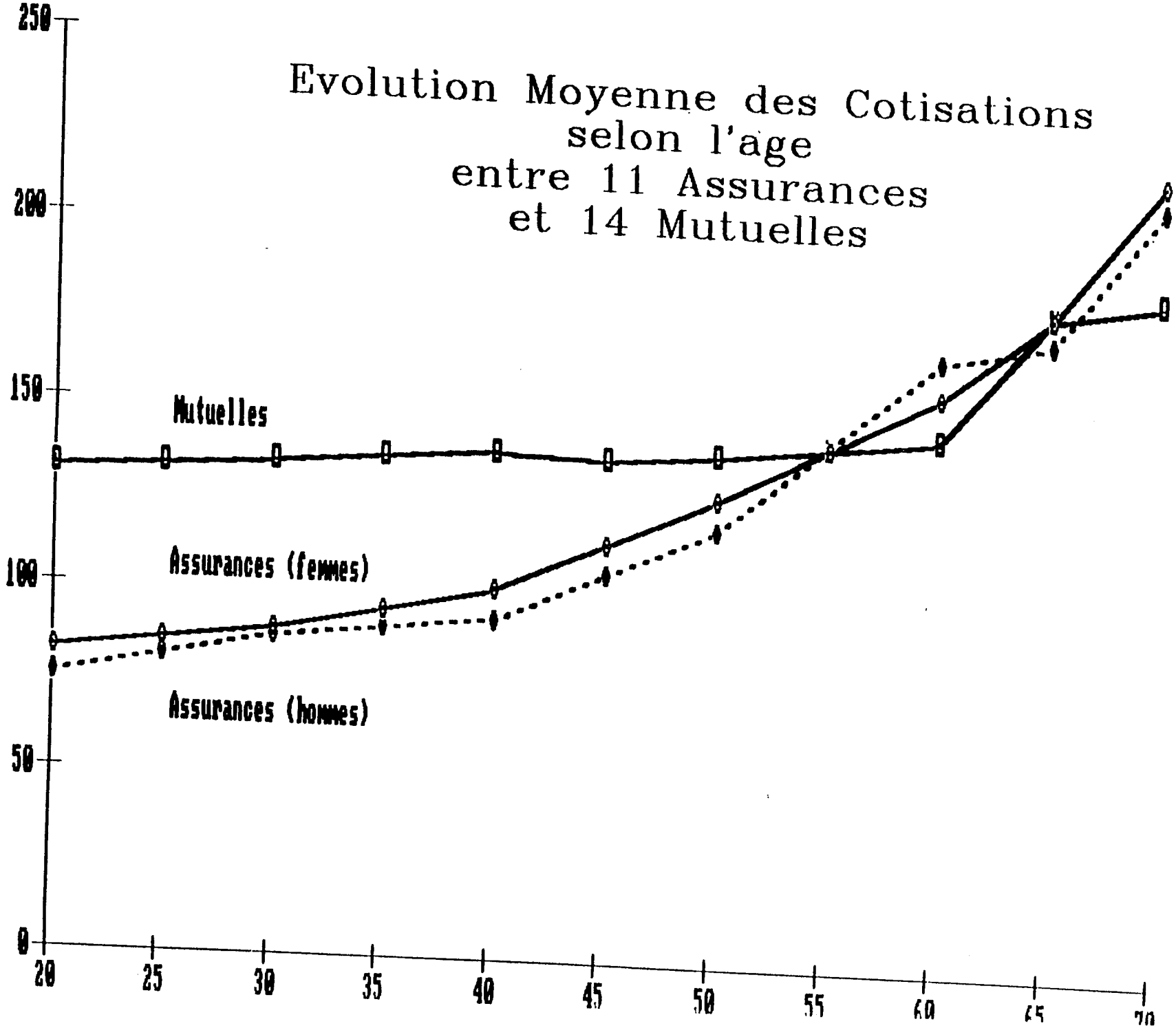
Nous avons fait une comparaison sur l'évolution des cotisations selon les âges et selon les sexes pour 11 sociétés d'assurances et 14 mutuelles.

Voici l'évolution des cotisations moyennes

Age	20 ans	29 ans	39 ans	49 ans	60 ans	+ 65 ans	+ 70 ans
Mutuelles	131 F	134 F	138 F	139 F	145 F	178 F	185 F
Cies Assur. Hommes	75 F	87 F	93 F	119 F	167 F	173 F	210 F
Cies Assur. Femmes	82 F	89 F	101 F	127 F	157 F	180 F	217 F

C'est après 49 ans - dans certains cas 45 ans - que le coût Mutuelle est inférieur à celui des Compagnies d'Assurances. Les graphiques suivants illustrent ces divergences.

Evolution Moyenne des Cotisations selon l'age entre 11 Assurances et 14 Mutuelles



a. COMPARAISON GENERALE DES COTISATIONS - 100 % SELON LES AGES

Ce tableau général montre que l'avantage des Assurances aux jeunes âges (les Mutuelles sont plus chers d'environ 60 %) s'atténue vers 49 ans en faveur des Mutuelles par la suite

	20 ans	29 ans	49 ans	60 ans	+ 60 ans
Nbre de Mut	14	17	14	14	11
Nbre d'Assur.	11	23	11	11	5
Cot. + faible	52 F (A)	57 F(A)	94 F ((M)	109 F(M)	116 F(M)
Cot. + forte	178 F (M	216 F(M)	214 F (M)	214 F(M)	333 F
Cot. moyenne Mutuelle	131 F	146,28 F	139 F	145 F	188,2 F
Cot. moyenne Assurance	H : 75 F F : 82 F	91,35 F	H 119 F F 127 F	H 167 F F 157 F	227,25 F
Indice + faible	100	100	100	100	100
Indice + fort	342 (M)	378(M)	228 (M)	196 (M)	330(M)
Indice moy.mut.	251	256	148	133	162
Indice moy. ass.	H 144 F 158	160,2 F	H 127 F 135	H 153 F 144	196
Rapport Moyen % F . Mutuelle	160	160	109	100	100
. Assurance	100	100	100	108	120

A : Assurance
M : Mutuelle

5.2 **Dans notre deuxième enquête en 1994**, l'étude a porté sur les écarts de cotisations a 30, 50, 60 ans pour les contrats à 100 %

- Une première comparaison des cotisations, pour les options à 100%, telle qu'elle est souvent pratiquée dans la presse conduit à classer les Mutuelles et Compagnies d'Assurances avec des écarts énormes de cotisations. Mais il s'agit là d'une comparaison très trompeuse si le journaliste ou le consommateur s'arrête à cette comparaison : les contrats à 100% ... alors que les contenus sont très différents.

Dans un premier temps, nous avons comparé selon cette méthode simpliste.

Ce classement montre, outre les écarts de cotisation de 1 à 2,8 , qu'un nombre non négligeable de mutuelles se classent en bonne position. Il confirme aussi que les mutuelles moins bien placées pour les 30 ans, sont nettement mieux positionnées pour les 60 ans.

- Les cotisations sont beaucoup plus faibles à 30 ans dans les Cies d'Assurances et dans quelques Mutuelles (*4 Mutuelles sur les 10 premières sociétés ayant les cotisations les moins élevées*). Comme nous l'a déclaré un responsable des Cies d'Assurances, il y a dans ces sociétés, une pratique courante de sous-tarification

- En revanche, elles sont **assez souvent plus faibles à 60 ans dans les Mutuelles** (*7 Mutuelles sur les 10 premières sociétés ayant les cotisations les plus faibles*).

- Parmi les cotisations les plus élevées, on trouve pour les 10 dernières : 7 Mutuelles à 30 ans mais seulement 3 à 60 ans.

UNE DEUXIEME COMPARAISON

. Mais il s'agit là d'une comparaison très erronée, car sous le couvert de contrats à 100% on compare en fait des cerises et des fraises pour ne pas employer des termes péjoratifs.

En effet on l'a vu au début de cette étude, de nombreuses compagnies d'assurances et certaines mutuelles remboursent bien à 100% les frais médicaux courants mais n'offrent aucun forfait! alors que d'autres proposent des forfaits importants et aussi de meilleurs remboursements pour les protèses dentaires.

Sur la base des options retenues dans l'enquête, il est donc nécessaire pour faire des comparaisons valables de distinguer **3 types ou catégories d'options à 100%**.

1. Les options où le remboursement des prothèses dentaires est limité à 100% - Sécurité Sociale comprise et où il n'existe aucun forfait.

2. Les options où s'ajoutent au remboursement à 100% des prothèses dentaires, 1 ou 2 forfaits optique et parfois cures thermales.

3. Les options à 100% complètes ou presque offrent de meilleurs remboursements pour les prothèses dentaires (de 50 à 135%) et toute une gamme de forfaits de montants très variables.

Parmi ces options complètes on a classé en premier les moins développées (remboursement du T.M. pour les prothèses dentaires et existence de 1 à 2 forfaits seulement.

Ces trois catégories d'options à remboursements plus ou moins importants expliquent les grandes différences de cotisations, différences amplifiées lorsque ces options sont proposées en province, comme c'est le cas des mutuelles recensées en région parisienne.

Les compagnies d'assuranes proposent donc souvent de faibles cotisations mais avec des options sans aucun forfait et le remboursement des prothèses dentaires limité au T.M..

Il est à noter cependant ques les moins chères (Alptis-April) apparaîssent dans la 2ème catégorie puisqu'elles offrent 2 forfaits (Optique et cures thermales).

Quant aux options avec forfait, la grande variation de cotisations (de 150F à 215F) s'explique par les écarts non négligeables pour le remboursement complémentaire des prothèses dentaires de (30% à 135%) ainsi que par les forfaits de 235 F à 700 F pour l'optique; de 0 à 1200 F pour l'acoustique; de 0 à 220 F par jour pour la chambre particulière et de 0 à 1000 F pout les cures thermales).

Compte tenu de tous ces caractéristiques on peut classer toutes ces options - en 3 catégories - selon l'âge à 30, 50 et 60 ans et selon le sexe. On constate alors que les mutuelles offrent des cotisations de bon rapport qualité prix, y compris pour les contrats à 100% sans forfait.

LES FORFAITS POUR CONTRAT A T.M. A 30 ANS. HOMMES

1. LES OPTIONS SANS FORFAIT NE REMBOURSANT QUE LE T.M. POUR LE DENTAIRE

	Prothèses Dentaires	Forfait Optique	Forfait Acoustique	Forfait Ch.Partic.	Forfait Cures Therm.	Cotis. Mens.
AZUR	T.M.	#	#	#	#	107,10 F
LLOYD	T.M.	#	#	#	#	109 F
STRASBOURGEOISE	T.M.	#	#	#	#	142 F
AXA	T.M.	#	#	#	#	181 F
A.G.F.	T.M.	#	#	#	#	151 F
G.A.N.	T.M.	#	#	#	#	139 F
MUT.TOURAINE	T.M.	#	#	#	#	126 F
MUT.ANJOU(100)	T.M.	#	#	#	#	129 F
MUT.RHONE	T.M.	#	#	#	#	129 F

2. LES OPTIONS AVEC 1 OU 2 FORFAITS NE REMBOURSANT QUE LE T.M. POUR LE DENTAIRE.

ABEILLE	T.M.	155 F	#	#	#	144F
MUT.MANS	T.M.	200 F	#	#	#	122 F
ALPTIS	T.M.	300 F	#	#	672 F	107,33 F
APRIL	T.M.	355 F	#	#	380 F	88 F

3. LES OPTIONS COMPLETES AVEC PLUSIEURS FORFAITS OU MEILLEURS REMBOURSEMENTS DENTAIRE

MUT.YONNE	T.M.	235 F	530 F	#	500 F	207 F
MUT.ANJOU(200)	T.M.	300 F	1.200 F	10%/120J	300 F	150 F
M.G.P.C.L.	50%	205% + 150 F	255%	430 F/90J	870 F	181 F
MUT.MANTOIS	80%	700 F	1.000 F	150 F/J	600 F	209 F
U.M.C.	100%	500 F	500 F	146F/30J	800 F	205 F
M.N.C.	100%	300 F	200 F	142 F/J	500 F	215 F
U.G.S.G.	100%	500 F	1.000 F	160F/90J	500 F	127 F
MUTINTER	125%	500 F	#	70 à 200 F/J	850 F	200 F
MUT.MONTREUIL	105%	400 F	#	#	#	156 F
MEN.PREVOYANTS	135%	600 F	1.000 F	220F/30J	1.000 F	178 F

1ère CATEGORIE

LES ECARTS DE COTISATIONS MENSUELLES
selon l'âge et le sexe

Pour les options à 100% sans forfait

30 ans		50 ans		60 ans	
U.G.S.G.	70 F (1)				
AZUR (B+1)	107 F	MUT.RHONE (B)	144 F	LLYOD (H)	205 F
LLYOD (H)	109 F	LLYOD (H)	152 F	GAN	208 F
MUT.TOURAINE (100)	126 F	GAN	174 F	MUT.TOURAINE (100)	214 F
MUT.ANJOU	129 F	MUT.TOURAINE (100)	176 F	MUT. RHONE (B)	246 F
MUT.RHONE (B)	129 F	MUT.ANJOU (200)	182 F	AZUR (B+H)	248 F
GROUPAMA	136 F	LLOYD (F)	191 F	LLOYD (F)	256 F
LLOYD (F)	136 F	AZUR (B+F)	200,5 F	STRASBOURG.(H-B1)	312 F
GAN	139 F	STRASBOURG.(H+B1)	232 F	STRASBOURG.(F-B1)	338 F
STRASBOURG.(H-B1)	142 F	STRASBOURG.(F-B1)	279F		
A.G.F.(200)	151 F				
STRASBOURG.(F-B1)	172 F				
AXA (H)	181 F				
AXA (F)	190 F				

(1) 100% honoraires médicaux uniquement dans les centres de santé ; pas de remboursement complémentaire pour les médicaments.

2ème CATEGORIE

LES ECARTS DE COTISATION
Selon l'âge et le sexe

Pour les options à 100% avec 1 ou 2 forfaits

30 ans		50 ans		60 ans	
APRIL(E.Province)	88 F	APRIL (E.Province)	137 F	APRIL (E. Province)	222 F
APRIL (E.I.F.)	102 F	APRIL (E.I.F.)	158 F	MANS (H)	234 F
ALPTIS (1.C.)	107 F	MANS (H)	172 F	ALPTIS	249 F
MANS (H)	121 F	ALPTIS	186 F	APRIL (E.I.F.)	256 F
ABEILLE	144 F	MANS (H)	228 F	MANS (F)	278 F
MANS (F)	165 F	ABEILLE	236 F	ABEILLE	326 F

3ème CATEGORIE

LES ECARTS DE COTISATION MENSUELLE

Selon l'âge et le sexe

Pour les options à 100% avec forfaits

30 ans		50 ans		60 ans	
MUT. UMGSG	127 F	MUT.MGPCL (a)	138 F	MUT.MGPCL (a)	138 F
APRIL (1 Prov)	135 F	MUT.MONTREUIL	156 F	MUT. MONTREUIL	156 F
MUT.RHONE (c)	138 F	MUT.MEN.PREVOY.	178 F	MUT.MEN.PREVOY.	178 F
MUT.MGPCL (a)	138 F	MUT.MGPCL (c)	181 F	MUT.MGPCL (b)	181 F
MUT.TOURAINE (200)	148 F	MUT.TOURAINE (200)	200 F	MUT.MNC	215 F
MUT.ANJOU (200)	150 F	MUT.RHONE (c)	201 F	MUT.UMGSG	228 F
STRASBOURG.(HB2)	150 F	APRIL(1 Prov)	211 F	MUT.MANTOIS	233 F
MUT.MIP (100)	152 F	MUT.MNC	215 F	MUT.UMGSG	246F
MUT.MENAGES PREVOY.	178 F	MUT.MANTOIS	219 F	MUT.UMC	255 F
MUT.MGPCL (b)	181 F	MUT.UMC	220 F	MUT.TOURAINE (200)	265 F
STRASBOURG.(FB2)	181 F	MUT.MIP (100)	237 F	MUT.MIP (100)	273 F
MUT.MUTINTER	200 F	MUT.UMGSG	246 F	MUT.INTER	301 F
MUT.MIP (150)	202 F	MUT.YONNE	255 F	MUT.YONNE	303 F
MUT.UMC	205 F	STRASBOURG.(HB2)	257 F	MUT.RHONE (c)	306 F
MUT.YONNE	207 F	MUT.ANJOU (200)	261 F	STRASBOURG.(HB2)	344 F
MUT.MANTOIS	209 F	MUT.INTER	263 F	MUT.MIP (150)	364 F
MUT.MNC	215 F	APRIL (1.IF)	274 F	STRASBOURG. (FB2)	373 F
MUT.UMGSG	246 F	STRASBOURG.(FB2)	308 F	APRIL (1.I.F.)	407 F
		MUT.MIP (150)	314 F		

Entre parenthèses :

- (H) cotisation Homme
- (F) cotisation Femme
- (...) nom de l'option par an :
  - (E) : Economique province - E.I.F.: Ile de France
  - (1c) : Option 1 Complet
  - (B) ou (B+) : Base - Base +
  - (c) : Complet
  - (a) (b) : option base et base complétée
  - (b1) - (b2) : Basic 1 - Basic 2

La Mutualité de touraine porte la cotisation à 60 ans pour Tonic Santé 100 à 262 F et pour Tonic Santé 200 à 325 F quand l'adhésion à été enregistrée après 50 ans.

5.3 L'EVOLUTION DES COTISATIONS EN 5 ANS DE 1989 à 1994

Notre enquête a porté sur

. 25 options à *30 ans* (*12 en Cies d'Assurances - 13 en Mutuelles*)

. 24 à *50 ans* (*12 en Cies d'Assurances - 12 en Mutuelles*)

. 22 à *60 ans* (*11 en Cies d'Assurances - 11 en Mutuelles*)

ce sont les Mutuelles qui ont été les moins inflationnistes quel que soit l'âge.

Parmi les 10 premières sociétés ayant le moins majoré les cotisations on trouve en effet :

. 7 Mutuelles sur 10 pour 30 ans

. 6 Mutuelles sur 10 pour 50 ans

et . 8 Mutuelles sur 10 pour 60 ans

On peut se demander si les Cies d'Assurances après une période au début des années 1980 de politique de dumping n'essayent pas depuis - en raison des déficits accumulés même s'ils sont compensés par les excédents de leurs contrats prévoyance ("*surtarifés*" *parfois comme on nous l'a déclaré*) - à récupérer leurs mises par des majorations annuelles plus fortes que par le passé.

EVOLUTION DES COTISATIONS (1989 - 1994) *

POUR LES OPTIONS A T.M. (100 %)

EN RYTHME ANNUEL MOYEN

30 ANS		50 ANS		60 ANS	
1 MUT.INTER	- 1 %	1 MUT.RHONE	+ 2,15 %	1 MUT.RHONE	+ 4 %
2 MUT.RHONE	+ 1,5 %	2 MUT.INTER	+ 4,6 %	2 MUT.INTER	+ 5,7 %
3 APRIL (I.F.)	+ 1,8 %	3 MUT.MANTOIS	+ 6,4 %	3 MUT.UMGSG	+ 6,25 %
4 MUT.UMGSG	+ 2,7 %	4 MUT.MEN.PREVOY.	+ 7 %	4 MUT.MANTOIS	+ 6,6 %
5 MUT.MGPCL	+ 3 %	5 APRIL (Prov.)	+ 7,4 %	5 MUT.MEN.PREVOY.	+ 7 %
6 MUT.MANTOIS	+ 5,9 %	6 MUT.MONTREUIL	+ 8,6 %	6 MUT.MONTREUIL	+ 8,6 %
7 AZUR	+ 6,75 %	7 MUT.ANJOU	+ 9,32 %	7 MUT.ANJOU	+ 9,32 %
8 MUT.MEN.PREVOY.	+ 6,8 %	8 LLOYD (H)	+ 9,8 %	8 MUT.MGPCL	+ 10 %
9 AXA	+ 7,38 %	9 MUT.MGPCL	+ 10 %	9 STRASBOURGEOISE (F)	+ 11,2 %
10 MUT.MONTREUIL	+ 8,6 %	10 MANS (F)	+ 10,4 %	10 STRASBOURGEOISE (H)	+ 11,3 %
SOIT 7 MUTUELLES / 10		SOIT 7 MUTUELLES /10		SOIT 8 MUTUELLES /10	
11 LLOYD (H)	+ 9 %	11 LLOYD (F)	+ 10,56 %	11 MUT.YONNE	+ 11,4 %
12 MANS (F)	+ 9,66 %	12 MANS (H)	+ 10,8 %	12 MANS (H)	+ 12,2 %
13 MUT.MGPCL	+ 10,1 %	13 AZUR (B+F)	+ 10,8 %	13 MANS (F)	+ 12,5 %
14 ALPTIS	+ 10,19 %	14 MUT.UMC	+ 11,4 %	14 ALPTIS	+ 12,7 %
15 MUT.MIP	+ 10,8 %	15 MUT.MNC	+ 13,3 %	15 LLOYD (H)	+ 13,6 %
16 MUT.ANJOU	+ 11,2 %	16 ALPTIS	+ 13,75 %	16 APRIL (I.F.)	+ 14,3 %
17 APRIL (Prov.)	+ 11,3 %	17 STRASBOURGEOISE (H)	+ 14,10 %	17 LLOYD (F)	+ 15,5 %
18 AGF	+ 11,4 %	18 STRASBOURGEOISE (F)	+ 14,10 %	18 MUT.UMC	+ 16,4 %
19 MUT.UMC	+ 11,7 %	19 MUT.UMGSG	+ 15,9 %	19 AZUR	+ 18,2 %
20 MUT.YONNE	+ 12,3 %	20 MUT.MIP	+ 17 %	20 MUT.MIP	+ 21 %
SOIT 12 MUTUELLES /20		SOIT 11 MUTUELLES /20		SOIT 11 MUTUELLES /20	
21 MUT.MNC	+ 13,3 %	21 APRIL (I.F.)	+ 18,14 %	21 APRIL (Prov.)	+ 34,7 %
22 STRABOURGEOISE (H)	+ 14,10 %	22 ABEILLE	+ 19,3 %	22 ABEILLE	+ 39,9 %
23 STRASBOURGEOISE (F)	+ 14,10 %	23 MUT.YONNE	+ 19,7 %		
24 ABEILLE	+ 15 %	24 ABEILLE	+ 23 %		
25 MANS (H)	+ 17,38 %				

COTISATIONS MOINS CHERES

	30 ANS	50 ANS	60 ANS
10 PREMIERS	4 MUTUELLES	5 MUTUELLES	7 MUTUELLES

EVOLUTION COTISATIONS LES PLUS FAIBLES SUR 5 ANS

10 PREMIERS	7 MUTUELLES	7 MUTUELLES	8 MUTUELLES

2) CONCURRENCE : "DE GRAVES PROBLEMES"

En 1973, la Mutualité rappelle dans sa résolution, "qu'à l'opposé des compagnies d'assurances", "elle s'est elle-même contrainte au respect des limitations tarifaires" (...) dans le souci de ne pas favoriser l'inflation des dépenses, et souligne que tout en entendant maintenir cette ligne de conduite, cela lui pose de graves problèmes.

Trois ans plus tard, en 1976, le congrès ne parle pas des compagnies d'assurances, dans sa résolution, sauf pour évoquer le toujours délicat problème des dépassements de tarifs.

3) LA MUTUALITE "HARCELEE PAR LA CONCURRENCE"

En revanche, en 1979, le congrès constate que "la Mutualité se voit de plus en plus harcelée par la concurrence externe" et note que "l'indépendance des sociétés mutualistes comporte un risque de concurrence interne" et les congressistes demandent "de façon pressante au Gouvernement, de prendre les mesures nécessaires pour interdire toute couverture complémentaire, supérieure aux tarifs conventionnels".

Mais à nouveau, 3 ans plus tard, rien n'est dit au congrès de 1982, sur les autres organismes du complémentaire... bien que les effectifs annoncés soient en stagnation : 23 millions comme en 1972.

4) "UNE CONCURRENCE ACHARNEE"

Tel n'est plus le cas au congrès de 1985. La résolution comporte, avec un sous-titre en gros caractères "Pour lutter contre la concurrence : oser être nous-mêmes", un constat sévère puisqu'elle parle d'une "concurrence acharnée", et la Mutualité affirme qu'elle "ne saurait accepter que la protection sociale complémentaire soit l'enjeu d'une compétition anarchique, dont les seules lois seraient celles de l'offre et de la demande".

5) "UNE CONCURRENCE TRES VIVE"

En 1988, il est fait état "d'une concurrence très vive" mais, grande innovation nous semble t-il, la Mutualité reconnaît et admet un grand tournant dans l'attitude de ses sociétés de base.

III LES REACTIONS DIVERSIFIEES DE LA MUTUALITE : DU REFUS A CERTAINES DERIVES

1) INVITATION A CHANGER LES METHODES DE GESTION

Aux congrès de 1951 et 1954, la Mutualité Française se glorifie de "la souplesse" de son organisation, constate que "cette organisation répond parfaitement aux besoins".

C'est seulement en 1967, que le congrès amorce un tournant. La résolution affirme que :

. "le progrès constaté dans les sociétés à gros effectifs exige un effort d'organisation",

. "qu'il ne faut pas "rejeter l'utilisation souhaitable des techniques modernes de gestion... même au prix de certaines sujétions",

. en ajoutant cette fois que l'adhésion aux Unions Départementales est "un devoir impératif" et il est aussi question de "coordination", "d'efficacité".

Mais c'est en 1970, qu'on peut noter un véritable tournant.

Face à la "pénétration" des compagnies d'assurances, le congrès dans sa résolution a été "tout naturellement amené à rechercher les conditions d'une efficacité encore plus grande", et les moyens d'un "renforcement de sa technicité".

La résolution précise que "l'action mutualiste moderne ne peut plus se satisfaire de formules de gestion qu'elle "exige (...) l'emploi de techniques comptables, statistiques et de gestion de plus en plus perfectionnées" et la résolution ajoute que "cette évolution suppose le recours croissant à un personnel administratif et technique".

En 1973, le congrès souhaite "une pleine efficacité", ce qui suppose "la concentration des moyens techniques et financiers nécessaires".

Dès les années 1980, l'accent sera mis sur des efforts communs, au niveau national pour engager des actions de communication, de formation, de prévention, d'organisation en partie commune, de certains services des oeuvres sociales.

2) CHANGEMENT D'ATTITUDE A L'EGARD DE LA DIVERSIFICATION ET DES PETITES MUTUELLES. LA CONSTITUTION DE RESEAUX.

Là encore, les années 1940 - 1950, restent marquées par la "nécessité de respecter la diversité des sociétés mutualistes. En 1964, si l'on souligne "l'indépendance des sociétés", le congrès insiste davantage sur le rôle des Unions Départementales. Mais c'est surtout au début des années 1970, que les déclarations très favorables au "petit", à la société de base indépendante font place à un autre langage.

Sur ce plan là encore, le congrès de 1970 marque un tournant. On ne loue plus la diversité, mais "les nouvelles formes de diversité". Les congressistes énumèrent certes les vertus des sociétés locales, etc. mais la résolution ajoute un "MAIS" significatif : "mais cette diversité ne saurait justifier une certaine sclérose (...), cette même diversité ne saurait non plus favoriser une trop grande dispersion des efforts" et évoquent "l'efficacité", "la concentration des effectifs et des moyens techniques", il est proposé "d'étayer les sociétés de base" sur les services de réassurance et de co-assurance des Unions Départementales".

En 1978, on l'a vu ci-dessus, il est question de favoriser "la concentration des moyens techniques et financiers" et le congrès de 1976 va beaucoup plus loin. Il est à nouveau recommandé d'avoir "comme préoccupations constantes" de "conjuguer décentralisation des contacts à la base et concentration accélérée des moyens techniques", mais surtout d'accepter "un certain renouvellement aussi bien au plan local qu'au plan national, des particularismes de chacune des sociétés et unions".

Il faut "réaliser un plan cohérent et national de développement de la Mutualité face à l'ensemble de ses concurrents".

Et le congrès de 1979, constate que l'indépendance des sociétés mutualistes comporte un risque de concurrence interne" et, souhaite un renforcement des organismes fédératifs.

En 1982, le congrès dans la résolution, insiste à nouveau sur la "modernisation des structures".

Et en 1988, le congrès se fait plus ferme en demandant "d'éviter une diversification tous azimuts qui risque d'entraîner une dispersion". Et tout en saluant "l'atout" d'un "tissu diversifié et vivant", la résolution affirme : "toutefois son maintien ne peut être envisagé sans une mise en commun des moyens financiers, techniques et commerciaux".

Entre alors dans le vocabulaire congressiste de la F.N.M.F., le terme "d'entreprise mutualiste", qui "même performante ne peut rester isolée".

Quels ont été les principaux résultats face à la concurrence ? L'une des voies empruntées par la Mutualité a été d'atténuer l'émiettement du mouvement mutualiste : regroupement, fusion, mise en commun de certains services.

Diverses solutions ont été adoptées.

Tout d'abord, c'est la disparition et la fusion de mutuelles. Voici quelle a été l'évolution de 1986 à 1991 :

	1986	**1991**
Mutuelles de moins de 3 500 personnes	6 160	5 170
Mutuelles d'assurance maladie de plus de 3 100 personnes	675	708

De 1980 à 1991, 1 100 sociétés mutualistes ont disparu.

De Décembre 1988 à Décembre 1991, il a été observé :

- 380 dissolutions (souvent en raison de l'érosion des effectifs)
- 350 fusions
- 270 créations

Autre formule, la constitution de réseau n'impliquant pas la fusion des mutuelles partenaires. C'est ainsi que l'U.M.T.-MUTUALITE TARNAISE et la M.T.G.- MUTUALITE DE TARN ET GARONNE, ont créé en 1981, un G.I.E. regroupant les moyens informatiques, puis un "réseau interdépartemental mutualiste" (R.I.M.) - autre G.I.E. consacré au marketing et à la communication.

En 1994, ces Unions rejointes par la Mutualité Gersoise de l'Aveyron créaient Santevie, un réseau comprenant la "Mutuelle Santevie" (pour répondre, d'une seule voix, aux besoins des entreprises), "Santevie Réassurance" et "Santevie Conseil" (pour distribuer les produits EUROMUT) - Source AFIM (04/07/94).

Autres solutions l'offre par l'Union régionale Francilienne – la F.M.P., d'un service commun informatique capable de gérer de A à Z, la vie des mutuelles ou encore la constitution d'un réseau, celui de partage, groupement national de mutuelles interprofessionnelles.

Enfin de nouveaux partenariats se mettent en place, associant les divers mouvements de l'économie sociale. C'est ainsi que fin 1994, la Mutualité Fonction Publique a créé une "Union d'économie sociale" (U.E.S.) avec 4 sociétés d'assurances mutuelles : MAIF, MATMUT, Association Générale de la Prévoyance militaire et l'Assurance mutuelle des Fonctionnaires.

L'UES a pour but de regrouper les moyens et de coordonner les actions afin que "l'unification de la réglementation applicable aux activités "vie" et "non vie" n'élimine pas les valeurs mutualistes et les logiques de solidarité". "L'objectif est d'offrir aux adhérents, dans les domaines qui sont les nôtres, une offre qui réponde aux critères mutualistes : non sélection des risques, liberté d'accès, pérennité et qualité de la couverture : nous aurons là-dessus une action collective", expliquait le 15/12/1994 Maurice Duranton, président de la MFP.

En 10 à 15 ans, on peut dire que les méthodes de gestion et l'organisation des mutuelles ont beaucoup changé, sans toutefois éviter – malgré les multiples résolutions des congrès sur la démocratie et la décentralisation des contacts – les méfaits de ces techno-structures un peu trop froides.

Néanmoins, sur le marché européen, la Mutualité Française demeure très dispersée comme le montre le tableau ci-joint, que nous avons établi à partir d'une étude de l'A.I.S.S. par Mr HERMESSE.

EN EUROPE

LA MUTUALITE ET LES CONCURRENTS EN ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Pays	Non lucratif maladie et pensions	part du marché	Lucratif maladie	part du marché
Danemark	1 Mutuelle	95 %	6 C. d'Ass.	5 %
Irlande	1 Mutuelle 14 Fonds d'entr.	100 % 35 % population	---	+ 0 %
Royaume-Uni	(107) Mutuelles	90 %	Comp. d'Ass.	10 %
Luxembourg	(59) Mutuelles	75 à 80 % (3/4 popul.)	---	= 20 à 25 %
Allemagne (1)	(2 195)Mutuelles		120 C. d'Ass.	
France	(6 798)Mutuelles	67 % (50 % popul.)	120 C. d'Ass. (dont 32 à forme Mut.)	33 %
Pays-Bas (1)	(812) Mutuelles	---	41 C. d'Ass.	---
Belgique (1)	(1 505) Mutuelles	---	85 C. d'Ass.	(3,76 % des Dépenses d'Ass. Mal. oblig.
Espagne	(452) Mutuelles. 70 Mut. Prévoyance 50 Fonds d'entr.	---	189 C. d'Ass.	En forte progression
Italie	(200) Mutuelles 50 Fonds d'entr.	---	94 C. d'Ass.	90 %
Portugal	(102) Mutuelles	2 % popul.	24 C. d'Ass.	---

Source : Rapport de Jean HERMESSE à l'AIM sur "l'étude des systèmes d'assurance maladie, et entre parenthèses évaluation, comprenant les mutuelles maladie et pensions", selon une étude de l'Union Européenne "ISSN 1019-0619 - supplément 2 - 1993 services et transports", sous le titre "Profil statistique des organisations coopératives, mutualistes et associatives dans la communauté européenne".

(1) Dans ces 3 Pays se sont des caisses mutuelles qui gèrent l'assurance maladie obligatoire.

L'émiettement demeure quand même réel et constitue un danger. A l'Assemblée Générale de la Mutualité de la Charente (18/6/94) le rapport moral indique "la volonté de rassemblement solidaire dans le respect de l'autonomie de chaque organisation a conduit au fil des ans, à la constitution d'une véritable usine à gaz" où plus personne ne sait qui est qui".

3) UNE INSISTANCE NOUVELLE POUR ELARGIR LE ROLE DE LA MUTUALITE A LA PREVOYANCE : L'OFFRE GLOBALE... ET UNE SOCIETE D'ASSURANCE

. C'est à partir de 1970 que le congrès de la FNMF, insiste, dans ses résolutions, sur le fait que la Mutualité "contrairement à une opinion trop souvent répandue (...) n'est pas limitée à la garantie complémentaire" maladie et sur son rôle de "prévoyance : indemnités journalières, décès".

L'actualité politico-sociale, avec la mensualisation, fait craindre que la Mutualité reste à l'écart. Le congrès appelle donc "les groupements mutualistes" à utiliser "complètement ces nouvelles techniques", à mieux informer les syndicats "pour mettre en échec la pénétration des sociétés commerciales d'assurances".

. De manière plus brève, "la prévoyance" est citée, en 1973. La résolution comporte un appel au "perfectionnement constant de l'action de la Mutualité" avec "un renoncement définitif à l'image dépassée selon laquelle elle ne serait qu'un complément de la Sécurité Sociale".

. Mais l'appel semble peu entendu puisque, au 28ème congrès, en 1976, la résolution insiste sur "la pénétration du mouvement dans les secteurs où il est insuffisamment développé". La Mutualité, est-il martelé, "doit augmenter systématiquement ses interventions dans le domaine de la prévoyance (...) un secteur aussi prioritaire que celui des prestations en nature" et ceci tant pour les salariés, via des accords d'assurance groupe dans les entreprises que pour les travailleurs indépendants.

Cette fois, le message a été entendu. Trois ans plus tard, en 1979, le congrès "enregistre avec satisfaction la progression rapide des structures de prévoyance. Dans la résolution, un paragraphe spécial est consacré à la prévoyance. Celle-ci est considérée "comme une méthode sociale au service d'une meilleure qualité de vie".

Le mouvement mutualiste marque même une évolution doctrinale et pragmatique puisqu'il admet "que la compétitivité technique impose dans ce domaine des limites à la solidarité et que "la concentration des moyens est indispensable".

Stabilisation, acceptation, progression ? Toujours est-il que les 2 congrès suivants, - en 1982 et 1985 - n'abordent pas ce secteur d'action dans leur résolution.

Mais un grand changement intervient en 1988. Le congrès proclame, dans sa résolution, que "l'activité de prévoyance apparaît comme l'un des axes de développement de la Mutualité". Il y est fait état de la concurrence et pour y faire face, le congrès met l'accent sur l'importance "de la collaboration avec d'autres acteurs", du recours à des techniques performantes. Et fait très novateur, le congrès entérine "la création par la FNMF d'une société d'assurance" pour mieux se préparer au marché unique Européen.

La résolution insiste sur la nécessité de "centraliser les moyens techniques", et "d'atteindre la masse critique, objectif supposant des regroupements à divers niveaux".

4) "RÉPONDRE AUX BESOINS..." : UN TOURNANT DANS L'IDÉAL MUTUALISTE AVEC L'ACCEPTATION DES "RÉALITÉS MULTIFORMES".

Jusqu'au milieu des années 70, la Mutualité Française refuse de servir de relais aux Assurances sociales et surtout de rembourser au delà des tarifs conventionnels.

. En 1967, le congrès rappelle que la Mutualité, à la différence du "lucratif" est "la seule institution à supporter volontairement une telle discipline que ne respectent nullement les compagnies d'assurance". Il note, non sans amertume, que face "aux situations très difficiles" dans lesquelles sont mises les mutuelles, certains de leurs adhérents sont "amenés à rechercher ailleurs des garanties plus complètes".

. En 1970, le congrès invite les mutualistes à se mobiliser contre tout accroissement des T.M. et affirme son refus d'être "une sécurité sociale bis".

. En 1973, le congrès maintient cette position et, très nettement "s'élève contre le principe même des dépassements et recommande de ne pas les prendre en charge".

– Mais en 1976, une première faille apparaît au niveau du constat. Tout en réaffirmant qu' "il appartient aux organismes de sécurité sociale reconnaissant les dépassements de tarif d'en assumer la charge et la responsabilité", le congrès constate – sans regretter ou éduquer –que "les mutualistes désirent obtenir la gratuité" et qu' "il faut que la Mutualité réponde à cette demande, très affirmée par les travailleurs, mais en s'attachant à maintenir l'efficacité du système conventionnel".

C'est déjà l'amorce d'un "oui mais" au remboursement des dépassements de tarifs.

Et trois ans plus tard, c'est vraiment un "oui mais".

. En 1979, le congrès demande certes "de façon pressante au gouvernement de prendre les mesures nécessaires pour interdire toute couverture complémentaire supérieure aux tarifs conventionnels". Mais, à différentes reprises, la résolution fait état de la nécessité de "répondre à des besoins nouveaux. Cette position balancée entre le "non et "oui mais" couvre des débats assez vifs. Le compte rendu de l'atelier, consacré à ce sujet est assez significatif. Il est dit que "les congressistes ont reconnu que la Mutualité ne pourrait pas ignorer certaines réalités : ainsi en est-il notamment de la pression des adhérents qui souhaitent une garantie complémentaire intégrale".

Quelle est la conclusion de cet atelier ? C'est le "oui mais" : "les délégués ont estimé que la Mutualité ne devrait s'orienter vers une couverture plus large du T.M. qu'après avoir épuisé tous les moyens" de s'y opposer. Et dans son discours final, le rapporteur, M. Issaly, reprendra cette thèse : prendre en compte le désir des adhérents après "avoir épuisé tous les moyens de s'opposer aux réductions de la couverture complémentaire". Cette position permettra, comme on le verra ci-dessous, à des Mutuelles de franchir le rubicon en offrant des contrats MAXI.

. D'ailleurs en 1985, on retrouve ce balancement entre la réaffirmation des principes et l'indulgence sinon la reconnaissance d'une souplesse nécessaire.

Tout en réaffirmant sa détermination selon laquelle la Mutualité "ne peut se voir assigner un rôle de "relais", le congrès indique, un peu plus loin dans la résolution, sous le titre non équivoque "Adapter nos pratiques à des réalités multiformes que "considérant la variété des situations, (il) reconnait une certaine souplesse permettant une bonne adaptation aux besoins" et d'ajouter que... "cela incitera les différentes catégories de population, tels les jeunes et les plus aisés à rejoindre le mouvement".

N'est-ce pas là, au nom de la réalité, de la souplesse, des besoins, une acceptation de la diversité des options... et des cotisations selon l'âge... et les capacités financières ?

. En 1988, on enfonce le clou. Le congrès affirme que la Mutualité "doit adapter son offre aux besoins qui peuvent être différents selon les personnes et les groupes". Il ajoute que "l'adaptation nécessaire, en terme de cotisations et de prestations tient compte, outre des besoins exprimés, de l'environnement dans lequel le groupement mutualiste exerce son activité".

C'est là mettre presque les points sur les i, même si, quelques lignes plus loin, le congrès "regrette" "l'existence et la diversité des modes et niveaux de prise en charge par les groupements".
On regrette mais pour la première fois, il est reconnu que des mutuelles appliquent les techniques de "l'environnement"... c'est-à-dire du lucratif.

. En 1991, l'inquiétude est nette face à ces influences du marché et le congrès "demande instamment" aux pouvoirs publics que "toutes mesures soient prises pour éviter une dérive commerciale de la protection collective complémentaire".

Mais l'affirmation de répondre aux besoins des jeunes et d'autres demeure.

. En 1994, du moins dans un atelier, on s'interrogera – car il y a désormais interrogation –sur les différences entre Mutuelles et Assurances privées. Certes les différences sont réaffirmées avec les grands principes mutualistes mais les termes de marketing sont entrés dans le vocabulaire et des administrateurs demanderont s'il ne faut pas revoir un code de bonne conduite afin de définir quand des Mutuelles franchissent la ligne jaune.

5) L'ACCEPTATION JUSTIFIÉE ET RÉSERVÉE DE LA LOI EVIN... AU PROFIT DU LUCRATIF ?

Cette loi Evin du 21 décembre 1989 n'a guère été abordée lors des congrès.
L'objectif était de moraliser la concurrence, de mieux protéger le consommateur, sur le marché complémentaire, contre la sélection des risques.

Si la Mutualité Française approuve cette moralisation qui s'adresse aux concurrents, en revanche elle s'oppose au début de la préparation de cette loi à un texte qui officialiserait le rôle des compagnies d'assurances et qui situerait, au titre de la moralisation, mutuelles et sociétés d'assurance sur le même plan.
A l'A.G. du 3 juin 1989, la résolution fait état d'une "opposition résolue à l'égard de toute réforme du Code des Assurances qui aurait pour effet de perpétuer un double système de fonctionnement de la prévoyance, l'un géré par les sociétés d'assurance permettant la sélection des risques et la résiliation des contrats, l'autre géré par les mutuelles".
Un an plus tard, alors que la loi a été votée, l'A.G. du 26 mai 1990 adopte une position en retrait. Le texte législatif est publié – malgré des réticences de la Mutualité Française et l'opposition plus vive de la FMF. Certes il protège le consommateur – avec notamment l'interdiction de radier un adhérent après 2 ans de stage – mais il officialise le rôle des sociétés d'assurance et donc le "double système".

Il est vrai que plusieurs dispositions sont positives :

- les Compagnies d'Assurances ne peuvent plus exclure les anciens salariés.

En effet, ceux qui quittent une entreprise où il y a une couverture complémentaire

- soit comme retraité, chômeur, invalide – continuent à bénéficier de ce droit, quitte à supporter toute la cotisation (prenant à leur charge celle, éventuelle, de l'employeur).
- les compagnies d'Assurances ne peuvent plus, au bout de 2 ans, exclure un assuré et ne peuvent plus faire varier la cotisation en fonction de leur état de santé : "la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés" souscrivant un même type de contrat.

Dans son rapport moral, à l'A.G. de 90, Mr. Radelet admet que la loi "soumet à un corpus de règles communes "l'ensemble des intervenants de la protection sociale complémentaire. Mais son jugement sur la loi après que des amendements proposés par la FNMF aient été adoptés – est cependant assez positif. Le texte dit-il "officialise positivement "ce que nous appelions de nos voeux ; il "contribue à limiter l'anarchie qui règne sur le marché de la prévoyance "il complète positivement la réglementation", "il marque une avancée positive de la réglementation" et même, estime-t-il, cette loi permet que "la prévoyance n'est plus un simple produit d'assurance ; elle devient un droit social". S'y ajoutent cependant des critiques : "certaines dispositions suscitent quelques réserves" ; nous pouvons regretter le vide sur la différenciation des tarifs selon l'âge" ; "nous devons déplorer le fait que la loi instaure un organisme de contrôle identique pour les sociétés d'assurance et les mutuelles".

Et pourtant la résolution fait silence sur ces critiques. Au contraire elle "approuve l'économie générale de la loi" tout en demandant à la mutualité de "demeurer vigilante" et "de veiller à ce que (son) application n'entraîne pas la banalisation du mouvement".

En un an, de 89 à 90, le ton a donc changé : de l'opposition à une approbation vigilante alors que la fédération rivale conteste ces dispositions mettant sur le même plan mutuelles et sociétés d'assurance.

Les assureurs "les grands gagnants"

Qui sort gagnant de cette bataille pour une loi de bonne conduite, dite EVIN ,

"On peut sans trop risquer l'erreur, affirmer que les grands gagnants de cette loi sont les assureurs, en dehors des assurés qui sont désormais mieux protégés "écrit la Tribune de l'Assurance, en décembre 1990. Et de citer le directeur du marketing à la Llyod Continental : cette loi "présente l'avantage de reconnaître et d'accepter pour la première fois officiellement l'existence des assureurs privés dans le domaine de la protection sociale complémentaire.

Il y a 5 ou 6 ans, nous, assureurs privés, étions menacés d'être exclus de ce marché (...). Désormais les assureurs, au même titre que la Mutualité Française et les institutions de prévoyance sont des acteurs à part entière du financement de la protection sociale en France".

Cet impact a et aura d'autres effets.

Une sélection plus rigoureuse

Mr. Legmann – PDG de la Strasbourgeoise – est clair : " Nous allons mettre en place des études de surveillance de portefeuille et d'épidemiologie beaucoup plus précises. La loi EVIN renforce (...) la nécessité de sélection des assurés"

Le risque des cotisations par âge

Autre effet, autre méfait. Comme l'écrit Mr. JL. VOLATIER dans "Socio Economie de la Santé" – 1983–3 [1] "la fixation de prix en fonction de l'âge risque de se généraliser si la concurrence s'accroît".

---

[1] Couverture complémentaire Maladie : un marché en expansion mais en déséquilibre.

... et des niveaux de remboursement plus bas pour un prix unique.

En revanche selon cet observateur, le maintien d'un prix unique quelque soit l'âge, au nom de l'éthique mutualiste amène des mutuelles à " avoir des niveaux de remboursement plus bas que les autres contrats pour ne pas attirer les forts consommateurs.

Au total selon Mr. VOLATIER la concurrence est en opposition avec la pratique du prix unique et "nous glissons progressivement vers une situation où le prix sera fonction de l'âge". En outre la concurrence défavorise les entreprises à personnel âgé et l'auteur se demande s'il ne faudra pas envisager "l'institution d'une compensation généralisée entre les organismes d'assurance" comme cela est appliquée, ajouterons-nous en Suisse et aux Pays-Bas. Sinon "il est clair que nous allons actuellement vers le scénario d'atténuation des solidarités entre les générations".

6) LA DECOUVERTE TARDIVE DE L'IMPACT DES DIRECTIVES EUROPEENNES

Ce n'est que tardivement que le problème de l'Europe et de l'élargissement du marché des services - dont les prestations maladie - est évoqué dans les résolutions des congrès : pas avant 1988.

Lors de l'élaboration de la 1ère Directive Non-Vie, en 1971, la Mutualité se déclare non concernée par cette "législation" Européenne. Ce n'est qu'à partir de 1980 que la FNMF, "harcelée" par la concurrence, commence à se préoccuper de la libre circulation des prestations de services.

Il faut attendre le congrès de 1988, à Nice, pour lire dans la résolution, sous le titre "La Mutualité en Europe", que la Mutualité "affirme sa volonté d'agir avec la plus grande énergie" au sein de l'AIM "pour que l'EUROPE de 1992 ne soit pas seulement l'Europe des marchands mais devienne un "espace social".

La résolution "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" et intensifier ses efforts en vue de la mise en place d'un statut européen de la Mutualité".

La même année, l'Assemblée Générale (22 octobre 1988) demande que la Mutualité puisse exercer son activité en Europe "dans le cadre de la libre prestation des services sans être entravée par le jeu des directives "et affirme son intention de créer une société d'assurances Vie : EUROMUT.

En 1989, la FNMF organise, à Lille, un vaste colloque sur la Mutualité en Europe. Mais l'attitude de la Mutualité Française consiste toujours à se déclarer non concernée lorsque, M. EVIN ministre, estime que la Mutualité doit demander son intégration dans les Directives d'Assurances, tout en réclamant la rédaction d'amendements spécifiques au mouvement".

L'Année suivante l'Assemblée Générale (26 mai 1990) réclame des directives européennes spécifiques.

Fin 1991, lors de l'intervention à nouveau d'un ministre, M. BIANCO, la FNMF accepte d'être intégrée dans les Directives, en exigeant des amendements et dérogations pour préserver la spécificité des mutuelles... mais ce n'est qu'en 1993 qu'elle s'aperçoit que le texte législatif à l'étude pour adapter la 3ème Directive non vie constitue plusieurs risques et un danger de banalisation.

Selon ces textes, la Mutualité à la Française risque de connaître trois grandes modifications : une mutualité à 2 vitesses ; la séparation des activités d'assurance et de la gestion des oeuvres sociales ; la possibilité de transférer le portefeuille d'un organisme à un autre c'est-à-dire d'une mutuelle... à une compagnie d'assurances.

Tout d'abord pour exercer une activité d'assurances (vie ou non vie), les mutuelles devraient obtenir un agrément et avoir une surface financière d'un million d'écus de cotisations en assurance maladie et de 500 000 écus en assurance-vie. Les autres resteraient soumises à l'autorisation administrative.

Comme le notent certaines mutuelles, cela introduirait officiellement une "mutualité à 2 vitesses entre celles qui entrent dans le champ des directives et celles qui en sont exclues avec pour corollaire des contraintes et des possibilités différentes pour chacune".

Ensuite, les premières mutuelles devraient organiser une nette séparation juridique et comptable des oeuvres sociales et de leur activité d'assurance.

Enfin la transférabilité des portefeuilles feront du mutualiste un "client" et non plus un adhérent et donnerait aux compagnies d'assurance un nouveau champ d'action avec même la possibilité de "créer des mutuelles satellites" reliées ainsi au secteur à but lucratif.

La FNMF face à ces danger a demandé au gouvernement de retarder le vote de cette loi et réclame une directive spécifique à la Mutualité, tout en maintenant ses réclamations pour la constitution d'un statut européen des Mutuelles, société de personnes et non de capitaux.

Un bras de fer commence alors avec les pouvoirs publics. Le gouvernement estime que l'élaboration d'une directive spécifique est impossible. La Mutualité campe sur ses positions et amène le gouvernement à créer une commission pour examiner le problème... Le rapport qui est publié – dit rapport Bacquet – n'apaise pas, au contraire, la FNMF qui obtient cependant un report du vote de la loi et demande, à Bruxelles "son interprétation des directives".

Le président de la FNMF, M. DAVANT et son directeur M. CALMETTE multiplient les déclarations contre une intégration pure et simple, obligeant les Mutuelles à séparer la gestion assurantielle de celle des oeuvres sociales.

« Cette interprétation est inacceptable et contraire au Code de la mutualité, qui nous donne une mission : couvrir l'ensemble des risques liés à la personne, souligne Philippe Calmette, directeur général de la FNMF. *Les œuvres sanitaires et sociales sont donc des prestations complémentaires qui découlent logiquement de nos activités d'assurance. »* En outre, cette dissociation des activités *« n'est même pas exigée par la transposition des directives européennes »*, assure-t-il. *« Il ne s'agit pas d'un problème entre Bruxelles et la Mutualité, mais d'un différent franco-français. »*

Les Echos du 26/7/94.

Lors des élections au Parlement Européen, la Mutualité alerte les partis politiques, en leur demandant de prendre position sur "cette question capitale pour l'avenir du mouvement mutualiste".

Au congrès de 1994, l'espoir renaît. Les dirigeants s'attendent à recevoir de Bruxelles une position nuancée qui permettrait aux Mutuelles de continuer à gérer les oeuvres sociales. Si la résolution – sous forme de charte – n'aborde pas de plein front cette question, M. DAVANT, en présence du Président de la République, rappelle l'opposition de la Mutualité à une concurrence sans sauvegarde de l'esprit mutuel. Il réaffirme le refus du mouvement "de cette mascarade d'harmonisation qui n'a qu'un but : élargir plus encore le marché des assurances au détriment du champ social" et ajoute "l'Europe vivra d'autant mieux si la loi du marché n'est pas la seule à guider ses pas".

Il reçoit alors de M. MITTERRAND – très applaudi un appui attendu. Comme l'indique l'Agence de la FNMF – l'AFIM – le chef de l'Etat a apporté son soutien entier à la FNMF afin que la transposition en droit français des directives européennes sur l'assurance ne se traduise pas par une banalisation de l'esprit mutualiste : *« Le Code de la Mutualité n'est pas le Code des assurances »*. a-t-il déclaré tout net. *« Il me paraît que ce serait une erreur politique et sociale d'appliquer les mêmes règles à des sociétés de capitaux et à des sociétés de personnes à but non-lucratif telles que les mutuelles »*. *« Je veux croire que la concertation vous permettra de parvenir à une solution acceptable*, a-t-il souligné. *La santé, la vie ne peuvent pas être traitées comme des marchandises. »*

L'avenir dira quel sera le réel impact de ces directives non vie. Mais les perspectives sont plutôt menaçantes pour un mouvement mutualiste très dispersé.

La concurrence, la banalisation risquent de s'accroître et les projets de réforme en faveur d'une décentralisation de la sécurité sociale – et d'une gestion à la hollandaise – pourraient encore accroître une nouvelle concurrence élargie non plus seulement avec les compagnies d'assurance mais aussi avec les caisses d'assurance maladie.

7) CONSÉQUENCES " LES "DÉRIVES COMMERCIALES" DE CERTAINES MUTUELLES.

Face à la diversification des contrats du lucratif et aux besoins exprimés par "le consommateur" de soins, des Mutuelles ont franchi le rubicon et adopté des techniques déniées, dans le passé par la Mutualité.

- Remboursement des honoraires au delà du tarif conventionnel Au cours de notre enquête citée plus haut nous avons trouvé une dizaine de Mutuelles pratiquant cette technique : l'une n'offre qu'un forfait de 30 F en cas de dépassement des honoraires médicaux ; d'autres remboursent 110 %, 120, 130, 150 % et quelques unes montent à 175, 220 et même 325 %. C'est là un changement d'attitude complet par rapport aux orientations et résolutions des congrès au cours desquels la FNMF refusait de prendre le relais des Assurances sociales et contestait les dépassements de tarif. Mais la concurrence a contraint et certaines mutuelles et la FNMF, en acceptant de coller aux "réalités multiformes", de proposer des contrats pour satisfaire la clientèle des grandes villes où les dépassements de tarifs sont fréquents. S'y ajoutent on l'a vu des propositions de remboursement à 300, 400, 500 % pour les prothèses dentaires, très mal remboursées par les régimes obligatoires.

Mais d'autres évolutions sont plus inquiétantes et révèlent les dérives commerciales auxquelles ont du céder certaines mutuelles. Il s'agit :

- des limites d'âge à l'adhésion

- de l'application d'un questionnaire médical

- et de la pratique croissante de cotisations variant selon l'âge.

. Comme le montre le tableau ci-après, des mutuelles ont fixé des âges limites : 70 ans mais aussi 59 voire 55 ans pour certaines options dites MAXI.

. En outre, parmi les mutuelles étudiées dans notre enquête de 1994, l'une d'entre elle a imposé une "déclaration de santé" à l'adhésion.

Dans une lettre d'information, il est écrit que la déclaration de santé est "obligatoire" - dans tout le réseau Harmonie Mutualiste sauf l'Indre - pour les demandes qui émanent de personnes âgées ou de personnes qui ne bénéficient pas déjà d'une complémentaire santé".

Pourquoi ? "Elle vise à freiner certains abus, notamment de la part des personnes qui souscrivent une complémentaire parce qu'elles vont être hospitalisées ou parce qu'elles le sont déjà : ... D'où l'instauration d'une déclaration de bonne santé dont l'utilisation reste tout de même simple car l'objectif n'est pas d'instaurer une sélection médicale telle que la pratiquent les assureurs. La preuve : 3 % seulement des demandes d'adhésion ont été refusées depuis le début de l'année".

OPTIONS A 100 %

	QUESTIONNAIRE MEDICAL	LIMITE D'AGE ADHESION
MUT.UMGSG	NON	NON
MUT.MIP	NON	NON
MUT.MANTOIS	NON	NON
MUT.UMC	NON	70 ANS
MUT.MNC	NON	NON Avec options spéciales pour 60 ans et plus à l'adhésion
MUT.MEN.PREVOY.	NON	NON
MUT.INTER	NON	59 ANS
MUT.MONTREUIL	NON	NON
MUT.FAMILIALE	NON	55 pour certaines options
MUT.RHONE	NON	NON
MUT.TOURAINE	OUI	NON (2) pour certaines options 55 et 59 ans pour les "MAXI"

COMPAGNIES D'ASSURANCES

MANS	OUI	51 pour OS2
LLOYD	OUI	65 ANS
AZUR	OUI	59 A 69 ANS selon options (1)
AXA	OUI	70 ANS (AS1)
AGF	OUI	60 A 65 ANS selon options
STRASBOURGEOISE	OUI	59 A 69 ANS (2)
ALPTIS	OUI	59 A 64 ANS selon options
APRIL	OUI	59 A 65 ANS selon options et sans limite
ABEILLE	OUI	70 ANS
CONCORDE	OUI	66 ANS

(1) 59 ans pour Maxi 3 - hospitalisations et Maxi Plus.

(2) mais avec délais de stage différent.

Il est vrai que cette déclaration – ci–annexée – est bien moins développée et précise que les autres questionnaires de Compagnies d'Assurances que nous avons présentés en annexe.

Enfin la pratique des cotisations variant selon l'âge s'est assez répandue. Toujours selon notre enquête nous avons constaté que plus de la moitié des Mutuelles avaient opté pour la cotisation par groupes d'âges. Et le graphique suivant – à rapprocher de celui sur les compagnies d'assurances montre quelques unes de ces pratiques nouvelles.

Comme le prévoyait Mr. VOLATIER, le maintien d'un double système de complémentaire, avec la loi EVIN et le renforcement de la concurrence avec les traités et les directives européennes ont amené une partie du mouvement mutualiste à pratiquer une certaine sélection du risque selon l'âge, c'est–à–dire à appliquer les règles du marché.

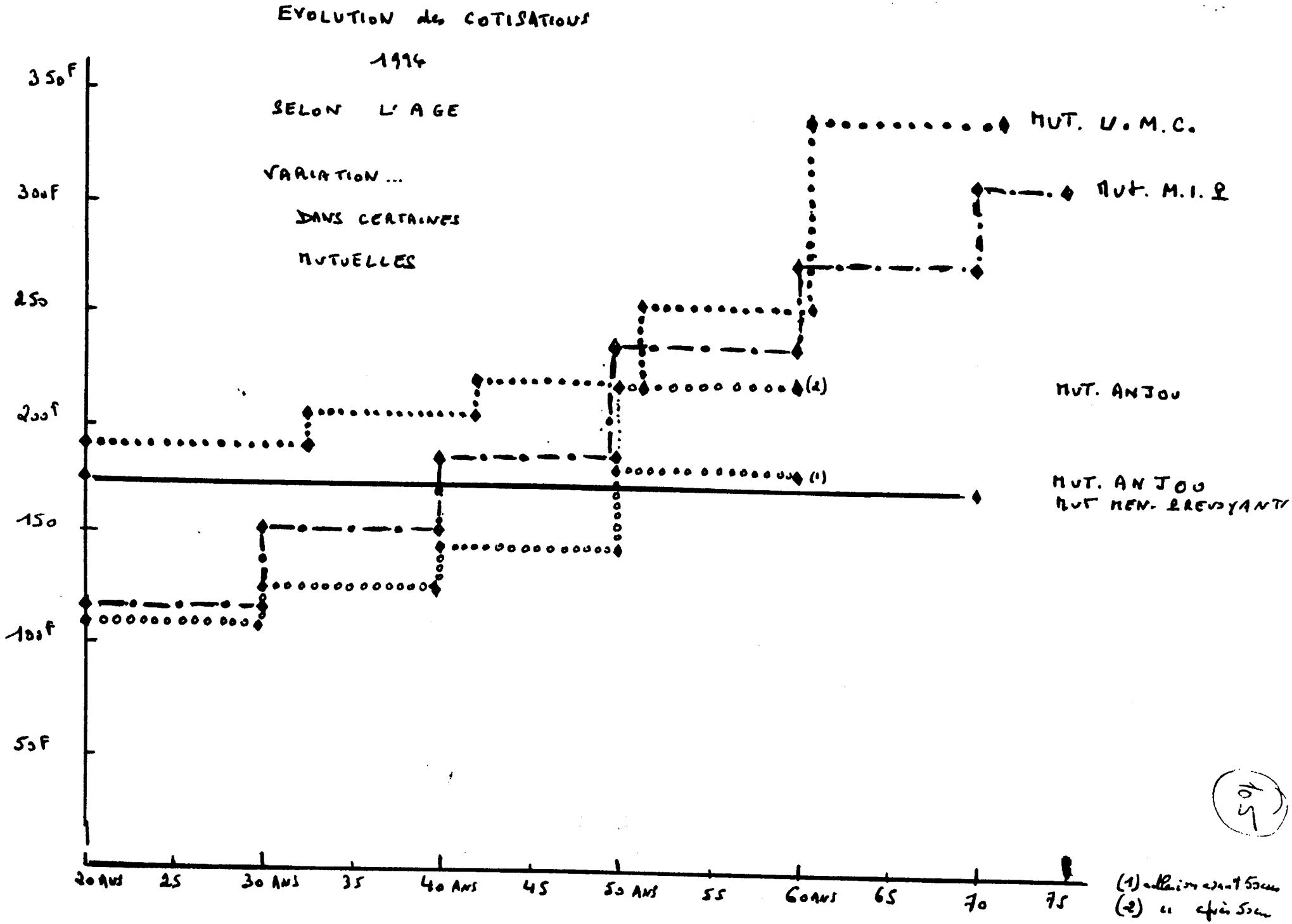
Encore faut–il nuancer cette affirmation. Le marché consiste, en matière de prix, pour les contrats d'assurance, à le fixer selon l'importance du risque. Et le graphique, ci–après, montre bien que pour les dépenses de médecine ambulatoire, dentaires, optique etc. (c'est–à–dire la part essentielle du marché complémentaire), ces dépenses s'accroissent avec l'âge. Il y a donc une logique marchande à faire varier les cotisations selon l'âge. Mais il y a aussi une logique sociale à les faire varier dans la mesure où, ces dernières années, un grand nombre de personnes âgées ont des revenus plus élevés que les jeunes. Appliquer des cotisations uniformes quelque soit l'âge serait donc inégalitaire et pénaliserait les jeunes.

En proposant des cotisations plus faibles aux jeunes, la Mutualité esquisse ainsi une solidarité de notre temps d'autant plus qu'elle permet aux chômeurs de bénéficier de mesures spéciales. Enfin, certaines mutuelles, et depuis longtemps, appliquent la formule, encore plus adaptée aux capacités de chacun ; celle de la cotisation proportionnelle aux revenus. Autre logique médico–sociale : une cotisation uniforme, quelque soit l'âge, avantage les imprévoyants et individualistes qui adhèrent tardivement quand les risques de maladie s'accumulent.

Afin de concilier toutes ces contradictions, des mutuelles, appliquant les cotisations par groupe d'âge corrige l'effet âge pour tous ceux qui ont fait preuve de prévoyance "Le Top Santé Maxi" de certaines mutuelles Francilienes précise : "contrairement à certains concurrents, la mutualité vous offre un atout : si vous cotisez assez jeune (âge d'adhésion : 20, 30 ou 40 ans) vous faites preuve de prévoyance, de confiance et de solidarité. Cela doit être pris en compte". C'est pourquoi par rapport à la grille de cotisations par groupe d'âge de 10 en 10 ans, ces mutuelles offrent "une réduction de cotisation" lorsque l'adhérent prévoyant saute d'une tranche d'âge à une autre. "C'est cela la fidélité et la solidarité mutualiste : pas de surcoût lié à l'âge sauf adhésion tardive".

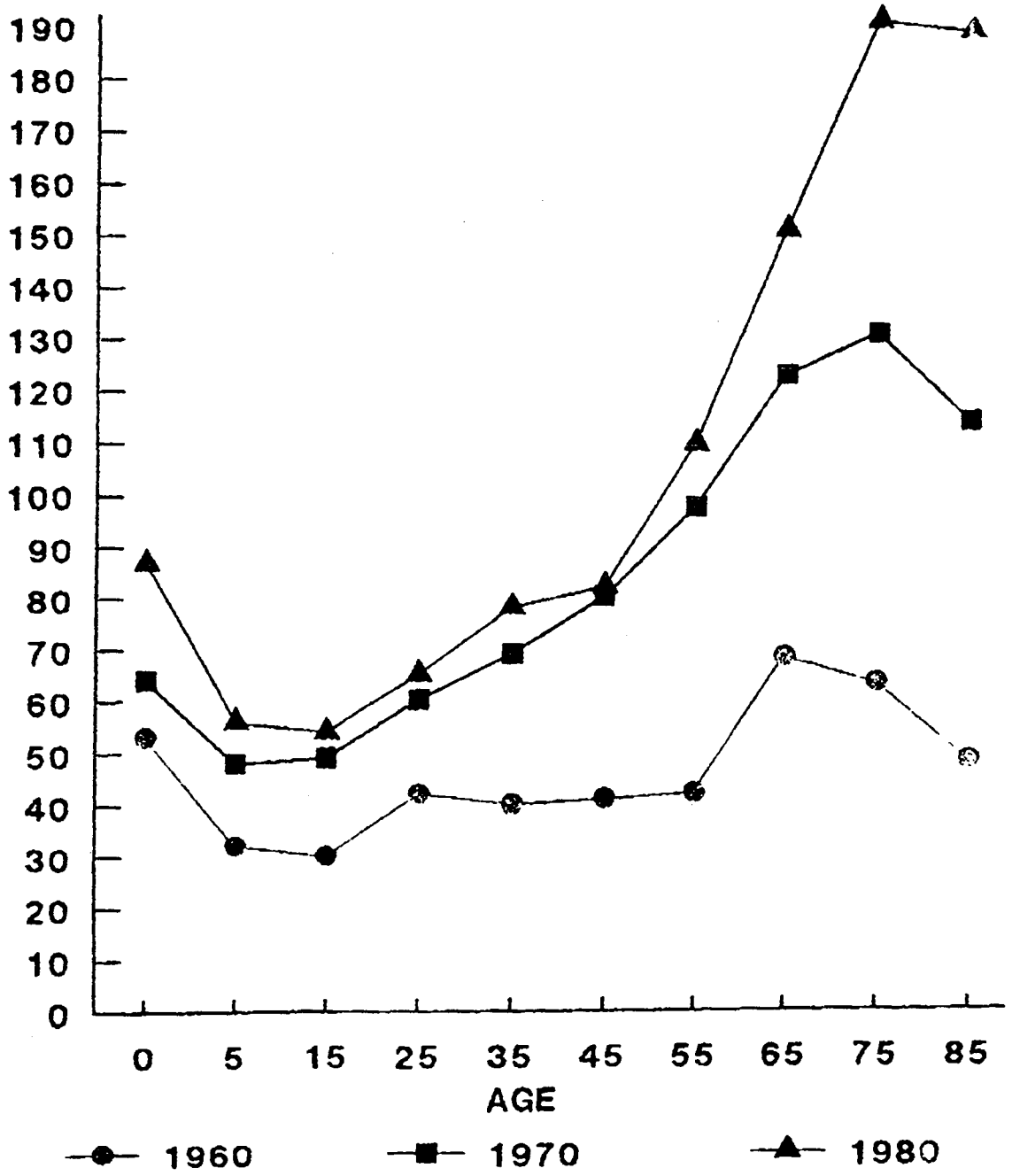
Les dérives commerciales, marchandes de certaines mutuelles sont donc réelles mais nuancées par ces correctifs. Il n'en demeure pas moins que la concurrence sur le marché de la santé risque de s'exacerber avec l'extension de l'illusion Européenne, les désengagements de la protection sociale obligatoire et les contraintes financières imposées par l'Union Monétaire.

C'est pourquoi, consciente de ces risques, la Mutualité Française réclame une réforme des assurances obligatoires, en insistant autant sur l'élargissement de son financement que sur la régulation de l'offre.


EVOLUTION des COTISATIONS
1994
SELON L'AGE
VARIATION ...
DANS CERTAINES
MUTUELLES
350F
300F
250
200F
150
100F
50F
MUT. U.M.C.
MUT. M.I.L
(2)
MUT. ANJOU
(1)
MUT. ANJOU
MUT MEN. PREVOYANTE
20 ANS
25
30 ANS
35
40 ANS
45
50 ANS
55
60 ANS
65
70
75
(1) adhésion avant 55 ans
(2) " après 55 ans

DEPENSE DE SOINS AMBULATOIRE MEDECINS, DENTISTES, PHARMACIE SELON L'AGE 1960 - 1970 - 1980

(EN FRANCS CONSTANTS 1970)



SOURCE : AR. MIZRAHI - Nov. 1989 CREDES

En guise de conclusion

Au terme de cette étude - qui n'est qu'un essai - on peut esquisser trois constats :

- avec des hauts et des bas, la Mutualité Française a démontré, que, face aux Pouvoirs Publics, elle savait être une force calme et résolue, capable, à certains moments délicats, de mobiliser le mouvement, en partenariat avec d'autres organisations sociales.

- A l'égard des régimes obligatoires de protection sociale, elle a, en 50 ans, profondément modifié ses comportements et jugements : de réticente, voire opposée à tout système obligatoire et universel, elle est devenue l'un des fers de lance pour la création d'une véritable sécurité sociale. En même temps, elle s'est révélée comme une force positive de propositions pour rationaliser les dépenses maladie et réclamer une réelle politique de santé publique tout en s'engageant dans des actions de terrain.

- sur le marché complémentaire, la Mutualité Française a bien résisté : elle reste, de loin, le premier Mouvement devançant les Compagnies d'Assurances. Elle a su franchir les nombreux obstacles qui se sont dressés quitte à ce que son poids relatif, son rôle, ses actions aient été quelque peu écornés.

Mais la fin de ce siècle et le passage au 3ème millénaire ne seront guère plus commodes. La montée de l'individualisme, du libéralisme, les dysfonctionnements de la société et les risques de nouveaux replis de la protection sociale obligatoire sont autant de défis importants. Mais les dizaines de millions de mutualistes s'ils s'unissent à tous ceux qui vivent et travaillent dans l'économie sociale ont les capacités de poursuivre et d'élargir leurs actions..

ANNEXES

2.

O P T I Q U E

1994

335,00 F	APRIL (Province)	
425,00 F	APRIL (Ile-de-France)	
500,00 F	STRASBOURGEOISE	
690,00 F	ABEILLE	
700,00 F	A.G.F.	- MUT.FAMIL - UMGSG - MUT.MANTOIS
750,00 F	GAN ALPTIS	
800,00 F		- MUT.MONTREUIL - UMC - MUT.YONNE - MUT.MANTOIS
875,00 F	APRIL STRASBOURGEOISE AZUR	
1 000,00 F	GAN	- MUT.FAMIL. - UMGSG - MNC - UMC
1 035,00 F	ABEILLE	
1 090,00 F	A.G.F.	- MUT.MIP.
1 100,00 F 1 200,00 F		- MUT.INTER - MUT.MONTREUIL - MUT.MENPRES. - MUT.MANTOIS
1 240,00 F	STRASBOURGEOISE GAN AZUR	
1 300,00 F	APRIL	- MUT.MIP.
1 400,00 F		- MUT.FAMIL.
1 820,00 F		- MUT.MIP.
2 500,00 F	STRASBOURGEOISE	
2 568,00 F	AZUR	

Certains font en % - Ex. Mut. du Rhône : 100 - 1 570 % - 2 770 %

3

P R O T H E S E S D E N T A I R E S

109

LA GRANDE VARIETE DES REMBOURSEMENTS : de 75 à 500 %

	PROTHESES ACCEPTEES	REFUSEES
25 à 50 %		MUT.ANJOU
75 à 80 %		MUT : UMC - MUT.INTER
100 %	Tous	MUT : UMC - MUT.INTER - UMGSG - MANTOIS CIE : APRIL
120 %	UMGSG	
125 %	- MUT.INTER - MUT.ANJOU - CIES : LLOYD - APRIL - AZUR - STRASB.	MUT.FAMIL. - MUT.INTER
150 %	- MUT. : MNC - UMC - MUT.INTER - CIES : APRIL - AZUR - STRASB. - GAN LLOYD - MANS.	MUT. : UMC - MNC - MIP -UMGSG MUT.INTER - MUT.ANJOU
170 %	- MUT. : MUT.FAMIL. - UMGSG - MUT. MONTREUIL	MUT. : MIP. - UMC
200 %	- MUT. : UMGSG - RHONE - MEN.PREVOY. - CIES : AZUR - STRASB. - ABEILLE - LLYOD - MANS	MUT. : FAMIL. - MUT.INTER - MIP - MANTOIS - UMGSG
225 %	- MUT. : UMGSG - MONTREUIL - MIP - MUT.INTER	
245 %	- MUT. : UMC	
250 %	- CIE : LLYOD	MUT. : FAMIL. - MIP - MANTOIS
270 %	- MUT. : UMC - MANTOIS	MUT.ANJOU
275 %	- MUT. : FAMIL. - MNC - MUT.INTER - MONTREUIL	MUT. FAMIL.
295 %	- MUT. : MIP - MEN.PREVOY.	CIE : ALPTIS
300 %	- CIES : AZUR - GAN - ALPTIS - STRASB.	
320 %	- MUT. : MANTOIS	
325 %	- MUT. : FAMIL.	
350 %	- CIES : STRABOURG. - AZUR	
370 %	- MUT. : UMGSG	
375 %	- CIE : LLYOD	
395 %	- MUT. : MIP	
400 %	- MUT. : RHONE - MIP	

P L A F O N D

MUT.FAMILIALE : Plafond à 100 SCP

1 000 F à 1 500 F	pour prothèse refusée : MUT.MEN.PREVOY.
1 891 F à 2 522 F	pour prothèse refusée : STRABOURGEOISE
1 926 F à 2 568 F	pour prothèse refusée : AZUR
1 000 F à 3 750 F	pour prothèses : AXA
1 500 F à 7 180 F	pour prothèses : LLOYD
2 500 F à 6 000 F	pour prothèses : APRIL
7 608 F à 8 876 F	pour prothèses : GAN
10 000 F	pour prothèses : MUT.MANTOIS
12 000 F à 15 000 F	pour prothèses : MUT.UMGSG
15 000 F	pour prothèses : MUT.MANTOIS

30 à 100 % du PMSS et sans limite 6ème année : STRASBOURGEOISE

3 000 F à 6 000 F et sans limite 3ème année : ALPTIS

EXEMPLES DE QUESTIONNAIRES MEDICAUX

DEMANDES PAR LES COMPAGNIES D'ASSURANCES

- AZUR
- AXA
- ALPTIS

GROUPE AZUR

ASSURANCES MUTUELLES DE FRANCE
Entreprise régie
par le Code des Assurances.

☐ Affaire nouvelle
☐ Avenant police n° _____

Intermédiaire :

_____

Code : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL DE LA PROPOSITION N° _____

Ce questionnaire médical a été complété et signé, en toute connaissance de cause, par le Proposant,

M. _____

Le présent questionnaire médical fait partie intégrante de la proposition dont le numéro est rappelé ci-dessus et porte sur chacune des personnes mentionnées sur cette proposition. Il est destiné au Service Médical de l'Assureur.

L'une des personnes à assurer :

	OUI	NON
1. suit-elle actuellement un traitement ou est-elle sous surveillance médicale ? si oui, pourquoi et nature du traitement ou de la surveillance _____	☐	☐
2. consomme-t-elle un ou des médicaments de manière régulière ou par intermittence ? si oui, indiquer les médicaments, les doses et la périodicité de consommation _____	☐	☐
3. est-elle actuellement en arrêt de travail ? si oui, raison, date de début et durée probable _____	☐	☐
4. est-elle atteinte, ou a-t-elle souffert dans le passé, d'une malformation, d'une affection chronique, de troubles persistants, d'une infirmité ou d'une invalidité ? si oui, laquelle, nature et dates du traitement _____	☐	☐
5. a-t-elle souffert d'un état dépressif (ou de même nature), d'un trouble du comportement ou de personnalité ou d'une affection d'ordre mental ? si oui, nature de l'affection, du traitement et dates de traitement _____	☐	☐
6. souffre-t-elle, ou a-t-elle souffert de douleurs articulaires, d'arthrose, d'arthrite, d'une affection ou d'une gêne persistante de la colonne vertébrale ? si oui, nature de l'affection, du traitement et dates du traitement _____	☐	☐
7. a-t-elle été hospitalisée (sauf appendicite, amygdales, végétations ou maternité, sans complications) ? si oui, quand et pour quelle raison _____	☐	☐
8. a-t-elle été en arrêt de travail de plus de 15 jours, pour maladie ou accident dans les 5 dernières années ? si oui, quand, pour quelle raison et pendant quelle durée _____	☐	☐
9. a-t-elle effectué un bilan de santé ou un examen sanguin dans les 6 derniers mois ? si oui, résultats du dernier bilan et du dernier examen sanguin notamment du test HIV _____	☐	☐
10. est-elle enceinte ? si oui, date prévue pour l'accouchement et, si des complications sont à prévoir, nature des complications _____	☐	☐
11. prévoit-elle un traitement médical ou une hospitalisation, pour quelque cause que ce soit, dans les six mois à venir ? si oui, pourquoi, date et durée probables _____	☐	☐

Prénom des Assurés					
Indiquer la taille					
le poids					

En cas de souscription d'une garantie MAXI 3 ou de La Supplémentaire Santé, vous voudrez bien répondre également aux questions suivantes :

Si vous avez répondu « OUI » pour l'un des assurés à une ou plusieurs questions, veuillez préciser ci-dessous :

Personne concernée	Questions n°	Réponses

Dans tous les cas, veuillez préciser ci-après :

Nom et adresse du Médecin traitant	
Nom et adresse du Chirurgien-dentiste	

Le signataire de la présente
- **reconnaît avoir reçu un double du présent document ;**
- **sait qu'il peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société (Loi 78-17 du 6 janvier 1978) ;**
- **certifie que les réponses aux questions du présent document sont exactes et savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l'assurance.**

Fait à _____ , le _____

Signature du proposant précédée de la mention manuscrite « LU ET APPROUVÉ »

Dépôt n° A2/89/151

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Les questions sont à poser à chacune des personnes à assurer. En cas de réponses positives à l'une des questions, veuillez indiquer les renseignements complémentaires demandés.

AGENCE
WILLIAM NINON
ASSURANCES
11, Quai de Montebello - 75005 PARIS
Tél. 46 33 35 22 - Fax 40 51 80 95

AYM

N° de contrat _____

AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES	*Nom et prénom*	*Nom et Prénom*	*Nom et Prénom*	*Nom et Prénom*
1) - Avez-vous actuellement ou avez-vous eu une ou plusieurs maladies médicalement constatée(s) ? Signalez **toute** altération de l'état de santé , à l'exception de : ablation de la vésicule biliaire, amygdales, angine,appendicite, grippe, maladies infantiles ou végétations, **survenues sans complications.**	Nature maladie - Date première manifestation - Date de guérison - Prescription et séquelles ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
2) - Avez-vous ou avez-vous eu des séquelles d'accidents, une malformation, une maladie congénitale ou toute autre maladie chronique ?	Nature - Cause - Date - Prothèse (s'il y a lieu) ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
3) - Avez-vous dû interrompre vos activités pendant plus de trois semaines pour une raison médicale autre qu'un accident ?	Date - Durée - Cause ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
4) - Prenez-vous ou avez-vous pris des médicaments pour une durée supérieure à quatre semaines ? (A l'exclusion de la pilule à usage anticonceptionnel).	Nom des médicaments et doses - Date - Durée ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
5) - Avez-vous suivi ou devez-vous suivre un traitement de rééducation *(massages, kiné, vision, audition, langage...),* **une cure thermale, un traitement par rayonnement** *(cobalt, isotopes...),* **par appareillage ou par un matériel de correction** *(semelles ou chaussures orthopédiques, prothèses, orthèses, corsets ou ceintures...).*	Nature - Dose - Nombre de séances - Lieu de cure ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
6) - Devez-vous subir ou avez-vous subi une intervention chirurgicale *(autre que pour appendicite, amygdales, végétations ou ablation de la vésicule biliaire, survenues sans complications)* ?	Motif de l'intervention - Date - Description des séquelles ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
7) - Devez-vous séjourner ou avez-vous séjourné dans un hôpital, clinique, maison de santé ou de cure *(diététique, sommeil, désintoxication...)* **ou tout autre établissement de soins** *(pour un motif autre que accouchement, appendicite, amygdales, végétations ou ablation de la vésicule biliaire, survenus sans complications)* ?	Motif du séjour - Date - Durée ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
8) - La pose ou le renouvellement d'un appareil dentaire *(bridge, dentier, couronne...)* **ou d'orthodontie, est en cours ou à votre connaissance, prévisible ?**	Nature de l'appareil - Date de pose ou de renouvellement - Nb de séances d'orthodontie ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
- Veuillez préciser à nouveau, en cas de réponse positive à l'une des questions ci-dessus, la profession, l'âge, le poids et la taille des personnes concernées.	Profession - Age - Taille - Poids			

290.007C - 11/92 71 - 11/92

Les réponses aux questions posées sont obligatoires. les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L 113.8 nullité du contrat, Art. L 113.9 reduction des indemnités). J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre société. (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Fait à, _____ le _____

Faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et Approuvé".

EXEMPLAIRE CLIENT

DECLARATION D'ETAT DE SANTE

POUR LES MOINS DE 35 ANS EN OPTION 1 C

Le souscripteur s'engage à ne présenter aucune demande de remboursement pour des frais engendrés par des soins afférents à des affections, handicaps ou accidents **antérieurs à son adhésion,** tant pour lui que pour les membres de sa famille inscrits avec lui.

Cet engagement porte en particulier sur les soins concernant l'appareil respiratoire, cardio-vasculaire, digestif, urinaire et génital, nerveux, neuro-psychique, les affections du sang, des ganglions, de la rate, endocriniennes ou métaboliques, des os, des articulations, de la peau, des affections infectieuses ou parasitaires.

Fait à ....., le .....

Signature de l'adhérent précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ".

Questionnaire médical à compléter OBLIGATOIREMENT :

Option 1 C : à partir de 35 ANS

Option 1 B : pour toutes les personnes à garantir

RÉPONDRE par OUI ou NON. Pour chaque réponse **"OUI"**, veuillez **identifier la question (numéro et lettre) et donner toutes les informations s'y rapportant sur une feuille annexée à la présente** (cause, date, durée, nature, conséquences).

	ADHERENT	CONJOINT	1er ENFANT	2e ENFANT	3e ENFANT
NOM : Prénom :					
Poids					
Taille					
Taux de tension artérielle Est-elle traitée ?	Maxi_____Mini_____ ❑ OUI ❑ NON	Maxi_____Mini_____ ❑ OUI ❑ NON			
I - PASSE MEDICAL					
A) Souffrez-vous ou avez vous souffert de maladies cardio-vasculaires ; du système nerveux (paralysies-accidents-troubles cérébraux) ; psychiques (dépressions nerveuses-psychoses) ; endocriniennes et/ou métaboliques ; respiratoires ; des os et articulations ; colonne vertébrale ; de l'appareil uro génital ; de l'appareil digestif ; de la moëlle, du sang, des ganglions ; de la peau ; maladies infectieuses ou parasitaires ; des méninges ; des yeux, des oreilles ? Lesquelles ? Quand ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
B) Avez-vous été hospitalisé ? Si OUI, quand ? Pourquoi ? Avez-vous été opéré ? Si OUI, quand ? Pourquoi ?	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON
C) Avez-vous été accidenté ? Si OUI, à quelle date ? Lésions ? Matériel de fixation osseuse en place ?	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON ❑ OUI ❑ NON
D) Avez-vous fait l'objet d'examens spécialisés ? (Bilan biologique, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, endoscopie, scanner, IRM) Si OUI, lesquels ? Quand ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
E) Avez-vous eu des maladies ou accidents ayant donné lieu à des arrêts de travail de plus de 15 jours au cours des 3 dernières années ? Si OUI, à quelle date ? Pourquoi ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
II - PRESENT					
A) Etes-vous actuellement en traitement médical ? Si OUI, lequel ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
B) Etes-vous sous surveillance médicale ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
C) Suivez-vous un régime, une cure, des massages ? Si OUI, lesquels ? Pour quelle affection ? Depuis quand ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
D) Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une anomalie, d'une maladie chronique ? Si OUI, lesquelles ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
E) Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité (accident, maladie, militaire) ? Si OUI, précisez le taux, le motif.	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
F) Vous trouvez-vous actuellement en état d'incapacité de travail partielle ou totale ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
III - EVOLUTION					
A) Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ? Si OUI, laquelle ? Précisez la date approximative.	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce bulletin d'adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'art. 27 de la loi du 6.01.1978) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux art. L 113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.

Fait à ....., Le .....

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

(114)

QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE SANTE

MCM TOURAINE MUTUALISTE
COMPLÈTEMENT RASSURÉ

A remplir par l'adhérent en cas de souscription d'une garantie **complémentaire santé.**

Ce questionnaire de santé sert de base à l'acceptation de votre dossier, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourrait motiver l'annulation des garanties.

Nous vous recommandons de solliciter l'aide de votre médecin-traitant pour remplir ce questionnaire. Il est, par ailleurs, souhaitable pour accélérer l'étude de votre dossier, que **vous joigniez à ce questionnaire toute copie de documents se rapportant à votre état de santé.**

Tout questionnaire incomplet ou illisible sera retourné pour être complété.

NOM DE L'ASSURÉ : _____ PRÉNOM : _____

NÉ(E) LE : _____ ADRESSE : _____

_____

GARANTIE CHOISIE : _____

SI VOUS ÊTES EN INCAPACITÉ PARTIELLE OU TOTALE DE TRAVAIL OU SI VOUS AVEZ ÉTÉ EN INCAPACITÉ PARTIELLE OU TOTALE DE TRAVAIL PLUS DE 21 JOURS CONSÉCUTIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VEUILLEZ INDIQUER :

- la nature des troubles ou de l'affection ayant entraîné l'incapacité de travail :
- le diagnostic posé :
- les résultats des examens complémentaires éventuellement effectués :
- le traitement suivi :
- persiste-t-il des troubles même épisodiques nécessitant une surveillance ou un traitement même épisodique ? Lesquels ?

SI VOUS AVEZ ÉTÉ HOSPITALISÉ PLUS DE 10 JOURS CONSÉCUTIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VEUILLEZ INDIQUER :

- l'hôpital et le service dans lequel vous avez été hospitalisé :
- les dates d'hospitalisation :
- la nature de l'affection ayant motivé cette hospitalisation :
- les résultats des examens complémentaires éventuellement effectués :
- la nature du traitement suivi :
- persiste-t-il des troubles même épisodiques nécessitant une surveillance ou un traitement même épisodique ? Lesquels ?

2 - LES ECARTS DE COTISATION
(Toutes Catégories)

à 30 ans : de	88 F à 246 F	1 à 2,79
à 50 ans : de	137 F à 314 F	1 à 2,29
à 60 ans : de	138 F à 373 F	1 à 2,70

LES MOYENNES
(Toutes Catégories)

		30	50	60
MUTUELLES		170 F	210 F	241 F
CIES D'ASSURANCES		141 F	209,15 F	280 F
ECART	**MUTUELLES** / **COMPAGNIES D'ASSURANCES**	+ 20,56 %	+ 0,5 %	- 14 %
ECART	**COTISATION PLUS FORTE** / **COTISATION PLUS FAIBLE**	+ 179 %	+ 129 %	+ 170 %

30 ANS		50 ANS		60 ANS	
21. AGF (C. 100)	151 F	21. MUT. UMC	220 F	21. MUT. MIP (100)	273 F
22. MUT. MIP (100)	152 F	22. MANS (F)	228 F	22. MANS (F)	276 F
23. ABEILLE	154 F	23. STRASBOURG. (HBI)	232 F	23. MUT INTER	301 F
24. MUT. MONTREUIL	156 F	24. ABEILLE	236 F	24. MUT. YONNE	303 F
25. MANS (F)	165 F	25. MUT. MIP (100)	237 F	25. MUT. RHONE (C)	306 F
26. STRASBOURG. (FBI)	172 F	26. MUT. UMGSG	246 F	26. STRASBOURG. (HBI	312 F
27. APRIL (1IF)	175 F	27. MUT. YONNE	255 F	27. APRIL (1 prov)	313 F
28. MUT. MEN. PREVOY.	178 F	28. STRASBOURG. (HB2)	257 F	28. ABEILLE	326 F
29. MUT. MGPCL (b)	181 F	29. MUT. ANJOU (200)	261 F	29. STRASBOURG. (HB1)	338 F
3O. STRASBOURG. (FB2)	181 F	30. MUT. INTER	263 F	30. STRASBOURG. (HB2)	344 F
31. AXA (H)	181 F	31. APRIL (1.IF)	274 F	31. MUT. MIP (150)	364 F
32. AXA (F)	190 F	32. STRASBOURG. (FBI)	279 F	32. STRASBOURG. (FB2)	373 F
33. MUT. MUTINTER	200 F	33. STRASBOURG. (FB2)	308 F	33. APRIL (1.I.F.)	407 F
34. MUT. MIP (150)	202 F	34. MUT. MIP (150)	314 F		
35. MUT. UMC	205 F				
36. MUT. YONNE	207 F				
37. MUT. MANTOIS	209 F				
38. MUT. MNC	215 F				
39. MUT. UMGSG	246 F				
DANS 10 DERNIERS : 7 MUTUELLES		6 MUTUELLES		3 MUTUELLES	

Entre parenthèses :

- (H) cotisation Homme
- (F) cotisation Femme
- (...) nom de l'option par an : (E) : Economique province - E.I.F. - Ile de France
  (1C) : Option 1 complet
  (B) ou (B +) : Base - Base +
  (C) : complet
  (a) (b) : option base et base complété
  (B1) - (B2) : Basic 1 - Basic 2

La Mutualité de Touraine porte la cotisation à 60 ans pour Tonic Santé 100 à 262 F et pour Tonic Santé 200 à 325 F quand l'adhésion a été enregistrée après 50 ans

LES ECARTS DE COTISATION MENSUELLE

SELON L'AGE ET LE SEXE

POUR LES OPTIONS A 100 %

30 ANS		50 ANS		60 ANS	
1. APRIL (E. prov)	88 F	1. APRIL (E. prov)	137 F	1. MUT. MGPCL (a)	138 F
2. APRIL (E.I.F.)	102 F	2. MUT. MGPCL (a)	138 F	2. MUT. MONTREUIL	156 F
3. ALPTIS (1.C.)	107 F	3. MUT. RHONE (B)	144 F	3. MUT MEN. PREVOY.	178 F
4. AZUR (B + H)	107 F	4. LLOYD (H)	152 F	4. MUT. MGPCL (b)	181 F
5. LLOYD (H)	109 F	5. MUT. MONTREUIL	156 F	5. LLOYD (H)	205 F
6. MANS (H)	122 F	6. APRIL (E.I.F.)	158 F	6. GAN	208 F
7. MUT. TOURAINE (100)	126 F	7. MANS (H)	172 F	7. MUT. TOURAINE (100)	214 F
8. MUT. UMGSG	127 F	8. GAN	174 F	8. MUT. MNC	215 F
9. MUT. ANJOU	129 F	9. MUT. TOURAINE (100)	176 F	9. APRIL (E. prov)	222 F
10. MUT. RHONE (B)	129 F	10. MUT. MEN. PREVOY.	178 F	10. MUT. UMGSG	228 F
SOIT 4 MUTUELLES / 10		SOIT 5 MUTUELLES / 10		SOIT 7 MUTUELLES / 10	
11. APRIL (1 prov)	135 F	11. MUT. MGPCL (c)	181 F	11. MUT MANTOIS	233 F
12. GROUPAMA	136 F	12. MUT. ANJOU (100)	182 F	12. MANS (H)	234 F
13. LLOYD (F)	136 F	13. ALPTIS	186 F	13. MUT. RHONE (B)	246 F
14. MUT. RHONE (C)	138 F	14. LLOYD (F)	191 F	14. MUT. UMGSG	246 F
15. MUT. MGPCL (a)	138 F	15. MUT. TOURAINE (200)	200 F	15. AZUR (B + H)	247,80 F
16. GAN	139 F	16. AZUR (B + F)	200,5 F	16. ALPTIS	249 F
17. STRASBOURG. (HBI)	142 F	17. MUT. RHONE (C)	201 F	17. MUT. UMC	255 F
18. MUT. TOURAINE (200)	148 F	18. APRIL (1prov)	211 F	18. APRIL (E.I.F.)	256 F
19. MUT. ANJOU (200)	150 F	19. MUT. MNC	215 F	19. LLOYD (F)	256 F
20. STRASBOURG. (HB2)	150 F	20. MUT. MANTOIS	219 F	20. MUT. TOURAINE (200)	265 F
SOIT 8 MUTUELLES / 20		SOIT 11 MUTUELLES / 20		SOIT 11 MUTUELLES / 20	

1ère PARTIE :

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE AUX POUVOIRS PUBLICS

I L'OPPOSITION A LA SECURITE SOCIALE (1945- 1948)

II RESPECTS ET COMPREHENSION A L'EGARD DES POUVOIRS PUBLICS (1948 - 1962)

III LES DEFIS LANCES A LA MUTUALITE ET LE PASSAGE A UNE CERTAINE HOSTILITE ET COMBATIVITE (1963 - 1964 - 1980)

1. "Le tournant des années 1963 - 1964"
2. Autre tournant en 1970 : un ton plus syndical
3. 1973 - 1976 : vives tensions avec les Pouvoirs Publics
4. 1976 : La Mutualité veut mener la lutte
5. 1978 : une opposition plus modérée
6. Durcissement en 1979
7. La bataille du ticket modérateur d'ordre public

IV "UN NOUVEAU TYPE DE RAPPORTS" : UNE CERTAINE ENTENTE CORDIALE (1981 - 1994)

2ème PARTIE :

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE A LA SECURITE SOCIALE

I LA MUTUALITE SUR L'AVENTIN : CONSOLIDER, CONSTRUIRE, OBSERVER (1948-1951)

II AFFRANCHIE, LA MUTUALITE PRECONISE : "LA COORDINATION" ET "LA COLLABORATION" (1950 - 1960)

III LA MUTUALITE PROPOSE, RECLAME "L'ALIGNEMENT", L'OBLIGATION", "LA GENERALISATION" (1970 - 1980 - 1991)

IV FINANCEMENT : UNE EVOLUTION LENTE MAIS PROFONDE VERS LA FISCALISATION PARTIELLE.

3ème PARTIE

LA MUTUALITE FRANCAISE FACE A LA CONCURRENCE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

I - LA MONTEE EN PUISSANCE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES ET LES TECHNIQUES DE MARCHE

1. Une part croissante du marché
2. Les techniques du marché : des cotisations variables selon l'âge et le sexe
3. Taux de remboursements et forfaits : une foisonnante diversité.
4. Des conditions et des contraintes parfois importantes... et sélectives
5. Des écarts de cotisations parfois considérables... et souvent peu comparables

II - LA LENTE PRISE DE CONSCIENCE PAR LA MUTUALITE D'UNE CONCURRENCE ACHARNEE

III - LES REACTIONS DIVERSIFIEES DE LA MUTUALITE : DU REFUS A CERTAINES DERIVES COMMERCIALES

1. Invitation à changer les méthodes de gestion
2. Changement d'attitude à l'égard de la diversification et des petites mutuelles et la constitution de réseaux
3. Une insistance nouvelle pour élargir le rôle de la Mutualité à la prévoyance : l'offre globale... et la création d'assurances
4. "Répondre aux besoins" : un tournant dans l'idéal mutualiste avec l'acceptation des "réalités multiformes"
5. L'acceptation justifiée et réservée de la loi EVIN... au profit du lucratif ?
6. La découverte tardive de l'impact des directives européennes
7. Conséquences : les dérives commerciales de certaines mutuelles