



HAL
open science

Protection sociale et assurances maladies des Fonctionnaires : une histoire pas comme les autres

Florian Beaucreux

► **To cite this version:**

Florian Beaucreux. Protection sociale et assurances maladies des Fonctionnaires : une histoire pas comme les autres. 2020. hal-02736237v2

HAL Id: hal-02736237

<https://hal.science/hal-02736237v2>

Preprint submitted on 29 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Protection sociale et assurances maladies des Fonctionnaires : une histoire pas comme les autres

Auteur Florian Beaucreux

Doctorant en sciences économiques (Thèse CIFRe -MGEN)
Université de Reims, laboratoire REGARDS (EA 6292)
Chaire Economie Sociale et Solidaire
florian.beaucreux@univ-reims.com

Adresse Université de Reims Champagne-Ardenne
Faculté des sciences économiques
Laboratoire Regards - Bâtiment 13
57 rue Pierre Taittinger
BP 30
51572 Reims Cedex

Résumé (Fr) :

L'article propose une lecture du modèle des mutuelles de fonctionnaires afin de comprendre les enjeux de la recomposition actuelle du marché de l'assurance maladie complémentaire. L'auteur s'appuie sur l'histoire de la protection sociale des fonctionnaires et la matérialisation des valeurs associées à travers le couplage des régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie pour montrer l'évolution de la rationalité économique. L'auteur analyse ainsi le nouveau cadre de participation de l'employeur public au prisme de cette évolution pour mettre en avant le paradoxe existant entre l'intention de ses mécanismes et les effets sur le rôle de l'individu dans la construction de sa protection sociale complémentaire.

Résumé (En)

The article offers a reading of the model of mutual insurance companies for civil servants in order to understand the issues at stake in the current reshaping of the complementary health insurance market. The author draws on the history of social protection for civil servants and the materialization of the associated values through the coupling of compulsory and complementary health insurance schemes to show the evolution of economic rationality. The author thus analyses the new framework of participation of the public employer in the prism of this evolution in order to highlight the paradox existing between the intention of its mechanisms and the effects on the role of the individual in the construction of his complementary social protection.

Mots clé :

Mutuelle ; Cotisations ; Assurance maladie complémentaire ; Valeurs ; Solidarité.

Depuis la fin du XX^e siècle, l'organisation de l'assurance maladie complémentaire connaît de profonds changements. La loi Évin a ouvert le marché à la concurrence en 1989 en autorisant les institutions de prévoyance et sociétés d'assurance à distribuer des produits d'assurance santé (Domin, 2020). La réglementation nationale et européenne n'a depuis cessé de se renforcer, conduisant à un marché de plus en plus concurrentiel interrogeant sur un effritement des valeurs mutualistes (Abecassis *et al.*, 2014).

Ces valeurs mutualistes, liberté, démocratie, solidarité et indépendance (Dreyfus, 2011), font des mutuelles des sociétés de personnes. Au-delà de sa dimension réglementaire, cette définition s'ancre dans l'histoire des mutuelles et plus particulièrement celles de la Fonction publique. Cet article propose une analyse le rôle structurant des communautés historiques des mutuelles de fonctionnaires afin de contextualiser leur regard sur les évolutions récentes du marché de l'AMC qui tend à déconstruire leur modèle par une individualisation de la protection sociale complémentaire. Il s'agit ainsi de mettre en avant la complexité des enjeux des réformes de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires et définir les enjeux pour ces mutuelles dans la recomposition de son environnement.

Nous montrerons dans un premier temps qu'il a toujours existé un décalage entre la construction de la protection sociale complémentaire des ouvriers du secteur privé et celle des agents de l'État, poussant ces derniers à s'organiser par eux-mêmes dans une concentration identitaire solidariste. Nous verrons ensuite que cet héritage a déterminé un modèle économique et social unique, bâti autour de cette communauté de valeur. Ce modèle s'appuie sur un couplage des régimes obligatoire et complémentaire d'assurance maladie, marquant une asymétrie des mutuelles professionnelles qui aujourd'hui encore dispose de répercussions sur l'évolution du marché et de sa réglementation. Nous aborderons dans un troisième temps l'évolution récente du cadre de contribution de l'employeur public à la couverture des risques pour mettre en avant son paradoxe : inscrit dans la continuité d'une volonté de libéralisation du marché et de casse du monopole des mutuelles de fonctionnaires sur leurs secteurs d'affinité, sacrifiant leur histoire et leurs valeurs. Celui-ci rompt avec les mécanismes d'individualisation qu'il avait instaurés.

1. L'asymétrie de la protection sociale des fonctionnaires

Quatre temps sont particulièrement prégnants dans l'émergence et la résilience aujourd'hui encore d'un modèle de mutuelles de fonctionnaires historiquement affinitaire et gestionnaire du régime obligatoire.

1.1. Loi sur les pensions civiles : un droit compensatoire

À l'aune de la révolution industrielle, la prévoyance se développe pour faire face à l'augmentation des risques liés aux métamorphoses de la société au sein de la nouvelle classe ouvrière, en particulier dans le secteur des mines et du rail (Dorion *et al.*, 1996). Les premières caisses d'épargne sont ainsi créées en 1818. Dans le même temps, de nouvelles formes de solidarité apparaissent à travers des sociétés de secours mutuel pour une couverture mutuelle des risques. La solidarité jusque-là était un acte personnel et volontaire, dans le cercle familial ou en réponse à l'indigence. Le patronat s'engage également dans l'amélioration des conditions de vie des ouvriers, dans une forme de paternalisme social avant tout pour fidéliser les ouvriers (Richez-Battesti, 1992) ou en contribuant directement aux caisses de secours mutuel (Tauran, 2015). Les premières sociétés de secours mutuel de fonctionnaires apparaissent peu de temps après celles des ouvriers (1835 chez les enseignants), mais l'employeur public n'y contribue pas ne reconnaissant pas leur existence.

Sous le premier Empire, des caisses de retraites autonomes ont vu le jour dans certaines administrations, mais celles-ci sont majoritairement déficitaires, appelant l'État à les subventionner pour les maintenir¹. Dans le secteur privé, la loi du 18 juin 1850 autorise les

¹ Cf. site du Sénat : [Événements](#) > [Dossiers d'histoire](#) > Loi de 1853 sur les retraites des fonctionnaires

caisses nationales pour la retraite, sur la base du volontariat avec livrets individuels gérés par capitalisation, régime qui prévaudra pour les retraites jusqu'en 1945. La première de ces caisses est créée la même année par la Compagnie du chemin de fer de Paris à Rouen (*ibid*).

Les premiers engagements de l'État en matière de protection sociale pour ses agents portent sur les retraites avec la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, soit 3 ans après les caisses nationales. Cette loi fixe le droit à une pension à partir de 60 ans pour 30 ans de service. Le financement repose uniquement sur un prélèvement sur salaire de 5 %. Ce dispositif est relativement précurseur en ce qu'il impose un système obligatoire de protection sociale mais l'employeur n'abonde pas. Bien que fonctionnant par répartition, ce mode de financement est un salaire différé géré par l'administration. Ce système de prélèvement inspirera les modalités de contribution des employeurs aux caisses de secours mutuel (*ibid*). La volonté de cette loi sur les pensions civiles est à la fois compensatrice et régulatrice. Elle vise à « *répondre aux choquantes inégalités dans la situation des fonctionnaires* » pour reprendre les mots rapporteur du texte.

Par ailleurs, le sujet de la retraite des instituteurs et de la contribution de l'employeur fera encore débat plus d'un siècle plus tard, avec notamment la création en 1948 de la Mutuelle Retraite des Instituteurs face au refus du ministère des Finances de prendre en considération dans le calcul des pensions certaines activités annexes, en particulier le secrétariat de mairie régulièrement assuré par des instituteurs. Cette mutuelle a été fondée sur le principe de cotisations libres et s'est élargie à toute l'éducation nationale en 1968.

1.2. Un droit syndical reporté sur les sociétés de secours mutuel

La caractérisation du modèle mutualiste de la Fonction publique est également intimement liée à la liberté et à l'histoire syndicale.

La loi Le Chapelier interdisant toute forme de regroupement professionnel depuis 1791, les sociétés de secours mutuel ont longtemps constitué une alternative car elles partagent le socle d'une solidarité ouvrière. Leur fonction a donc longtemps été double en se situant sur le fil de la légalité par l'absence de véritable texte fondateur. Elles étaient assistancielles pour faire face aux besoins et risques nouveaux, et présyndicales en organisant les luttes revendicatives, à l'instar de la révolte des Canuts de Lyon de 1831 à 1834 (Dreyfus, 2008, 2015). La réforme de la mutualité impériale en 1852 va chercher à endiguer ce rôle présyndical en reconnaissant les sociétés de secours mutuel et par ce même fait les contraindre à leur rôle assistanciel. Pour renforcer cette entrave syndicale, les « mutuelles impériales » seront également limitées en nombre d'adhérents et confinées à des territoires.

La liberté syndicale est accordée aux salariés par la loi du 21 mars 1884. La dimension revendicative peut ainsi se détacher des sociétés de secours mutuel. Les fonctionnaires en sont cependant exclus, prolongeant l'incubation présyndical au sein des sociétés de secours mutuel. La loi de liberté d'association de 1901 va offrir une seconde opportunité de développement présyndical dans la Fonction publique, en particulier dans les Postes et dans l'Enseignement public. C'est à travers ce statut que se développent les amicales, notamment par un redimensionnement départemental d'amicales préexistantes, qui créeront dès 1901 la Fédération nationale des amicales d'instituteurs et d'institutrices, dont les membres regroupaient la majorité des personnels de l'enseignement primaire (Le Bars,

2016). Si des premiers syndicats naissent dans l'illégalité dès 1905, c'est de l'amicalisme que naîtra la représentativité des corps constitués enseignants² et en 1920 l'un des premiers syndicats tolérés de la Fonction publique : le Syndicat National des Instituteurs. C'est en son sein, qu'en juillet 1946, Marcel Rivière fera adopter l'initiative de la création d'une mutuelle nationale, donnant naissance quelque mois plus tard à la MGEN.

1.3. Le bénéfice de l'exclusion des assurances sociales

Les lois sur les assurances sociales des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 marquent un tournant dans la constitution en France d'un système de protection sociale générale et obligatoire. Après dix ans de débats, elles imposent un système d'assurance des risques maladie, maternité, invalidité et décès, financé par des cotisations salariales et patronales. La mise en place de ce système est une victoire en demi-teinte pour la Mutualité car elle n'obtient la gestion que de 20 % des assurés sociaux, mais ses valeurs sont institutionnalisées car le cadre juridique appliqué aux gestionnaires de ces assurances est celui de la charte de 1898 (Dreyfus, 2008). Ces assurances sociales sont cependant réservées aux salariés dans la limite d'un plafond de revenu, excluant notamment les cadres³ et les fonctionnaires.

Le « creux »⁴ laissé par l'exclusion des fonctionnaires a paradoxalement permis le développement des sociétés de secours mutuel du public, les appelant à se structurer et développer des solutions à travers une identité propre quand les sociétés de secours mutuel impliquées dans la gestion des assurances sociales en sont devenues de simples gestionnaires, rompant avec leur rôle d'innovation (Gibaud, 2008). Le taux de mutualisation dans l'Éducation nationale atteindra par exemple 70 % dès 1935 (Beudet et *al.*, 2018).

Un mouvement de rapprochement va également s'opérer, participant à une rapide progression des sociétés de secours mutuel de fonctionnaires dans les années 1930 (*ibid*). Entre 1930 et 1939, le mouvement mutualiste se développe en particulier dans l'éducation, avec la création en 1933 de la Fédération nationale des œuvres mutualistes de l'enseignement laïque qui en 1938 regroupera 73 groupements départementaux, et dans son sillage en 1934 la MAAIF⁵ est créée. L'Union nationale des sociétés de secours mutuel d'instituteurs et d'institutrices de France et des colonies, créée en 1901, ouvrira quant à elle un second sanatorium à Saint Jean d'Aulps en 1932. C'est alors à travers ces œuvres que l'État-employeur participe à l'accompagnement de ses salariés, sans qu'on puisse parler de contribution à la couverture des risques contrairement au patronat dont les salariés sont couverts par les assurances sociales.

1.4. 1943-1949 : l'évolution du modèle économique des mutuelles

Contrairement aux syndicats, la Mutualité souffre peu de la Seconde guerre mondiale, la Mutualité française signant la Charte du Travail. Avec la loi du 19 août 1943 relative à la politique sociale de l'État en faveur de son personnel, les sociétés de secours mutuel des fonctionnaires vont à leur tour être institutionnalisées, comme le reste du mouvement mutualiste l'a été par les assurances sociales. L'État va par cette loi encourager la création

² Les représentants élus des conseils départementaux de l'instruction primaire, né en 1854, se sont réunis en « Ententes », qui se sont elles-mêmes intégrées aux amicales (*ibid*).

³ Cette exclusion va parallèlement contribuer à l'essor des mutuelles d'entreprises (Dreyfus, 2008).

⁴ Terme employé par musée.mutualité.fr à l'occasion de son exposition de 2007.

⁵ Aujourd'hui MAIF.

de sociétés de secours mutuel dans les administrations, et pour la première fois contribuer à la couverture des risques des agents sous forme de subventions de fonctionnement corrélées au montant des cotisations.

Les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 portant création de la Sécurité sociale vont réformer les assurances sociales respectivement par la réorganisation de celles-ci et par l'évolution des prestations. Le périmètre s'élargit à tous les salariés, mais les fonctionnaires en restent exclus. Ce n'est qu'en 1946, par la loi du 22 mai, que la généralisation de la Sécurité sociale est adoptée. Ce droit sera inscrit dans le statut général de la Fonction publique adopté le 19 octobre.

C'est dans ce contexte d'exclusion et d'espoir de l'universalité de la protection sociale imaginée par le Conseil National de la Résistance en 1943 que la structuration du mouvement mutualiste des agents de l'État connaît un nouvel élan, d'une part par la création en avril 1945 de la Fédération nationale des mutuelles de fonctionnaires et agents de l'État (FNMFAE⁶, devenue Mutualité Fonction Publique- MFP), et d'autre part, par une unification des sociétés mutualistes affinitaires avec la création des mutuelles générales et nationales telles que la MGPTT en 1945 ou la MGEN en 1946. Ce double mouvement a vocation à donner suffisamment de poids à l'institution mutualiste de la Fonction publique pour négocier la place des fonctionnaires dans le régime de Sécurité sociale. Il s'agit d'un point de divergence important avec le reste de la Mutualité. Durant cette période la tension règne en effet entre la FNMF et les syndicats sur le rôle de la mutualité, avec une crainte de cette dernière d'être dépossédée de sa mission principale. Les fonctionnaires sont en revanche favorable au système obligatoire et leurs débats portent sur ses modalités (Gibaud, 2008). La FNMFAE n'adhérera à la FNMF qu'en 1948.

La loi Morice du 9 avril 1947 vient résoudre ces divergences et conclure les négociations relatives à la place des fonctionnaires puisqu'outre la complémentarité du régime obligatoire (géré ordinairement par la Sécurité sociale) et du régime complémentaire (géré par les mutuelles), cette loi délègue la gestion du régime obligatoire des agents de l'État aux mutuelles de fonctionnaires, créant un « régime spécial dans le régime général »⁷. Le 27 avril 1949, un arrêté vient également préciser les conditions de la participation de l'État à la couverture des risques sociaux de ses agents, réaffirmant la participation de l'État en tant qu'employeur à la couverture des risques à travers une subvention de fonctionnement. Cet arrêté sera abrogé et remplacé par l'arrêté Chazelle du 19 septembre 1962.

1.5. Paroxysme de l'esprit de corps

La constitution du modèle de protection sociale des fonctionnaires est ainsi le fruit d'une construction historique multidimensionnelle nécessitant pour les fonctionnaire de s'assurer à travers une solidarité entre pairs en l'absence d'engagement de l'État-employeur, dans une logique bien différente des salariés du secteur privé et de leurs propres mutuelles. Les formes de mise en œuvre de ces communautés sont complémentaires, se nourrissant d'un dénominateur commun antérieur au statut du fonctionnaire : la solidarité entre pairs. Les sociétés de secours mutuel ont occupé une place prépondérante dans la construction de ces identités car elles ont longtemps porté la complémentarité de l'action collective et volontaire, constituant un socle universel aux valeurs des communautés de fonctionnaires

⁶ À sa création, la FNMFAE compte 24 mutuelles couvrant 14 ministères et 400 000 adhérents.

⁷ Bulletin de la FNMFAE, octobre 1947 (cité par Beaudet *et al.*, 2018)

par l'imbrication de leurs différents modes d'expression. D'autres structures ont en effet contribué à forger ces identités, souvent à leur suite : amicales, syndicats, associations, banques, coopératives.

L'expression de la communauté a pu créer des comportements encore aujourd'hui visibles, à l'instar de l'adhésion couplée MGEN et MAIF longtemps systémique. C'est aussi cette dimension communautaire qui a conduit la MGEN à construire une tarification compensatrice pour les adhésions décorrélées de l'entrée en carrière. L'objectif était de garantir un même niveau de contribution sur une carrière complète, et ainsi assurer un même niveau de contribution de tous, dans une logique d'engagement long et réciproque envers la communauté éducative. À l'inverse et pour les mêmes raisons, une rupture avec la mutuelle pour démission valait radiation.

Au tournant des années 1970, cette dimension communautaire a connu un nouvel essor dans ce champ de l'Éducation, par le biais de ces corps constitués. Depuis le début des années 1960, l'environnement économique se complexifie, notamment en matière de protection sociale avec de nouvelles législations sur les retraites et un développement de la concurrence par une immixtion des assurances en prévoyance, laissant apparaître le manque de coordination des acteurs du monde éducatif. C'est dans ce contexte que naît le Comité de coordination des œuvres mutualistes et coopératives de l'éducation nationale (CCOMCEN), instrument de coordination des œuvres mutualistes et coopératives de l'Éducation nationale (Dreyfus, 2006). Par cette volonté de coordination des membres, couplé d'un objectif de non concurrence, une véritable bulle de services et d'accompagnement vient se construire autour des agents, entretenant et poussant à son paroxysme la relation de pair à pair.

Dès les années 1980, les premiers phénomènes de déconstruction de l'identité éducative sont cependant constatés. Michel Dreyfus (2006) y voit notamment l'impact des premiers déficits de l'État et de la Sécurité sociale qui dès 1975 pousseront l'État à amorcer le virage de la rigueur. L'Éducation nationale étant alors le plus gros pourvoyeur d'emplois publics, c'est vers elle que les attentions se tournent, entraînant son lot d'attaques, dévaluant les emplois et l'institution. Ce délitement de la communauté éducative coïncide avec la temporalité du décloisonnement de l'assurance maladie complémentaire.

2. Relecture du couplage des régimes obligatoire et complémentaire

Depuis 1947, les mutuelles de fonctionnaires présentent une double mission d'assurance maladie : obligatoire et complémentaire. Chacune de ces fonctions se caractérise par des mécanismes propres et *a priori* indépendants. Il faut en effet voir une complémentarité entre ces deux régimes par un couplage de leurs cotisations. Celles-ci sont socialisées au profit d'une communauté dont la mutuelle a contribué à l'institutionnalisation, et par extension, à son rapport conflictuel au marché.

2.1. La pluralité d'un modèle économique appelant à réinterroger son approche

Les dimensions historiques et communautaires des mutuelles de fonctionnaires leur ont conféré un modèle économique singulier parmi les OCAM, et même parmi les mutuelles.

À partir de 1949, l'État contribue triplement au financement de ces mutuelles (Boned *et al.*, 2018) : une remise de gestion relative à la gestion du régime obligatoire, une contribution à la protection sociale complémentaire et une subvention en espèce ou en nature inscrite

dans le cadre de l'action sociale des ministères. Les modalités varient cependant en fonction des ministères. Par exemple, au début des années 2000 la MGET valorisera l'accompagnement de l'État en termes d'action sociale à près de 16 millions d'euros comprenant la mise à disposition gratuite de près de 300 agents, quand l'Éducation nationale détache⁸ des agents, laissant le salaire à la charge de la mutuelle. Ce modèle tridimensionnel ne sera remis en cause qu'au début des années 2000 (*cf. infra*).

La mutuelle se finance cependant majoritairement par les contributions individuelles auparavant exclusivement volontaire et monolithique. L'évolution de la protection sociale des fonctionnaires après-guerre va cependant dissocier celles-ci avec d'un côté la cotisation mutualiste liée au régime complémentaire (RC⁹), libre et volontaire conférant le statut d'adhérent¹⁰, et de l'autre la cotisation sociale liée au régime obligatoire (RO) qui confère le statut d'assuré social. Si la première peut être abondée par l'employeur public, la seconde le doit. La littérature scientifique traite principalement de ces deux objets distinctement.

La coexistence au sein d'une même entité de deux régimes d'assurance maladie interroge pourtant la nature du lien entre l'individu et sa mutuelle, par leur dualité et leur complémentarité. D'un côté, ce lien est institutionnalisé par la participation financière de l'État et sa délégation de gestion du RO. Mais d'un autre côté, le caractère partiellement obligatoire de ce lien (le RO) porte en lui le risque d'aller à l'encontre des valeurs mutualistes de liberté et d'indépendance.

Cette double entrée nécessite donc de revisiter le cadre conceptuel classique de la contribution et de la place de l'adhérent dans ce type de mutuelle pour comprendre la nature de leurs liens.

2.2. Une socialisation des risques et enjeux santé au-delà de la cotisation

L'usage des cotisations, et plus précisément le rapport entre la dimension institutionnelle de la mutuelle délégataire du RO et l'orientation de l'affectation des cotisations RC, offre une clé de lecture de ce couplage. La prévention et l'action sociale est probablement le meilleur exemple de la convergence des missions mutualistes.

- Exemple des actions de prévention et d'action sociale

L'une des trois missions de l'action mutualiste telles que définies par l'ordonnance du 19 octobre 1945 est la « *prévention des risques sociaux et la réparation de leurs conséquences* ». Nous pouvons établir une distinction de ces risques et réparations (qualifiés « d'action sociale » aujourd'hui) en deux catégories que nous pourrions caractériser de générales et de sélectives, transposables ou non.

Cette prévention générale, c'est ce qu'on a longtemps appelé « l'éducation sanitaire », portant sur des questions d'hygiène et de santé publique. Elle concerne l'ensemble de la population sans distinction, et les mutuelles ne sont que vectrices d'un message en tant qu'assurance maladie obligatoire et complémentaire. L'action sociale quant à elle, intervient principalement en complément de prestations de missions classiques d'assurance maladie

⁸ Outre les bénévoles, la ressource militante de la MGEN se constitue principalement de détachés de l'Éducation nationale et de personnels mis à disposition.

⁹ « RO » et « RC » sont des abréviations communément utilisées dans les mutuelles de la Fonction publique.

¹⁰ Par souci de simplicité et de lisibilité, on parlera d'« adhérent » et non de « membre participant », en se centrant sur le fonctionnaire et non ses bénéficiaires

(obligatoire ou complémentaire), par exemple en matière de handicap ou d'aide aux aidants, conférant par ailleurs à cette action sociale un caractère expérimental ou innovant.

Les mesures que nous qualifions de sélectives, s'intéressent aux maux plus particuliers d'une catégorie de la population, dans une forme de sélection positive des risques. Elles résultent de choix stratégiques de la mutuelle, définies par des adhérents au travers d'une gouvernance démocratique. C'est la logique de satisfaction d'un besoin avant la rentabilité du risque. Plus la communauté est uniforme, plus l'investissement peut être spécifique, proposant une capacité d'innovation renforcée pour les mutuelles affinitaires.

Pour la MGEN, on peut citer son engagement contre la tuberculose, puis en santé mentale, ou plus récemment pour la prévention de la voix, des maux réputés liés à la profession d'enseignant. Rappelons qu'à l'origine de ces premiers combats, les établissements mutualistes qui les portaient étaient réservés aux adhérents. On peut également citer l'engagement en faveur de l'IVG, liée notamment au taux de femmes adhérentes, lui-même liée au taux de féminisation des professions de l'éducation. Toutes les avancées obtenues n'ont pourtant pas profité aux seuls adhérents de la MGEN, mais bien plus largement à toute la population.

Cette transposabilité nourrie d'une indifférenciation des engagements RO et RC porte une capacité d'innovation des mutuelles, les cotisations permettant indistinctement de contribuer au progrès général. Si les établissements sont aujourd'hui parties intégrantes de la cartographie sanitaire, n'oublions pas que leurs orientations stratégiques restent fixées par des assemblées générales souvent communes aux entités mutualistes de livre 2 et de livre 3 sous l'égide des « groupes ».

- ***L'imbrication des canaux de prévention et d'action sociale***

Les dispositions de mise en œuvre de ces actions peuvent également participer au regard sur le couplage RO/RC, portant l'adhésion à un acte de socialisation des risques à l'échelle de la communauté. En effet, si certaines actions sont menées en propre par la mutuelle, d'autres s'organisent avec l'employeur.

La MGEN s'est ainsi très tôt employée aux côtés de son ministère de rattachement principal. En 1963, une « commission des œuvres sociale en faveur des fonctionnaires et agents du ministère de l'Éducation nationale » est constituée. Celle-ci se compose au tiers de membres de la Fédération de l'Éducation Nationale¹¹, un autre tiers de la MGEN puis de représentants de l'administration. C'est au travers de cette commission que naissent un certain nombre d'initiatives avec un pilotage et un financement partagé. On peut citer la gestion de colonies de vacances, ou l'instauration en 1973 de prêts sociaux, dont les sommes prêtées émanent du ministère mais dont la gestion est assurée par la MGEN. Cette porosité était répandue dans la Fonction publique, la Société Mutualiste du personnel du ministère des Travaux Publics et des transports (devenue Mutuelle Générale Environnement et Territoire) tirant une fierté de son intégration à l'organigramme du ministère¹².

Aujourd'hui, les actions dites « concertées » de la MGEN avec le ministère en charge de l'Éducation nationale sont en application d'un accord cadre bilatéral amorcé en 2003. Le réseau PAS pour la prévention des risques psychosociaux, les centres nationaux de réadaptation pour l'accompagnement vers le retour à l'emploi, ou plus récemment un dispositif de santé au travail sont ainsi pilotés et portés conjointement par la mutuelle et

¹¹ Principale fédération syndicale enseignante dissoute en 2000

¹² Source : publication interne MGET : « 2016-1946. Les années MGET » (décembre 2015).

l'employeur public, dans un modèle économique d'hybridation privé-public. Ces dispositifs, ouvert à tous les agents du ministère, y compris non assurés sociaux MGEN, est pourtant financé pour sa partie mutualiste sur une ligne budgétaire émanant des cotisations.

Les cotisations mutualistes ne sont donc pas investies au seul profit des adhérents ou assurés sociaux, mais au bénéfice de la communauté représentée. Cette information est cependant à mettre au regard de la législation des contrats collectifs dont 2 % des cotisations doivent être orientés vers l'action sociale. Dans le cadre de la MGEN et du référencement exempt de cet obligation, seuls 38 millions d'euros sont engagée sur l'action sociale en 2020, soit 1,8 % des cotisations RC.

Il serait possible de prêter un caractère économique ou commercial à ces actions avec le regard actuel de la concurrence, mais ce trait est à relativiser. La non-sélection du risque par les mutuelles en refusant par exemple de rémunérer les modes de vie (cigarettes, sport, antécédents, ...) ne permet pas de placer la prévention comme réel vecteur d'économie. La dimension historique de ces actions couplée aux précautions d'un partenariat public-privé nous invite quant à elle à privilégier la piste d'une contribution aux missions de l'employeur dans un rapport négocié.

3. Évolution du pouvoir de négociation de l'assuré social

L'accélération de la libéralisation de l'assurance maladie complémentaire et ses mécanismes ont provoqué un morcellement successif de la rationalité collective par le renforcement de la mobilisation individuelle. Cette évolution est visible par une restructuration des offres qu'il conviendrait donc plutôt de qualifier de déstructuration au regard des valeurs mutualistes, car elles visent à répondre davantage aux attentes (économiques) qu'aux besoins de l'adhérent.

3.1 Individualisation et renforcement du pouvoir de négociation : le cas de la MGEN

Nous prendrons pour exemple l'évolution comportementale théorique d'un enseignant vis-à-vis de la MGEN dans la gestion du risque santé.

À la création de la mutuelle, le pouvoir de négociation de l'adhérent se restreignait à la partie complémentaire dans une logique binaire (oui/non), les cotisations sociales étant obligatoires. Seule la liberté d'adhésion lui appartenait, la couverture étant définie par une offre globale et unique dont le niveau de prestation était déterminé par l'assemblée générale. Le pouvoir de l'adhérent était ainsi celui de l'exercice démocratique, conférant au collectif le choix unilatéral des orientations.

Le tournant des années 1980 va cependant faire évoluer ce rapport à la communauté avec une mise en exergue de la dissociation RO/RC. Pierre Chevalier, alors président de la MGEN, constatait en 1984 cette évolution du comportement de la population cible et mettait en cause la volonté d'une « satisfaction égoïste ». Cette évolution est une mise en évidence d'une inconsistance et d'une inconscience des adhérents de leur acte d'adhésion. Cette dimension communautaire au profit d'une logique comptable a notamment pu être induit par la baisse du pouvoir d'achat des enseignants amorcée sur cette même période (Bouzidi *et al*, 2007).

La réforme du code de la mutualité de 1985 et la loi Évin ont nourri ce phénomène en offrant le choix à l'assuré social de souscrire un contrat auprès d'une société d'assurance ou d'une institution de prévoyance. D'une binarité du choix de la complémentaire santé s'est

développé la question « *si oui, quel OCAM ?* », renforçant le pouvoir de négociation de l'assuré. Le statut institutionnel de la MGEN, tant historique qu'économique, l'a dans un premier temps préservée, mais au début des années 2000 une diminution de son taux de captation des nouveaux entrants est apparu sous la pression d'une concurrence naissante (Siney-Lange, 2015). Combiné à une évolution de la gouvernance de la mutuelle avec la professionnalisation des fonctions de direction, la MGEN va mener une introspection et s'intéresser à de nouvelles marges de croissance avec de nouveaux publics, d'abord fonctionnaires d'État, puis tous publics jusqu'à l'ouverture de filiales tournées vers l'international en 2009.

En 2015, la MGEN va franchir un cap en mettant fin à son offre historique pour migrer vers une gamme composée de quatre offres : une socle, deux intermédiaires aux niveaux de couverture similaires, et une quatrième proposant un niveau renforcé de garanties. Quatre offres pour trois niveaux de prix, trois niveaux de contribution à la solidarité. Ainsi, si l'assurée fait le choix de prendre une complémentaire, qu'il choisit la MGEN par choix ou par convention, un nouveau niveau d'interrogation s'impose à lui : « *quelle offre ?* ». Cette évolution majeure justifiée par le contexte d'évolution du marché et du comportement des individus, relève d'un nouveau renforcement du pouvoir de négociation de l'adhérent qui à titre individuel et non plus collectif estime de son niveau de couverture et de solidarité. Son pouvoir de négociation n'est plus uniquement lié à sa capacité démocratique, mais à sa rationalité économique. Celle-ci étant par ailleurs biaisée par le choix de la MGEN de maintenir un couplage Santé et Prévoyance, alors que le marché a dissocié ces risques, atomisant la notion de protection sociale.

L'ouverture dans la formation du choix de l'assuré social opère ainsi progressivement le glissement d'une rationalité auparavant collective d'une solidarité professionnelle à une rationalité individuelle caractérisée par la prépondérance d'une recherche de rétribution. L'ouverture de la concurrence ouvre en cela à une profonde altération du couplage RO/RC et donc de l'identité commune historiquement portée par la mutuelle. Une détérioration renforcée par l'évolution du cadre de participation de l'employeur.

3.2. Nouveau cadre de participation de l'employeur public

Jusqu'en 2006, le cadre de participation de l'employeur public à la protection sociale complémentaire des agents était fixé par l'arrêté Chazelle du 19 septembre 1962. Celui-ci prévoyait la possibilité pour l'État de verser des subventions de fonctionnement « *aux sociétés mutualistes constituées entre les fonctionnaires, agents et employés de l'État et des établissements publics nationaux* », dans la limite de 25 % des cotisations individuelles, en sus du financement d'œuvres sociales.

L'abrogation de cet arrêté par décret du 13 juin 2006 est un schisme à la hauteur de l'ANI pour le secteur privé. Celui-ci a une double origine. D'une part, en juillet 2005, l'Union européenne demande à la France de prendre des dispositions relatives à cet arrêté qui par la logique de subventionnement, va à l'encontre de la concurrence libre et non faussée. D'autre part, par suite d'un recours de la Mutuelle générale des services publics déposé en 2003 au nom de l'égalité devant le Service public, le Conseil d'État par arrêté du 26 décembre 2005 demande au gouvernement l'abrogation de l'arrêté Chazelle.

La loi du 2 février 2007 sur la modernisation de la Fonction publique répond au vide laissée par cette abrogation en modifiant l'article 22 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 instaurant la formulation suivante : « *les personnes publiques peuvent contribuer au financement des*

garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent ».

Dans la Fonction publique d'État, c'est le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 qui vient en définir les modalités donnant naissance à la procédure de référencement. Son principe est un appel d'offre basé sur un cahier des charges auquel tout OCAM peut répondre. Le ou les ministères portant l'appel sélectionne un ou plusieurs opérateurs et peut leur verser une participation globale fixée unilatéralement, mais répartie de manière corrélée au nombre de personnes couvertes par les offres référencées s'il y a plusieurs opérateurs.

Dans la Fonction publique territoriale, le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 vient instaurer deux mécanismes : la convention de participation et la labélisation. Dans le premier cas, l'employeur public lance un appel d'offre et sélectionne un opérateur dans une logique proche du contrat collectif. Dans le second, l'agent est libre de choisir parmi une liste d'offres labélisées par un prestataire sous contrôle de l'ACPR.

Dans la Fonction publique hospitalière, l'employeur ne peut pas contribuer directement à la protection sociale faute de décret. Un accompagnement existe néanmoins à travers la gratuité de soins ou par l'intermédiaire du Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers (CGOS) en termes de prévoyance et d'œuvres sociales.

Ces dispositifs sont remis en cause par la MFP et ses mutuelles adhérentes, en particulier le référencement. Bien accueillis au départ car ils réorientaient les financements non plus sur le fonctionnement mais sur la couverture du risque, c'est leur mise en œuvre qui suscite les tensions, en particulier au regard de l'égalité de traitement et du niveau de participation. Un rapport de Bernard Brunhes Consultants remis en 2006 au gouvernement établit la participation effective de l'État avant l'abrogation de l'arrêté Chazelle à 5 % des cotisations (en nature et en espèce), contre les 25 % alors autorisés. En 2019, l'État contribue à hauteur de 12 euros par an par agent (chiffre en baisse depuis 2005) avec de fortes disparités : aucune participation pour les agents du ministère de l'Intérieur, 3 euros dans l'Éducation nationale, 121 euros aux Affaires étrangères et européennes¹³. Au sein de la Fonction publique territoriale, la participation s'élève en revanche à 17,10 euros par mois par agent, avec là encore de profondes disparités.

3.3. Paradoxe d'une discontinuité libérale

Le cadre actuellement en vigueur fait appels aux lois du marché, rompant avec ses acteurs historiques et participant à un renforcement de la dimension individuelle dans le choix de la complémentaire santé au détriment de la dimension collective de la détermination des offres. Pourtant ce cadre tend à réduire le pouvoir de négociation individuel en éloignant l'assuré social de la détermination des critères de couverture.

En effet, là où l'assuré était totalement libre dans le choix de sa complémentaire, et bien que toujours libre d'adhérer, il est aujourd'hui incité à choisir parmi les opérateurs référencés par effet de communication ou par l'attrait de la contribution financière de l'employeur, bien que dans le cadre du référencement celle-ci ne soit pas préalablement déterminée et fluctuante. Mais alors que dans le cadre de sa mutuelle, l'adhérent définit

¹³ Source : Réunion DGAFP/OS/Missions inter-inspections PSC, juillet 2019, cité par MFP.

individuellement ou collectivement le niveau de solidarité et de couverture, le protocole de référencement fait intervenir de nouveaux acteurs dans la détermination de ces taux. D'une part, les ministères ont recours à des cabinets externes apportant un lot de questions sur l'objectivité et le degré de maîtrise de ceux-ci dont l'immixtion de méthodologies du privé et la méconnaissance des particularités du statut des acteurs concernés. D'autre part, la délibération unilatérale de l'employeur fait l'objet de concertations avec les organisations syndicales et non plus avec les mutuelles par souci de concurrence non faussée. Si la communauté peut être considérée comme associée, c'est par une redistribution des rôles au profit du syndicat, reléguant les mutuelles historiques à de simples opérateurs. Si des dispositifs permettent de maintenir le dialogue, à l'instar du Carrefour Santé Social dans l'Éducation nationale avec la MGEN, des tensions pourraient surgir, à l'instar de celles des années 1945 entre syndicats et FNMF.

Enfin, l'introduction d'un cahier des charges impose une adaptation des offres contraire aux principes démocratiques mutualistes. Les mutuelles sont ainsi confrontées à un choix. Elles peuvent faire évoluer leurs offres afin de la faire correspondre aux critères du cahier des charges, au risque de dénaturer leur identité et valeurs propres. Ce n'est alors plus un choix collectif et démocratique mais un choix dicté par une régulation de l'employeur. Elles peuvent également construire de toute pièce une nouvelle offre avec le même risque de rupture, mais ajoutant à la complexité d'un système. Lors de la première vague de référencement en 2007, la MGEN consultée lors de la constitution du cahier des charges s'est vu référencer son offre globale dans le champ de l'Éducation nationale, alors que le multi-référencement de 2018 l'a conduit à créer une nouvelle dédiée pour ne pas abandonner certaines prestations, dont la dépendance. Dans de tels cas, il n'est pas rare que ces offres référencées ne soient que des produits d'appel.

Il apparaît ainsi paradoxal que la mise en place du nouveau cadre de participation de l'employeur vise à soutenir un mécanisme d'accroissement de la libéralisation provoquant l'individualisation de la détermination du niveau de contribution solidaire, alors que ce même mécanisme déresponsabilise le fonctionnaire dans la constitution d'une offre définissant un niveau de contributivité, tant à titre individuel que collectif.

Conclusion

L'histoire de la protection sociale des fonctionnaires est le fruit d'un long processus historique et d'un statut qui conjointement ont contribué à l'émergence d'une communauté de valeurs. Les mutuelles ont permis l'organisation de la solidarité dans un modèle atypique construit autour d'un couplage de cotisations obligatoires et volontaires, en l'absence relative de l'employeur, raffermissant les liens. Cependant, l'accélération de la libéralisation de l'assurance maladie complémentaire visant à rompre les monopoles des mutuelles de fonctionnaires dans leurs giron est venu diviser ces communautés par une individualisation des comportements, mettant à mal la rationalité collective structurante associée. D'un consentement à un niveau de solidarité se substitue un réel pouvoir de négociation. La construction d'un modèle autour de valeurs non monétaires attribuées aux cotisations semble ainsi s'estomper au profit de la seule notion de produit d'assurance, ce qui s'avère révéler un paradoxe dans la trajectoire du marché au regard de la place de l'assuré social dans la détermination de son niveau de couverture du risque santé.

À la lumière de cette analyse, il semble opportun de s'interroger sur deux éléments. Tout d'abord, sur la pertinence de la convergence des mécanismes de protection sociale des fonctionnaires sur ceux des salariés du secteur privé, à l'instar de l'ANI et au regard des particularités du modèle socio-économique des mutuelles du secteur public. Ensuite, sur les objectifs du référencement, à savoir s'il constitue un acte en faveur de la protection sociale des fonctionnaires ou un acte de régulation du marché de l'assurance santé complémentaire dans une logique d'atomisation.

Bibliographie

- Abecassis P., Coutinet N., Domin J-P. (2014). Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie. *RECMA*, 331(1), 60-75.
- Beudet T., Pierron L. (2018) La mutualité. Paris : Presses universitaires de France
- Boned O., Guerry R, Pierron L. (2018). Les mutuelles de santé face à la réglementation européenne : une banalisation de l'identité mutualiste ? *RECMA*, 349(3), 42-55.
- Bouzidi B., Jaaidane T., Gary-Bobo R., 2007, Les traitements des enseignants français 1960-2004 : la voie de la démoralisation ? *Revue d'Economie Politique*, 117 (3), pp.323-363
- Dorion G., Guionnet A., 1996, La sécurité sociale. Paris : FeniXX.
- Domin J.P., 2020, Le rôle de la loi du 31 décembre 1989 dans la construction du marché de l'assurance maladie complémentaire. *RECMA*,357(2),52-65.
- Dreyfus M., 2006, Une histoire d'être ensemble. La MGEN 1946-2006. Paris : Editions Jacob-Duvernet.
- Dreyfus M., 2008, Les grands jalons de l'histoire mutualiste. *Vie sociale*, 4(4), 11-26.
- Dreyfus M., 2011, L'histoire de la Mutualité : quatre grands défis. *Les Tribunes de la santé*, 31(2), 49-54.
- Dreyfus M., 2015, La protection sociale libre et volontaire, notamment mutualiste, jusqu'aux années 1930. *Vie sociale*, 10(2), 17-30.
- Gibaud B., 2008, « Mutualité/sécurité sociale (1945-1950) : la convergence conflictuelle », *Vie Sociale*, n°4, pp 39 -52.
- Le Bars L., 2016, La progressive mise en place de la « collaboration » entre l'administration et les organisations corporatives des instituteurs avant la Seconde Guerre mondiale. *Histoire de l'éducation*, 146(2), 9-28.
- Richez-Battesti N., 1992, La protection sociale en danger, Paris : Hatier.
- Siney Lange C., 2015, A l'initiative sociale, les grands combats de la MGEN. Paris : Presses du Châtelet
- Tauran T., 2015, *La Sécurité sociale. Son histoire à travers les textes*. Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, VII : *Les régimes spéciaux de Sécurité sociale*.