

Les valeurs de l'économie sociale sont-elles solubles dans le marché ? Une analyse des services à la personne à partir de l'heuristique de l'assurance maladie complémentaire

Jean-Paul DOMIN, Regards (EA 6292), Université de Reims Champagne-Ardenne
Florence GALLOIS, Regards (EA 6292), Université de Reims Champagne-Ardenne

Résumé : Ce travail s'intéresse à l'évolution de l'activité des mutuelles. Il a pour objectif de montrer qu'en investissant de nouveaux gisements de rentabilités comme les services à la personnes, les mutuelles vont au-delà du secteur de l'assurance maladie complémentaire et remettent en question certaines des règles éthiques des l'Économie sociale et solidaire (fonctionnement démocratique, refus du lucre, ...). En passant outre ces valeurs, que les organismes dits de l'économie sociale et solidaire se sont données et ont promu à l'origine, les mutuelles vont à l'encontre des fondements de leur identité.

Abstract : This paper concerns the evolution of mutual insurance companies'activities. It aims to show that by investing in new profit-making opportunities such as services to individuals, mutual insurance companies go beyond the remit of supplementary health insurance, thus questioning some of the ethical - democratic, non-profit - principles of the third sector (social economy). In bypassing these values, which third sector organizations had originally embodied, mutual insurance companies go against the very foundations of their identity.

Introduction

L'économie sociale s'attache, notamment depuis la Charte de l'économie sociale publiée dans le décret du 15 décembre 1981 à un certain nombre de valeurs, constitutives d'une identité affichée, résumées dans l'article premier du décret cité : « *Les entreprises de l'économie sociale fonctionnent de manière démocratique, elles sont constituées de sociétaires solidaires et égaux en devoirs et en droits* ». Contrairement à d'autres structures, les entreprises de l'économie sociale « *se situent dans le cadre d'un régime particulier d'appropriation, de distribution ou de répartition des gains. Les excédents d'exercice ne peuvent être utilisés que pour leur croissance et pour rendre un meilleur service aux sociétaires qui en assurent seuls le contrôle* » (article 5).

Les entreprises de l'économie sociale s'inscrivent dans un ensemble de pratiques à la frontière du marché, de l'État et de la résistance politique [Prades (2001)]. L'hybridation des ressources constitue une caractéristique identitaire des organismes de l'économie sociale. Il s'agit d'ailleurs d'une caractéristique intrinsèque du « tiers secteur fondé sur

la solidarité » que d'hybrider des ressources, y compris des règles institutionnelles et des marchés [Laville, Nyssens (2000), p.68]. Cette hybridation autorise un positionnement sur le marché, et le développement d'activité marchande. Ainsi, en France, et malgré de fortes disparités selon le secteur d'activité, en 2011, les ressources des associations proviennent pour un peu plus de 10 % de cotisations là où les recettes d'activité représentent plus de 60 % [Tchernonog (2013)]. Néanmoins ces dernières bénéficient également de subventions publiques à hauteur de près de 25 % de leurs ressources. Les associations apparaissent ainsi situées à la fois dans le champ du marché et dans celui de l'action de l'État.

Les mutuelles constituent également un acteur à part entière de l'économie sociale en assurant une forme primaire d'entraide. Interdites par la loi Le Chapelier du 14 juin 1791, elles sont pourtant plus ou moins tolérées dans la première moitié du XIX^e siècle. Mais, le décret du 28 mars 1852 soumet les sociétés de secours mutuels à un régime d'autorisation en distinguant trois catégories (autorisées, approuvées et libres). Malgré la surveillance, elles se développent progressivement. Le vote de la Charte de la Mutualité le 1^{er} avril 1898 inaugure une nouvelle période en les autorisant à intervenir en matière de santé, de maternité et plus largement en matière sociale. La Charte apporte aux Mutuelles leur premier statut.

À la fin de la Seconde guerre mondiale, la création de la Sécurité sociale va modifier la donne et contraindre la Mutualité à faire évoluer ses pratiques. L'ordonnance du 19 octobre 1945 va servir de fondements au code de la Mutualité. Les mutuelles dites 45 ne sont pas libre de s'organiser librement. À partir des années 1980, le désengagement de la Sécurité sociale va peser sur les ménages et leur couverture complémentaire. Dans un premier temps, les mutuelles refusent de prendre en charge le transfert, mais la pression concurrentielle les incite à couvrir ce qui était auparavant du ressort de l'assurance maladie obligatoire. La loi de 1985 modifie le Code de la mutualité et affirme l'identité propre de la Mutualité notamment, en réglementant l'utilisation abusive du terme "mutuelle" par des sociétés d'assurance.

Quelques années plus tard, la loi dite Évin du 31 décembre 1989 accentue les divergences en mettant en concurrence les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Celle-ci modifie en profondeur l'équilibre du secteur en favorisant l'intervention des compagnies d'assurance et en autorisant les institutions de prévoyance à proposer des assurances complémentaires individuelles. Le marché va se développer et la proportion d'individus disposant d'une couverture complémentaire est passée de 31 % en 1960 à 96 % aujourd'hui. Le marché est aujourd'hui quasiment saturé et la rentabilité est en baisse. Les mutuelles investissent donc de nouveaux gisements de profit comme le secteur des services à personne afin de dépasser les limites du marché de l'assurance maladie complémentaire.

Ce travail vise à montrer qu'en investissant de nouveaux gisements de rentabilités comme les services à la personnes, les mutuelles vont au-delà du secteur de l'assurance santé et remettent en question certaines des règles éthiques. En passant outre ces valeurs, que les organismes dits de l'économie sociale et solidaire se sont données et ont promues à l'origine, les mutuelles vont à l'encontre des fondements de leur identité.

Nous organiserons notre propos en deux temps. Nous montrerons dans un premier temps qu'en raison de la saturation progressive du marché de l'assurance maladie complémentaire, les mutuelles tendent à se comporter comme des compagnies d'assurance (1). L'engagement progressif dans le secteur des services à la personne marque une étape supplémentaire dans le détricotage de la solidarité (2).

1. L'assurance maladie complémentaire : un marché concurrentiel et saturé

Depuis le début des années 1980, le désengagement progressif de la Sécurité sociale a favorisé le développement d'un marché de l'assurance maladie complémentaire où trois types de structures, régies par des droits différents, interviennent (1.1). Depuis le début des années 2000, la concurrence s'intensifie et le marché se concentre (1.2). Dans un marché saturé, les mutuelles se comportent comme des compagnies d'assurance classiques (1.3).

1.1. La complexité d'un marché à trois

Le marché de l'assurance maladie complémentaire (AMC) est depuis la loi dite Évin du 31 décembre 1989 partagé autour de trois types d'organismes : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

La tradition mutualiste est assez ancienne et remonte au Moyen Age et c'est au XVIII^e siècle que se structurent les premières sociétés de secours mutuels. La loi du 1^{er} avril 1898 dite Charte de la Mutualité précise que le rôle des sociétés de secours mutuel est de favoriser l'accès de tous aux soins. Mais elle définit également les valeurs fondatrices de la Mutualité que sont la liberté, la solidarité, la démocratie. La Charte inaugure ainsi une nouvelle voie entre l'État et le marché [Dreyfus (1990)].

Les mutuelles relèvent du code de la Mutualité et sont définies par l'article L. 111-1 dudit code comme des « *personnes morales de droit privé à but non lucratif (...). Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide (...), afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membre et à l'amélioration de leurs conditions de vie* ». Si le code de la Mutualité fait des mutuelles un partenaire de la Sécurité sociale, la loi du 31 décembre 1989 les met en concurrence avec les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance [Toucas-Truyen (1998)].

Les mutuelles couvrent 55,9 % des personnes disposant d'une couverture complémentaire. Elles sont assez présentes sur le marché de la couverture individuelle (69,8 % des personnes couvertes) et moins sur le marché du collectif (38,5 % des personnes couvertes). Les mutuelles couvrent une population relativement âgée : 29 % de leurs bénéficiaires ont plus de soixante ans [Garnero (2012)]. Les mutuelles dominent aujourd'hui le marché de la complémentaire santé avec 56 % de parts de marché. Mais, elles perdent chaque année du terrain : elles ont perdu 4 points de parts de marché entre 2001 et 2011 [Jacod, Zaidman (2012)].

Les institutions de prévoyance sont régies par le code de la Sécurité sociale. Elles sont définies selon l'article L. 931-1 dudit code comme « *des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants* ». Elles se différencient des mutuelles et des sociétés d'assurance par leur gestion paritaire. Elles sont en effet créées par des partenaires sociaux. Au sein de leurs conseils d'administration, les représentants des salariés et des employeurs sont réunis dans deux collèges distinctifs. Leurs règles de fonctionnement ont été précisées dans la loi du 8 août 1994, elles sont souvent l'émanation d'institutions de retraites complémentaire.

Les institutions de prévoyance couvrent 20,5 % des personnes disposant d'une assurance maladie complémentaire. Elles sont minoritaires sur le marché de l'individuel (3,9 % des personnes couvertes) et majoritaire sur le marché du contrat collectif (41,4 %). La population couverte est d'âge actif (pour les contrats collectifs) et des personnes retraitées (pour les contrats individuels). Cette différence résulte de la loi du 31 décembre 1989 qui oblige en effet les institutions de prévoyance à conserver les retraités qui le souhaitent. 14 % de leurs effectifs ont plus de soixante ans. Les institutions de prévoyance représentent, en 2011, 16,8 % du marché de l'assurance maladie complémentaire contre 21 % en 2001.

Les sociétés d'assurance constituent le troisième intervenant sur le marché. Elles sont régies par le code des Assurances, mais sont assez disparates dans la mesure où cohabitent des structures assez différentes les unes des autres. Il y a d'abord des sociétés d'assurance classiques qui sont intéressées par ce marché en pleine croissance. Il y a ensuite des bancassureurs qui concurrencent fortement les sociétés d'assurance. Il y a enfin des sociétés d'assurance mutuelle (SAM). Ce sont des groupements de personnes sans capital social, il n'y a donc ni actions, ni actionnaires. Les SAM sont la propriété collective des sociétaires qui sont soumis au principe un homme, une voix. Les SAM se divisent en SAM sans intermédiaires (MSI), comme la MACIF, la MAIF, la MAAF et en sociétés d'assurances mutuelles avec intermédiaires, comme les MMA [Dumas (2012)].

Les sociétés d'assurance couvrent 23,6 % des personnes couvertes (26,3 pour l'individuel et 20,2 pour le collectif). Elles sont en deuxième position sur le marché de l'individuel et en troisième position sur le marché du collectif. Leurs bénéficiaires sont assez jeunes : 20 % d'entre eux ont plus de soixante ans. En dix ans, les sociétés d'assurance ont vu leurs parts de marché passer de 18,7 à 27 %. Mais, l'assurance santé ne représente qu'une faible part de l'activité des sociétés d'assurance présentes sur le marché de l'assurance maladie complémentaire (14 % pour les sociétés d'assurance non-vie et 6 % pour les sociétés d'assurance mixte).

1.2. Un marché en profonde transformation

Le marché de l'assurance maladie complémentaire connaît depuis le début des années 2000 de profondes transformations. Il y a en premier lieu une tendance à la concentration. Ensuite, les structures existantes se regroupent progressivement.

Le marché connaît depuis le début des années 2000 un important mouvement de concentration [Abecassis, Coutinet, Domin (2014)]. En 2001, le fonds CMU dénombrait 1702 unités sur ce marché, soit 117 sociétés d'assurance, 57 institutions de prévoyance et 1528 mutuelles 45. Onze ans plus tard, il ne reste plus que 637 unités, soit une diminution de 63 %, dont 96 sociétés d'assurance (- 18 %), 29 institutions de prévoyance (- 49 %) et 512 mutuelles (- 66 %). Cette évolution ne va pas sans rappeler celle des banques mutualistes et coopératives dans les années 1980 et 1990. À l'époque, le CIC est ainsi racheté par le Crédit mutuel [Surzur (2002)]. Ce mouvement répond à une évolution réglementaire importante. Les accords de Bâle II introduisent des règles prudentielles strictes resserrant les critères de solvabilité des banques.

Les mutuelles connaissent un mouvement semblable. Depuis la refonte du code de la Mutualité en 2001, les mutuelles sont immergées dans un marché fortement concurrentiel. Les règles européennes de ce secteur deviennent de plus en plus contraignantes. Depuis 1973 (directive européenne dite *Solvency I*), des règles prudentielles contraignantes s'imposent à l'ensemble des acteurs du champ. Depuis

2009, la directive dite *Solvency II* renforce les contraintes. Elle met en œuvre trois piliers : des exigences quantitatives de marge de solvabilité, des normes qualitative de surveillance des risques permettant à l'assureur de prouver qu'il connaît l'ensemble des risques, des exigences en matière de *reporting* et de transparence.

Ces règles ont contraint les acteurs du marché de l'assurance maladie complémentaire à se regrouper [Abecassis, Coutinet, Domin (2014)]. Deux grandes familles de rapprochement existent. Les premiers dits rapprochements faibles reposent sur des partenariats et des unions techniques. Les partenariats portent sur la mise en commun de matériels, des ventes croisée ou de la standardisation de contrats afin de pénétrer de nouveaux marchés. Par exemple la MACIF (SAM) s'est rapprochée du groupe AG2R-La Mondiale (IP) afin de pénétrer le marché des contrats collectifs. Plusieurs types d'unions techniques coexistent selon le statut des entités : des unions de mutuelles 45, des groupements d'intérêts économiques et des unions de groupes mutualistes. Les rapprochements forts reposent quant-à-eux sur des techniques d'intégrations financières. Les Sociétés de groupe d'assurance mutuelles (SGAM) permettent de rapprocher des mutuelles 45, des SAM, des IP et des sociétés d'assurance. Covéa en est un exemple significatif. Cette SGAM regroupe entre autres la GMF, les MMA et la MAAF. Les Unions mutualistes de groupe (UMG) permet de regrouper des mutuelles 45. Istya en constitue un exemple intéressant. Cette structure rassemblant, entre autres, la MGEN, la Mutuelle des affaires étrangères et européennes (MAEE) réalise un chiffre d'affaires de 2,6 millions en santé.

1.3. Un marché trop étroit pour une activité saturée

Le marché de l'assurance maladie est en complète restructuration depuis le début des années 2000. La loi du 13 août 2004 fait des organismes complémentaires d'assurance maladie des acteurs à part entière du système de soins en leur donnant un organe de représentation, l'Union des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), alors qu'ils ne jouaient auparavant qu'un second rôle, sans coordination avec la Sécurité sociale.

Sur un marché très concurrentiel, les différentes clientèles sont de moins en moins captives. La durée moyenne de détention d'un contrat en constitue un bon indicateur : elle est de sept ans pour un contrat collectif et de six ans pour un contrat individuel. Le taux d'attrition (*ie* le pourcentage de clients perdus) en 2010 est de 17 %. En d'autres termes, plus de 4,8 millions de personnes ont effectivement changé de contrat. Si on tient compte des changements imposés aux salariés, ce sont 2,9 millions de personnes qui ont effectivement résilié leur contrat soit en raison de l'insuffisance de la couverture, soit à cause du taux de cotisation trop élevé. L'augmentation des taux d'attrition est, en grande partie, due au prix de la complémentaire. Ainsi, 35 % des français déclarent qu'une augmentation des cotisations pourrait les inciter à changer d'organisme complémentaire. Le taux passe à 42 % pour les ménages les plus modestes et à 45 % pour les 18-24 ans [Crié (2011)]. Le taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire santé est de 4,5 % en moyenne. Il augmente quand le revenu des ménages diminue : il est de 3 % pour les ménages les plus riches et 10,3 % pour les plus pauvres [Kambia-Chopin, Perronnin, Rochereau (2008)].

Dans un marché saturé, l'offre se différencie soit par le prix, soit par la qualité du service. Depuis une dizaine d'années, certains opérateurs, notamment sur le marché de la complémentaire individuelle, proposent des contrats *low cost* à des patients préférant regagner du pouvoir d'achat. Ces offres particulières ne sont pas spécialement destinées

aux ménages modestes, elles ciblent plutôt des jeunes en bonne santé sur un marché moins saturé que les autres où les consommateurs sont peu captifs. Cette offre d'entrée de gamme est notamment portée par la concurrence entre assureur et bancassureurs. Sa croissance repose également sur le développement des ventes électroniques. À l'opposé, il peut être plus rentable pour un opérateur, sur un marché saturé où les nouveaux clients sont rares de développer une offre différenciée autour de prestations qui ne touchent pas uniquement la santé, mais un ensemble de service à la personne (garde d'enfants à domicile, aide ménagère) voire des services financiers divers.

Dans la première configuration, le développement de services *low cost*, si elle peut favoriser l'accès à une complémentaire santé auprès de certains publics constitue une forme de segmentation des bénéficiaires de couverture. De la même manière, la seconde configuration de réorientation stratégique avec le développement de services de touchant pas directement à la santé opère également un ciblage de clientèle en fonction de ses caractéristiques socio-économiques. En ce sens, ces deux formes de stratégies rompent avec la logique de solidarité entre les sociétaires puisque tous ne bénéficient de fait pas des mêmes conditions de couverture.

Le chiffre d'affaires du secteur de l'assurance maladie complémentaire connaît une croissance importante. Il est passé de 17,5 milliards d'euro en 2001 à 31,3 milliards en 2010. Mais depuis 2007, le résultat net des opérateurs a tendance à diminuer. En 2010, il était de 3 % des cotisations pour les sociétés d'assurance, 4 % pour les IP et 2 % pour les mutuelles. La baisse de rentabilité est due principalement à la diminution des résultats dits techniques. Dans cette perspective, les organismes d'assurance maladie complémentaire, quel que soit leur forme juridique, peuvent avoir intérêt à aller développer d'autres marchés.

2. L'engagement dans les SAP : extension de la couverture santé ou détricotage des solidarités ?

Dans ce contexte de saturation du marché des AMC, les mutuelles voient dans les services à la personne, et les perspectives qu'a fait miroiter le Plan Borloo (2005), un espace possible de diversification de leurs activités (2.1.) que l'on peut lire comme une extension du champ de protection sociale dans lequel elles s'insèrent. Néanmoins cette extension repose sur une logique quasi-bismarkienne qui suppose de fortes inégalités, remettant en cause le principe de solidarité porté par l'ESS (2.2).

2.1. Les SAP comme extension du champ d'action des mutuelles

Le Plan Borloo et les enseignes : une opportunité d'extension de la politique produit

Le Plan Borloo de développement des services à la personne vise à créer 500 000 emplois en trois ans au moyen de la création d'un marché subventionné et de l'industrialisation du secteur.

Il repose sur le postulat que les évolutions du mode de vie (travail féminin, vieillissement, ...), associés à la montée du niveau de vie, créent de nouveaux besoins en termes d'externalisation des tâches domestiques. Il existerait ainsi « *une demande latente de services aux particuliers prête à répondre à l'offre pourvu qu'elle soit de*

qualité » [Debonneuil (2004), p. 12]. Dans les travaux fondateurs du Plan, ces services ont « *toutes les caractéristiques de services privés* » (idem, p. 43). Ainsi, même si historiquement les services à la personne sont produits par des organismes associatifs (et dans le champ du particulier employeur), le Plan Borloo ne s'adresse donc pas en sois aux acteurs de l'économie sociale mais bien à ceux de l'espace marchand.

Avec des prévisions résolument optimistes en termes de développement du secteur¹, le Plan a créé un profond effet d'appel. En désignant le secteur comme un lieu potentiel de création d'activités ouvert à l'initiative privée, il a suscité des projets entrepreneuriaux de toutes tailles, de l'auto-entrepreneur, à la société cotée en Bourse. La communication organisée par les réseaux consulaires, les réseaux d'appui à la création d'entreprise et les syndicats d'employeurs (Medef), a soutenu une vive création d'entreprises : le nombre d'opérateur commerciaux est passé de 573 en 2004 à environ 4000 en 2007 et plus de 17 500 en 2011 [DARES (2013)].

Pour obtenir la qualité de service souhaité, et ainsi la consommation de masse espérée, le Plan mise sur la création d'enseignes nationales, destinées à organiser l'intermédiation entre prestataires et consommateurs. Celles-ci doivent porter l'industrialisation du secteur ; elles relèvent d'une logique de création de marques nationales, chaque marque devant mettre en œuvre un ensemble de *process* lui permettant de délivrer des produits de qualité homogène sur l'ensemble du territoire *via* son réseau de prestataires sous-traitants. Afin de permettre leur viabilité et de compenser les coûts de structure par des économies de gamme et d'envergure ; le Plan organise le champ des services à la personne à partir d'un ensemble large de vingt-et-une activités extrêmement variées, allant de l'aide à domicile à des personnes fragiles au ménage, en passant par le *coaching* sportif et la garde d'enfants (Art. 7231-1 du Code du travail).

Toutes ces activités bénéficient de mesures fiscales et sociales destinées à soutenir la transformation des besoins latents en une demande effective, et par une baisse du coût d'opportunité à faire évoluer durablement le comportement des consommateurs.

Les mutuelles et organismes de prévoyance (nouveaux acteurs sur le champ) ont répondu positivement aux incitations du Plan, traduisant d'une certaine manière qu'elles validaient l'hypothèse d'un secteur SAP réglé par le marché. Les mutuelles voyaient dans le Plan un levier leur offrant la possibilité d'une diversification de leurs activités, tout en leur permettant de rester centrées sur leur cœur de métier : l'homme. Pour cela, elles ont renforcé leurs liens avec les fédérations des associations historiques de l'aide à domicile afin de constituer des enseignes. Par exemple l'enseigne *Personia* comprend une fédération association (l'ADMR), une banque coopérative et mutualiste (le Crédit Mutuel) et une institution de prévoyance (AG2R, devenu AG2R-LA MONDIALE par la suite). De même, l'enseigne France Domicile regroupe en une Société anonyme en action simplifiées deux fédérations d'organismes prestataires non lucratifs (UNA, qui est associatif et l'UNCCAS, fédération d'organismes publics) et la Mutualité française.

D'autres mutuelles, aux coopérations plus ténues avec les organismes d'aide à domicile ont créé entre elles leur propre enseigne. Par exemple *Séréna* est une enseigne

¹ Outre les 500 000 emplois en 3 ans, on peut citer par exemple l'étude menée par [CERC (2008)] qui indique que 46 % des ménages seraient prêts à recourir à des SAP. Les perspectives les plus optimistes restent, à notre connaissance, celles proposées par le BIPE, cabine d'étude en lien avec l'agence nationale des services à la personne (qui a pour mission la promotion des SAP), qui annoncent un accroissement du marché de 70 % entre 2005 et 2015 [Observatoire Caisse d'Epargne (2006)]

née d'un regroupement entre le Groupe Caisse d'Épargne, deux sociétés d'assurance mutuelles (MAIF et MACIF) et une mutuelle 45, la MGEN.

Ces enseignes, groupement d'organismes de l'économie sociale, se trouvent dans la même arène concurrentielle que d'autres enseignes portées par des groupes ne relevant nullement de l'économie dite sociale et solidaire. Par exemple, l'enseigne *Bien-être à la carte* regroupe Accor services et Europ Assistance. De même, *A+* est une enseigne constituée de Acadomia, DomAliance, O2, To Do Today, Adhap, Maisoning et Viadom, tous étant des entreprises commerciales implantées dans les services à la personne, soit directement dans le cadre d'une stratégie de groupe (par exemple O2), soit indirectement en se positionnant comme franchiseur (Adhap).

Les enseignes comme soutien à la consolidation de l'activité des associations d'aide à domicile ?

L'ensemble des enseignes créées avec le soutien financier de la puissance publique propose des services de mise en relation avec des prestataires orientant leur activité sur l'ensemble du champ des SAP. Elles ont donc une politique produit d'organisation d'intermédiation à la fois pour des services historiques d'aide à domicile et pour des nouveaux services, que les travaux fondateurs du Plan souhaitaient réserver aux entreprises privées (commerciales). C'est cet aspect de la politique-produit que nous allons analyser, davantage que les raisons qui ont conduit à l'échec de la stratégie d'enseigne portée par le PB (sur ce sujet, le lecteur pourra se référer à [Gallois, Nieddu (2014)]).

En se positionnant comme un dispositif d'intermédiation, les enseignes cherchent à construire de nouvelles formes de ce que Lucien Karpik [(2007), p. 68] appelle des dispositifs de jugement. Ceux-ci visent à « *satisfaire un impératif généralisé : réduire et si possible faire disparaître le déficit cognitif qui caractérise les consommateurs sur les marchés des singularités* ». Ils résultent d'une construction par plusieurs types d'acteurs (enseignes, courtiers, réseaux personnels, système d'évaluation des vendeurs sur eBay, ...). Ces dispositifs de jugement constituent *de facto* des construits sociaux qui permettent d'équiper le marché. À ce titre, ils sont le résultat d'une concurrence entre différentes forces pour l'équipement du marché. Or, le marché des services à la personne n'était pas dépourvu de dispositif de jugement avant la mise en œuvre du PB. Ces dispositifs résidaient pour une part dans les réseaux personnels et professionnels mais aussi, pour une autre part, dans la forme associative elle-même dans la mesure où elle constitue un signal pour la construction de la confiance [Enjolras (1995)] en même temps qu'elle déploie son activité sur les territoires où elle a identifié un certain nombre de besoins sociaux non satisfaits.

Le fait que les mutuelles se soient associées aux acteurs associatifs pour créer des enseignes nous amène à envisager un niveau de lecture plus complexe que la concurrence stricte, qu'on ne peut comprendre qu'au regard de la politique produit des prestataires associatifs d'aide à domicile.

Comme les enseignes, les organismes de l'aide à domicile ont répondu aux incitations du PB et ont opéré une diversification de leur activité vers une gamme de service plus large que ceux destinés à la prise en charge de l'aide à domicile. Si cette extension peut se lire dans une optique de renforcement des positions de marché en riposte/anticipation à l'entrée d'entreprises commerciales sur le champ des SAP, les observations de terrain [Gallois (2012)] indiquent que le marché des SAP est segmenté en fonction des publics. Ainsi, les associations d'aide à domicile ne s'estiment en

concurrence qu'avec des organismes proposant les mêmes services et non avec ceux n'en ayant pas dans leur offre. Par exemple, une entreprise de garde d'enfants à domicile ne sera pas perçue comme concurrente par une association d'aide à domicile, même si elle propose ces mêmes services de garde d'enfants, et réciproquement, une entreprise de ménage ne se sentira pas fortement en concurrence avec une association spécialisée dans l'aide à domicile. En outre, l'élargissement de la gamme de services proposé, et des consommateurs visés, doit se lire dans le cadre d'une stratégie globale d'hybridation de ressources multiples au service de la réalisation de la mission de réponse aux besoins sociaux que se sont données les associations [Gallois (2012)]. L'intégration à la politique produit de services de confort, ayant toutes les caractéristiques de services rentables, constitue alors une forme particulière d'organisation d'une solidarité horizontale entre les destinataires de l'action de l'association : les services de confort permettent d'assurer l'équilibre économique nécessaire à la réalisation de services d'aide à domicile auprès des plus fragiles.

La constitution en enseigne, dans la mesure où ces dernières doivent devenir le dispositif de jugement principal des SAP, et donc apporter de l'activité aux organismes d'aide à domicile, vise alors la consolidation de l'activité des associations d'aide à domicile. Dans cette perspective, la coopération entre mutuelles et organismes associatifs d'aide à domicile, dans le cadre d'enseignes, peut se lire comme une forme d'extension du champ de la santé, venant couvrir un espace de l'aide à domicile en croissance, au moyen de l'organisation d'une couverture solidaire qui ne se restreint pas au soins et au remboursement de ceux-ci. Il s'agit alors de défricher un espace de la santé non couvert par l'AMO ni par les AMC, défrichage en cohérence avec les utopies fondatrices de l'ESS.

2.2. Les SAP : question de santé ou remise en cause de la solidarité ?

Les SAP comme extension du système de santé

Dans une optique de filières économiques et de production, il est possible (et logique) de rattacher l'aide à domicile aux filières de santé. En effet, la dépendance est le plus souvent associée à un état pluripathologique de la personne, qui apparaît à la suite d'un problème d'ordre médical. Bien que distincts, dépendance et maladie constituent ainsi deux phénomènes à fortes interactions chez les personnes avancées en âge [Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (2011)]. Officiellement non productrices de soins, les structures d'aide à domicile (SAD) contribuent à la prévention d'une dégradation de l'état de santé (p. ex. suivi de l'alimentation) et jouent un rôle de veille sanitaire. Par son travail en faveur de la prévention, l'aide à domicile devient donc bien partie intégrante du système de santé et il est légitime pour des mutuelles ayant pour but la protection contre les risques de santé de se positionner comme acteur de l'aide à domicile, du reste-t-elle, pour des questions de viabilité économique de l'offre, s'étendre vers des services qui ne rentrent pas *a priori* dans ce champ.

Ce travail réalisé en faveur de la prévention et d'un élargissement de la couverture santé offerte par les AMC doit se lire comme une réaction à la diminution de l'espace occupé par l'AMO. Le recours à une analyse sur longue période du système de soins et de son organisation permet de révéler comment le passage d'un système hospitalo-centré à un système favorisant les prises en charge ambulatoires et par des soins de ville a conduit à restreindre les frontières occupées par la prise en charge de la maladie (le

soins) dans le système de santé, faisant apparaître le besoin d'accroître la prise en charge à son domicile du patient lui-même [Gallois (2013)], ouvrant ainsi un nouvel espace d'action aux AMC, donc aux mutuelles santé. En effet, les progrès de la médecine et l'introduction de logiques marchandes, à partir des années 1980, ont conduit l'hôpital à recentrer ses missions sur la prise en charge de la maladie aiguë [Domin (2013)] et ont amené à une réduction majeure des durées moyennes de séjour. En court séjour (services de médecine, chirurgie et obstétrique - MCO), la durée moyenne de séjour est passée de plus de 12 jours en 1974 à 5,2 en 2009, soit une réduction de 57 % en 25 ans (source Eco-Santé, base SAE, Dress, nos calculs).

Si les progrès de la médecine peuvent, dans une certaine mesure, contribuer à réduire la durée de prise en charge, cette raison ne peut être la seule invoquée. L'organisation des prises en charge de la personne nécessite alors d'organiser une offre de relais de soins. La prise en charge des patients à leur domicile, par des services d'Hospitalisation à domicile (HAD) et par des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), constitue une solution crédible et souhaitable pour les hôpitaux, notamment pour les patients n'étant pas à un stade aigu de la maladie. Cette offre, au sein de laquelle les charges d'hôtellerie (repas, linge) sont transférées sur l'entourage du patient, permet à l'Assurance maladie de réaliser des économies relativement aux hospitalisations à temps complet tout en assurant des soins de même qualité [Sentilhes-Monkam (2005)]. Ces formes d'offre d'hospitalisation, comme de soins à domicile, vont connaître un accroissement simultané à la réduction de l'offre hospitalière [Gallois (2013)]. Néanmoins, les capacités créées en hospitalisation à domicile ne compensent pas les fermetures de lits au sein de l'hôpital, et il est communément admis que les services de soins infirmiers à domicile sont amenés à compenser les défaillances de l'offre d'HAD en prenant en charge des patients qui devraient être hospitalisés à leur domicile compte tenu de leur état de santé et de leurs besoins de soins [Sentilhes-Monkam (2005)]. Or, ces services de soins sont également trop peu développés au regard des besoins. La conséquence de ce rationnement de l'offre de SSIAD est la création (le maintien) de listes d'attente pour la prise en charge des patients [Jeandet-Mengual, de Reboul (2008)]. Ceux-ci sont alors transférés sur les services d'aide à domicile dont l'offre n'est pas contingentée². Les SAD interviennent également (et bien souvent dans l'urgence) pour soutenir (au sens de rendre possible) des sorties d'hôpital de personnes non autonomes.

Le phénomène de transfert des patients de l'hôpital vers des modes de prises en charge relevant du social et du médico-social vise l'efficacité de l'utilisation des ressources hospitalières et des ressources finançant les soins (en particulier la phase aiguë) tout en recherchant la mise en œuvre de prises en charge mieux adaptées aux besoins des patients. De ce point de vue, il ne peut qu'être soutenu. Toutefois, il induit un transfert des patients de financements rattachés à l'Assurance maladie obligatoire vers l'AMC d'une part et des modalités de prises en charge de la dépendance complexes d'autre part.

Sans aller jusqu'à proposer d'entrée de jeu des systèmes d'assurance dépendance, les organismes offreurs d'AMC qui ont investi le champ des SAP à travers des enseignes accompagnent bien la recomposition de l'espace couvert par l'AMO provenant de la redéfinition de l'articulation entre le cure et le care dans le système de santé. En se positionnant comme un intermédiaire destiné à la fois au patient, afin de faciliter sa

² Source : entretiens semi-directifs menés avec plusieurs dirigeants d'associations et entreprises d'aide à domicile de la région de Reims, essentiellement au printemps 2011.

recherche de service, mais surtout destiné aux organismes d'aide à domicile afin de leur apporter des ressources permettant d'organiser une solidarité horizontale sur leurs territoire d'intervention, les mutuelles porteuses d'enseignes se situent bien dans une stratégie de création de nouvelles formes de solidarités, venant répondre aux défaillances des solidarités du système de sécurité sociale. Or, cette stratégie n'est tenable qu'à une condition, le développement effectif de services ayant « *toutes les caractéristiques de services privés* » [Debonneuil (2004), p. 43].

Mais les enseignes avaient un autre projet : l'extension de la domesticité

Le PB prévoyait le développement d'une autre cible de clientèle finale que les personnes âgées, celle du couple bi-actifs. En effet l'émergence des enseignes devait manifestement être accompagnée par l'émergence d'une nouvelle forme de droits sociaux qui n'est restée que très embryonnaire : l'attribution par les entreprises de chèques emploi services universel (CESU) dits ressources humaines à leurs salariés, dans une perspective bismarckienne. Le modèle qu'elle dessinait était celle d'un couple bi-actif, pris en charge dans la relation salariale de telle façon qu'il puisse réduire son implication dans l'ordre domestique³. Les politiques publiques promeuvent ici un modèle de société fondé sur une division du travail, où les plus productifs doivent déléguer les tâches les plus « basiques » pour se consacrer aux tâches où ils disposent d'un avantage comparatif. Les catégories les plus aisées sont encouragées à « travailler plus » (au sens du temps de travail salarié) pour donner du travail salarié aux moins qualifiés [Devetter, Rousseau (2011)].

Or, le modèle promu pour le développement des SAP en situe les travailleurs dans une relation salariale particulièrement précaire. L'exploitation de l'enquête emploi de 2007 [proposée par Lefebvre (2010)] révèle que si les travailleurs des SAP sont essentiellement en CDI ou fonctionnaires (86 %), le temps de travail moyen y est de 26 heures hebdomadaires, le suivi de formations y est deux fois moins fréquent que pour l'ensemble des autres salariés. Par ailleurs, si les salaires horaires peuvent être considérés comme élevés par les promoteurs du développement des SAP [Agence Nationale des Services à la Personne (2010), p.16], la variable qui conditionne la rémunération totale est le volume d'activité. Ces travailleurs, comme ceux qui bénéficient des services qu'ils leur fournissent, sont ainsi incités à « travailler plus pour gagner plus » mais seuls « *50 % des salariés sont satisfaits de leur volume d'activité* » (p. 25). Ces travailleurs, qui ont à plus de 90 % des femmes, se voient assignés à une relation salariale particulière, où « *leur rémunération, très faible, ne garantit pas l'autonomie économique de leurs titulaires* » [Dussuet (2005), p. 47-48].

En se positionnant en faveur du développement des SAP, le modèle validé par les mutuelles est bien celui d'une société plus inégalitaire, prolongeant dans le marché les inégalités domestiques de genre. En effet, comme le pointent Devetter et Rousseau [2011] cette « *précarité des salariées [des services à la personne] n'est pas seulement une conséquence de l'organisation du secteur du ménage à domicile, c'est aussi une condition nécessaire au développement d'un secteur dont la croissance requiert d'abord une demande solvable (donc des écarts de revenus considérables) mais également une population prête à accepter ces emplois faute de mieux* » (p. 85). Le développement de l'activité des mutuelles dans les SAP ne pouvait donc se faire qu'au prix d'un renforcement des inégalités, antagoniste avec les valeurs de solidarités que celles-ci sont supposées porter.

Conclusion

« *La stratégie financière et économique menée est tout entière tournée vers une évolution au bénéfice des adhérents et vers un renforcement du modèle mutualiste et des mécanismes de solidarité* » (Fabrice Henry, Trésorier général de la MGEN dans le Rapport d'activité de l'année 2012, p. 21).

Cette affirmation nous semble caractéristique de la façon dont les mutuelles, et l'ESS en général, fondent leur identité à travers les valeurs que ces organismes se sont donnés. Le propos de cet article était justement de discuter la soutenabilité de ces valeurs lorsque les organismes s'inscrivent dans des régimes de marché. À cet effet, nous avons pointé que les mutuelles, en tant qu'offreurs d'assurance maladie complémentaire, se situent dans un marché où coexistent deux autres types d'acteurs depuis 1989. La saturation de ce marché des AMC a conduit les mutuelles à développer de nouvelles stratégies de captation de clientèle. Le développement de formules *low cost*, si elle permet de faciliter l'accès à une complémentaire santé pour certaines populations, introduit également des mécanismes de solidarité à plusieurs vitesses. En effet, l'accès à une couverture se voit réglé par la capacité et la disposition à payer du client, et la qualité de la couverture augmente, non avec l'ampleur des besoins à couvrir, mais bien avec le revenu.

Outre le développement de stratégies d'offre *low cost*, les mutuelles ont également cherché à proposer des services complémentaires à leurs clients. En cette optique, elles ont vu dans le Plan de développement des services à la personne, et les grandes enseignes nationales que celui-ci cherchait à créer, une nouvelle source de diversification possible. Dans une optique de prise en charge globale de la santé de leurs sociétaires, une telle démarche est cohérente avec les valeurs mutualistes ; de même que développer une offre autour de services de ménage ou de soutien scolaire permet certainement d'être en cohérence avec le principe de « l'amélioration de leurs [les membres des mutuelles] conditions de vie » qui définit les mutuelles (Art. L. 111-1 du Code de la mutualité). Néanmoins, la logique portée par le plan de développement des services à la personne organise une autre forme de solidarité, qui est elle inégalitaire. Elle repose sur une augmentation de certains types d'utilisateurs désignés : les couples de cadres bi-actifs, qui en améliorant leurs conditions de vie au moyen de dispositifs intégrés à leur relation salariale (les chèques emploi services) appellent la mobilisation de travailleurs aux conditions de travail et de revenu structurellement précaires.

L'assurance maladie complémentaire est un secteur inégalitaire dans la mesure où elle ne fait que reproduire les inégalités existantes sur le marché du travail. La généralisation de l'AMC masque des inégalités entre les actifs et les inactifs qui ont 1,6 fois plus de risques d'en être écartés, entre les salariés en activité et les chômeurs qui ont trois fois plus de risques que les autres d'en être écartés. Les inégalités persistent dans la qualité de la complémentaire santé. Les cadres bénéficient en effet de meilleures couvertures que les autres : 29 % d'entre eux ont accès à un contrat fort en optique et 15 % à un contrat fort en dentaire alors que les non-cadres ne sont que 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds. En intervenant dans le secteur des services à la personne, les mutuelles vont mobiliser du travail précaire pour générer de nouvelles formes d'inégalités.

Annexe 1 – Liste des enseignes de services à la personne en 2007

Enseigne	Structures à l'origine de l'enseigne	Nature des parties prenantes
A+	Academia, DomAliance, O2, To Do Today, Adhap, Maisoning, Viadom	Entreprises commerciales prestataires
Accor Services – Bien-être Assistance	Accord-services Europe assistance	Multinationale Compagnie d'assurance
A domicile Services	A Domicile Fédération nationale, Société d'Encouragement pour l'Industrie Nationale, Domplus	Fédération d'associations aide à domicile Centrale d'appel pour l'aide à domicile
Assistéo	Nurse Alliance, Prof Assistance, Kids Assistance, Clic PC	Entreprises commerciales prestataires
Carrefour proximité	Carrefour – Shopi	Entreprises commerciales
CNP services à la personne	CNP	Compagnie d'assurance
Crédit Agricole/ LCL	Crédit agricole - LCL	Banque
Domiserve +	Dexia - Axa assurance	Banque Compagnie d'assurance
Fourmi verte	Familles Rurales Groupama Mutualité Sociale Agricole	Fédération d'associations aide à domicile SAM Caisse de sécurité sociale des travailleurs agricoles
France Domicile	UNA UNCCAS Mutualité Française	Fédération de structures non lucratives d'aide à domicile Fédération de mutuelles (gérant des services prestataires d'aide à domicile)
Genius	La Poste	
GMF Services à la personne	La GMF	SAM
La Maison du Particulier Employeur	FEPEM IRCEM	Syndicat des particuliers employeurs Caisse de retraite des salariés du particulier employeur
Personia	ADMR, AG2R and Crédit Mutuel	Fédération associative Banque coopérative et mutualiste Institution de prévoyance
Séréna	MGEN MACIF, MAIF Caisse d'Épargne	Mutuelle 1945 Société d'assurance mutuelle Banque coopérative
Sodexho	Sodexho	Multinationale

Réalisé par nos soins à partir du recensement proposé par le CERC, 2008

Bibliographie

- Abecassis P., Coutinet N., Domin J.-P. (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale RECMA*, n° 331, p. 60-75.
- Agence Nationale des Services à la Personne. "1ère édition du Baromètre de la qualité et de la professionnalisation des emplois de services à la personne," *Baromètre de la qualité et de la professionnalisation des emplois de services à la personne*. ANSP, 2010.
- CERC. "Les services à la personne," Paris: CERC, 2008.
- Crié D. (2011), « Le marketing des complémentaires santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 31, p. 73-83.
- DARES (2013), « Les services à la personne en 2011 : une baisse globale de l'activité et de l'emploi », *Dares Analyses*, volume 025, n°, p. 1-11.
- Debonneuil M. (2004), « Les services : une opportunité pour créer des emplois productifs », in Cahuc P., Debonneuil M. (Éds), *Productivité et emploi dans le tertiaire*, Paris: La Documentation française, p. 11-59.
- Devetter F.-X., Rousseau S. (2011), *Du balai - Essai sur le ménage à domicile et le retour de la domesticité*, Paris: Raisons d'agir.
- Domin J.-P. (2013), *Une histoire économique de l'hôpital (XXe siècle), Une analyse retrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*, Paris: Comité d'histoire de la sécurité sociale, La documentation française.
- Dreyfus M. (1990), « Histoire de la Mutualité », in Saint-Jours Y. (Éd) *Traité de Sécurité sociale*, Paris: LGDJ, p. 9-51.
- Dumas T. (2012), « Le développement européen des sociétés d'assurance mutuelle françaises », *Revue internationale d'économie sociale RECMA*, n° 325, p. 111-117.
- Dussuet A. (2005), *Travaux de femmes, enquêtes sur les services à domicile*, Paris: L'Harmattan.
- Enjolras B. (1995), *Le marché providence, Aide à domicile, politique sociale et création d'emploi*, Paris: Desclée de Brouwer.
- Gallois F. (2013), « L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé », *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, volume 31, n° 1, p. 15-29.
- Gallois F. (2012), *Une approche régulationniste des mutations de la configuration institutionnelle française des services à la personne*, Reims: Université de Reims Champagne-Ardenne.
- Gallois F., Nieddu M. (2014), « Centralisme marchand versus bricolage territorial ? Le Plan Borloo face à la réalité des services à la personne », *Working paper du RT6*, volume 2014-2, n°.
- Garnero M. (2012), « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », *Études et résultats*, n° 789.
- Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. "Assurance maladie et perte d'autonomie" Paris: HCAAM, 2011.
- Jacod O., Zaidman C. (2012), *Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Paris: DREES.
- Jeandet-Mengual E., de Reboul J.-B. "Analyse et modalités de régulation de l'offre globale en soins infirmiers, note de synthèse réalisée par l'IGAS," Paris: IGAS, 2008.

- Kambia-Chopin B., Perronnin M., Rochereau T. (2008), « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 132.
- Karpik L. (2007), *L'économie des singularités*, Paris: Éditions Gallimard.
- Laville J.-L., Nyssens M. (2000), « Solidarity-Based Third Sector Organizations in the "Proximity Services" Field: A European Francophone Perspective », *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, volume 11, n° 1, p. 67-84.
- Lefebvre M. (2010), « Qualité de l'emploi et hétérogénéité des le champ des services à la personne : éléments d'analyse à partir de statistiques nationales », *Documents de travail du Clerés*, n° 4.
- Observatoire Caisse d'Epargne. "Services à la personne : modes de vie, modes d'emploi," 2006.
- Prades J. (2001), « Quel est l'avenir de l'économie sociale et solidaire ? Une approche économique », *Revue internationale d'économie sociale RECMA*, n° 281, p. 20-29.
- Sentilhes-Monkam A. (2005), « Retrospective de l'hospitalisation à domicile, l'histoire d'un paradoxe », *Revue Française des Affaires sociales*, volume 2005/3, n° 3, p. 157-182.
- Surzur J.-J. (2002), « Le secteur mutualiste et coopératif financier : quel devenir ? », *Revue d'économie financière*, n° 67, p. 261-267.
- Tchernonog V. (2013), *Les associations entre crise et mutations : les grandes évolutions*, Paris: Adde/Fondadion Crédit coopératif.
- Toucas-Truyen P. (1998), *Histoire de la mutualité et des assurances. L'actualité d'un choix*, Paris: Syros.