

# L'effort commercial des mutuelles de santé The Market Strategy of Health-Care Mutual Insurers

Philippe Kaminski

Number 287, February 2003

Colloque de l'ADDES: les groupes d'économie sociale  
ADDES Symposium: Social-Economy Groups

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1022209ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1022209ar>

[See table of contents](#)

## Publisher(s)

Institut de l'économie sociale (IES)

## ISSN

1626-1682 (print)

2261-2599 (digital)

[Explore this journal](#)

## Cite this article

Kaminski, P. (2003). L'effort commercial des mutuelles de santé. *Revue internationale de l'économie sociale*, (287), 41–67.  
<https://doi.org/10.7202/1022209ar>

## Article abstract

The world of mutual insurance is in the midst of change. The application of the directives of the European Union has led to a new set of regulations for French mutual insurers, and health-care mutual insurers are affected by many changes. As a result of mergers and closures, the number of firms has steadily fallen with greater focus on core business and stricter actuarial rules. In this context, how do health-care mutual insurers position themselves in relation to their competitors? What business strategies do they employ? This article presents the results of a survey conducted in 2002 among three groups of mutual insurers. What features do mutual insurers oriented towards complementary health-care present compared with those that sell life annuities? What is the situation for mixed mutual insurers? The survey looks at various aspects, such as the initiatives for innovation, the division between individual and collective contracts, high priority objectives, customer loyalty, marketing tools, how information is managed, the organization of sales, etc. Based on the findings of the survey, the author has identified three types of attitude in relation to competitors and a number of issues that mutual insurers must deal with if they are to remain one of the pillars of the social economy.

# L'EFFORT COMMERCIAL DES MUTUELLES DE SANTÉ

par Philippe Kaminski (\*)

*Le monde de la mutualité est en pleine mutation. La transposition des directives européennes a donné naissance à un nouveau Code de la mutualité, et nombreux sont les changements qui affectent les mutuelles de santé. Leur nombre tend à se réduire, dans le jeu des fusions et des dissolutions, principe de spécialité et nouvelles obligations prudentielles imposant leur loi. Dans ce cadre, comment les mutuelles de santé se positionnent-elles par rapport à la concurrence ? Quelles stratégies commerciales développent-elles ? Cet article présente les résultats d'une enquête conduite en 2002 auprès de trois groupes de mutuelles. Les mutuelles orientées vers la complémentaire santé présentent-elles des caractéristiques par rapport à celles qui proposent des produits de prévoyance ? Qu'en est-il des mutuelles mixtes ? Les critères d'investigation sont multiples : la démarche d'innovation, la répartition entre contrats individuels et contrats collectifs, les cibles privilégiées, la fidélisation, les supports de commercialisation, le système d'information utilisé, l'organisation de la fonction commerciale, etc. L'analyse des résultats obtenus permet à l'auteur de dégager trois types d'attitude face à la concurrence et de mettre en évidence un certain nombre d'enjeux auxquels doit faire face la mutualité pour demeurer l'un des piliers de l'économie sociale.*

(\*) Vice-président de l'AddeS.

---

onctionnant selon des règles de solidarité non marchande, les mutuelles de santé peuvent-elles, sans perdre leur spécificité, reprendre à leur compte les méthodes d'approche du marché utilisées par leurs concurrents à but lucratif ?

Le problème ne date pas d'hier. Lors du XI<sup>e</sup> colloque de l'AddeS, le 13 juin 1995, notre ami Bernard Gibaud rappelait opportunément une phrase prononcée en juin 1890 par le député de Versailles Hippolyte Maze, fondateur de la Ligue nationale de la prévoyance et de la mutualité ainsi que de l'Institut des actuaires français, qui s'efforçait de rapprocher les points de vue et s'élevait contre un certain « *intégrisme mutualiste* » : « *Des campagnes bien regrettables ont été entreprises ; des hostilités violentes ont été suscitées, entretenues entre les sociétés mutuelles et les compagnies d'assurance ; tout cela est déplorable ; les compagnies d'assurance ne sont-elles pas, aussi, des institutions de prévoyance ? Il ne s'agit pas de savoir si ces compagnies sont plus ou moins prospères, si elles font plus ou moins bien leurs affaires ; le principe seul est en jeu ; il est le même de part et d'autre.* »

Nous ne sommes donc ni au commencement ni à la fin d'un monde, mais dans une période de transition particulièrement chahutée qui fait suite à des années de crispation.

Il nous faut analyser objectivement cette situation, en tentant de se défaire des éléments passionnels qui l'imprègnent.

Nous apportons ici des éléments de réponse quantitatifs issus d'une enquête menée au moment le plus « chaud » de la marche forcée des mutuelles vers leur nouveau statut : les entretiens se sont déroulés entre juin et septembre 2002. Nous nous sommes limités aux mutuelles de santé de taille moyenne qui exercent une activité commerciale ; elles sont peu nombreuses, mais le sont assez, néanmoins, pour justifier un traitement statistique. L'information recueillie porte sur 60 à 70 % du champ concerné. Au-delà du climat qui a présidé aux entretiens, le caractère structurel du questionnement nous assure d'une bonne pertinence des résultats dans le temps.

Notre enquête prend place dans une étude plus vaste consacrée aux démarches de commercialisation dans la moyenne entreprise en général, dont l'initiative revient à l'Institut de recherches en gestion (IRG) de l'université de Paris-XII (Créteil) sous l'impulsion de mon ancien collaborateur et ami Jean-Claude Pacitto. Le questionnaire bâti pour les entreprises a servi de canevas à celui des mutuelles, pour lesquelles l'activité a été dédoublée entre complémentaire santé et prévoyance ; la voie est ainsi ouverte à des exploitations complémentaires comparatives entre secteur marchand et secteur mutualiste, sur un questionnement commun.

Je remercie ici mes amis de l'IRG, Suzanne Pontier, Jean-Claude Pacitto et Philippe Bizeul, ainsi que les étudiants de l'Essec, qui ont réalisé les entretiens et effectué la saisie.

---

## L'environnement des mutuelles au moment de l'enquête

Après de longues années de flibuste et d'interrogations, la transposition des directives européennes dans la loi française est achevée et le nouveau Code de la mutualité est en place. Les mutuelles, qui étaient au nombre de plusieurs milliers, vont se retrouver quelques centaines. Au cours de l'année 2002, on a vu se multiplier dans la presse régionale les comptes rendus d'assemblées générales votant, selon les cas, fusions, regroupements ou dissolutions. Les nouvelles structures mutualistes doivent être immatriculées sur des registres ouverts à cet effet dans les préfectures. Les statisticiens, au moins, ne s'en plaindront pas.

Beaucoup a été dit et écrit sur la nature et l'enjeu des nouvelles dispositions et nous n'y reviendrons pas ici. Il est vraisemblable qu'un nouvel équilibre mettra plusieurs années à se dessiner et que bien des transformations se poursuivront après 2002. Le nouveau paysage mutualiste s'est mis en place, certes pas dans l'enthousiasme, mais pas non plus dans la douleur ou dans la résignation : chacun affiche sa détermination à réussir l'inéluctable mutation sans rien perdre de son esprit de solidarité. Mais on sent bien

aussi que tout le monde ne pourra conserver intactes ses fonctions et ses prérogatives. Chacun semble s'être résigné à l'âpre verdict de la concurrence : les meilleurs gagneront, les autres mourront. Il faut donc faire partie des meilleurs...

La communication mutualiste s'efforce de transformer le subi en voulu, de prendre le nouveau code à son compte, de montrer les avantages et les progrès que les nouvelles règles ne manqueront pas d'apporter. Le discours s'organise autour de deux directions volontaristes : les mutuelles seront « mieux armées juridiquement » et elles seront « plus performantes économiquement ». Pourquoi pas, après tout ?

Concrètement, l'alignement sur les règles générales de fonctionnement des assurances impose aux mutuelles un double « principe de spécialité » :

- interne, qui distingue les « mutuelles vie » et les « mutuelles dommage », chaque catégorie se voyant interdire les activités réservées aux autres. Cette obligation est assouplie par la création de « mutuelles mixtes » pouvant cumuler les activités vie avec la couverture des risques maladie et accident ; en revanche, les autres activités des mutuelles dommage (notamment la protection juridique et les risques pécuniaires liés à la perte d'un emploi) leur restent fermées ;
- externe, au motif qu'il est interdit aux assureurs d'exercer des activités « de nature à compromettre ou menacer les intérêts de leurs assurés ». Ceci a pour conséquence de cantonner dans certaines mutuelles les opérations d'assurance, dans d'autres les actions de prévention ou la gestion d'établissements sanitaires et sociaux, et d'établir entre les deux une frontière étanche.

La mutualité tente de nous rassurer, ou de se rassurer, en expliquant que toutes ces structures pourront cohabiter au sein de mêmes groupes mutualistes et y faire valoir toutes les synergies possibles et souhaitables ; reste à savoir jusqu'où il sera ainsi possible de contourner la loi, dans son esprit sinon dans sa lettre, et si nous ne verrons pas éclore des groupes adultérins concurrents composés de mutuelles et de cliniques privées ou, à l'inverse, adossant des organismes de prévoyance d'économie sociale à des multinationales de l'assurance... De tels montages sont d'ailleurs plus que suggérés par la nouvelle loi, puisque les mutuelles ont maintenant le libre choix de leur organisme de réassurance.

L'effet désintégrateur du principe de spécialité est plus que compensé par les nouvelles obligations prudentielles auxquelles les mutuelles doivent désormais se soumettre. Pour se constituer des fonds de garantie au niveau requis, il leur a fallu se regrouper en entités de taille suffisante ; c'en est fini des petites, *a fortiori* des micro-mutuelles, ce qui justifie la démarche de notre enquête. Le scénario d'évolution le plus vraisemblable est en effet celui d'un tissu mutualiste composé de quelques grandes mutuelles nationales et de quelques centaines de structures de taille moyenne, lesquelles regrouperont leurs forces commerciales dans quelques dizaines de mutuelles spécialisées.

C'est du moins sur cette hypothèse que nous avons défini, au début de 2002, notre échantillon et notre questionnaire.

Sur les 156 mutuelles figurant au 16 avril 2002 dans le répertoire du Comité d'entente des employeurs mutualistes avec un effectif salarié compris entre 20 et 250, nous avons réuni 48 questionnaires complètement remplis et exploitables. Compte tenu des fusions réalisées entre la date d'établissement de la liste et celle de l'enquête, ou déclarées à ce moment comme imminentes, le taux de réponse réel est nettement supérieur à ce qu'il paraît. Sachant que parmi les mutuelles contactées qui ont refusé de répondre, les deux tiers environ ont justifié leur attitude par le fait qu'elles n'ont aucune activité commerciale, on peut estimer à environ 25 le nombre de « vraies » manquantes à l'appel. Il est difficile d'affirmer qu'on y verra plus clair en 2003, quand la situation sera stabilisée et que les répertoires des mutuelles seront en place, car il restera malaisé de distinguer *a priori*, parmi les mutuelles survivantes, celles qui ont une réelle activité commerciale et celles qui n'en ont pas.

Un effectif de 48 est intrinsèquement très faible et ne peut conduire à des résultats significatifs; mais on ne voit pas les choses de la même façon quand on sait qu'il représente environ les deux tiers de la population mère que l'on s'attache à décrire: on n'est plus alors dans les conditions d'un sondage, mais d'un recensement proche de l'exhaustivité.

Sur les 48 mutuelles répondantes, 3 ne se consacrent qu'à la prévoyance, alors que 6 ne font que de la complémentaire santé. Ces « oreilles » étant de trop faible effectif pour être isolées en tant que telles, on a préféré construire trois catégories d'effectif comparable:

- 13 mutuelles totalement ou prioritairement orientées vers la complémentaire santé;
- 20 mutuelles mixtes;
- 15 mutuelles totalement ou prioritairement orientées vers la prévoyance.

Dans les tableaux qui suivent, on utilisera pour désigner ces trois familles les lettres C, M et P, la lettre T étant réservée au total.

Sur nos 48 mutuelles, à la date de l'enquête (qui varie du 18 juin au 19 septembre, c'est dire que les situations ne sont pas directement comparables), 11 se déclarent non concernées par les restructurations, 30 sont en cours de fusion et 7 sont issues de fusions menées à leur terme. Sous cette réserve, il semble que plus la mutuelle est spécialisée dans la prévoyance, plus elle a de chances d'être prise dans un processus de fusion et plus celui-ci a de chances de s'être terminé tôt.

D'où une première intuition, que la suite des résultats viendra largement confirmer: l'ouverture à la concurrence et l'adoption de pratiques commerciales offensives sont fortement corrélées à la part que prennent les produits de prévoyance.

---

## Première série de questions: la démarche de segmentation

Il est rare qu'une entreprise ne propose qu'une seule version de ses produits. Mais quand elle est amenée à décliner ceux-ci en gammes plus ou moins étendues, sa décision d'agir ainsi peut s'appuyer sur plusieurs motivations.

On distingue généralement quatre grandes catégories de comportement, qui ne sont pas exclusives.

- La perception externe du marché, côté demande : l'entreprise sait, par divers moyens, que sa clientèle potentielle est partagée en plusieurs segments, chacun exprimant des besoins différents.
- La perception externe du marché, côté offre : l'entreprise sait que ses concurrents réels ou potentiels segmentent leur marché d'une certaine façon.
- L'acquisition interne de savoir-faire spécifique, provenant de la demande : l'entreprise ayant été amenée à développer un produit original à la suite d'une demande exprimée par un client l'inscrira à son catalogue et cherchera à lui créer son marché.
- L'acquisition interne de savoir-faire spécifique, du fait de l'offre : l'entreprise ayant inventé ou mis au point un produit original qu'elle juge porteur et innovant le met sur le marché et s'efforce de lui trouver une clientèle. Pour les produits de grande diffusion ayant atteint leur maturité, les motivations nées de la demande sont de loin plus fréquentes que celles qui sont nées de l'offre.

**Vous proposez plusieurs versions de vos produits. Est-ce parce que...**

Propositions	Moyennes entreprises industrielles	Mutuelles : complémentaire santé	Mutuelles : produits de prévoyance
1... tous les clients n'ont pas les mêmes besoins?	96	93	82
2... vos concurrents le font et il était important de vous aligner?	44	36	37
3... vous avez pérennisé des demandes spécifiques à l'origine?	73	67	28
4... vous aviez d'avance confiance en certains produits nouveaux?	44	50	46

Source : Philippe Kaminski et IRG.

Lecture du tableau : Chaque chiffre est le pourcentage de réponses positives, sachant que l'on peut répondre positivement à plusieurs questions. Les chiffres pour les mutuelles sont pondérés par un indicateur de taille. Les chiffres de la première colonne sont donnés à titre de référence.

La sollicitation par la demande du marché est un phénomène quasiment universel ; cependant, les produits de prévoyance des mutuelles y sont moins sensibles, bien que le chiffre de 82 % soit déjà considérable. L'innovation tirée par des demandes particulières vient ensuite, avec plus de 70 % de réponses positives dans l'industrie ; la complémentaire santé atteint un ordre

de grandeur comparable, signe de sa maturité en tant que produit de grande diffusion. Il est vraisemblable que les demandes spécifiques en question se sont exprimées lors de négociations de contrats collectifs.

Il n'en est pas du tout de même pour la prévoyance. On peut trouver deux explications au chiffre particulièrement bas de 28 %, et sans doute jouent-elles toutes les deux. D'une part, les mutuelles sont encore jeunes sur ce marché et la diversification de leurs produits n'est pas arrivée à son niveau de croisière. D'autre part, elles ont affaire à une clientèle déjà acquise au titre de la complémentaire santé, à qui elles s'efforcent de vendre aussi de la prévoyance; c'est une démarche d'offre, mais d'une offre dirigée vers l'intérieur, qui n'est pas encore assez visible pour attirer de nouveaux clients recherchant des produits de prévoyance spécifiques pouvant par la suite induire des extensions de gamme.

Du côté de l'offre, justement, les mutuelles ont un comportement très semblable aux valeurs de référence; elles savent autant que les autres aussi bien s'inspirer de ce que font leurs concurrents que trouver en elles-mêmes les ressources d'innovation pour composer leurs gammes de produits, que ce soit en complémentaire santé ou en prévoyance.

## Deuxième série de questions: le positionnement commercial

Nous disposons de cinq critères pour décrire l'activité spécifiquement commerciale des mutuelles: le partage entre contrats individuels et contrats collectifs, l'origine des produits, les catégories de clientèle ciblées, l'arbitrage entre développement de la clientèle et fidélisation de l'existant, enfin les choix affichés en matière de soins optiques et dentaires.

### Premier critère: individuel ou entreprise

Le partage moyen de l'effort commercial entre la clientèle des particuliers et celle des contrats collectifs est de l'ordre de deux tiers contre un tiers. Ce chiffre varie fortement selon les familles concernées.

Famille C	23,8 %	Ne sont pas concernées par les fusions	19 %
Famille M	42,4 %	Ont achevé leur fusion	38 %
Famille P	31,7 %	Sont en cours de fusion	40 %

*Lecture du tableau: 23,8 % du temps des commerciaux de la famille C est consacré à la négociation de contrats collectifs; dans le groupe des mutuelles non concernées par les fusions, 19 % du temps des commerciaux est consacré à la négociation de contrats collectifs.*

Il n'y a pas de relation directe entre la recherche de contrats collectifs et le placement de produits de prévoyance, mais l'un et l'autre exigent une action commerciale spécifique, et évoluent donc parallèlement, quand on regarde l'ensemble de la population.

### Deuxième critère : l'origine des produits

Le placement de produits fédéraux, ou conçus par une autre mutuelle, discrimine de la même façon les mutuelles orientées vers la complémentaire santé des autres.

#### Pourcentage (pondéré) des mutuelles plaçant des produits...

	Famille C	Famille M	Famille P	Total
... conçus dans la maison	77	74	74	75
... conçus dans une autre mutuelle	9	37	28	27
... conçus par la fédération	10	33	29	26
... conçus hors mutuelles	6			2

Source : Philippe Kaminski et IRG.

Le total de chaque colonne est supérieur à 100 %, certaines mutuelles pouvant s'alimenter à plusieurs sources.

Ici, la différence provient sans doute essentiellement de la nature spécifique des produits de prévoyance, qu'une mutuelle moyenne a rarement la capacité de mettre au point avec ses propres ressources. D'ailleurs, y aurait-elle intérêt ?

La bataille des fournisseurs concerne, entre autres, les mutuelles interprofessionnelles ; par la voix de leurs organisations, celles-ci revendiquent en effet leur autonomie et la liberté de choisir leurs produits de prévoyance, alors que la FNMF essaye de se maintenir comme fournisseur privilégié.

### Troisième critère : les cibles privilégiées

Jouant sur les deux tableaux, les mutuelles mixtes ciblent *a priori* une clientèle plus vaste et plus diversifiée que les mutuelles spécialisées. Cela se remarque pour les professions indépendantes ; dans les autres cas, les mutuelles mixtes font jeu égal avec la famille la plus concernée par la cible. Il est clair, en effet, que la prévoyance s'adresse plus aux jeunes et aux actifs qu'aux familles et aux retraités.

#### Pourcentage (pondéré) des mutuelles ciblant leur effort commercial vers...

	Famille C	Famille M	Famille P	Total
... les jeunes sortant de l'école	27	69	54	53
... les professions indépendantes	22	37	27	31
... les familles	44	46	28	40
... les seniors	35	38	26	33
... autres cibles bien définies	18	52	57	45

Source : Philippe Kaminski et IRG.

Même définition de tableau que précédemment.



Parmi les autres cibles bien définies, on note plusieurs fois les micro-entreprises, sous des appellations diverses, et deux fois les anciens combattants. Les autres réponses renvoient plutôt à la catégorie des professions indépendantes.

**Quatrième critère: extension ou approfondissement**

Cette autre question confirme que ce sont les mutuelles mixtes qui sont les plus actives à la recherche de nouveaux publics et les moins tournées vers leur public déjà acquis.

<b>Pourcentage (pondéré) des mutuelles dont la priorité commerciale est...</b>				
	<b>Famille C</b>	<b>Famille M</b>	<b>Famille P</b>	<b>Total</b>
<b>... de conquérir de nouveaux publics, et cela seulement</b>	26	44	29	35
<b>... de fidéliser les adhérents existants, et cela seulement</b>	37	26	39	33
<b>... les deux autant et simultanément</b>	37	30	32	32

*Source: Philippe Kaminski et IRG.*  
*Sur chaque colonne, le total des trois premières lignes fait 100 %.*

La fidélisation apparaît plus importante que la croissance pour les deux familles de mutuelles spécialisées, alors que l'ordre est inversé, et de façon massive, pour les mutuelles mixtes. On comprend en effet qu'une mutuelle départementale largement dominante sur son marché local n'ait plus guère de réserve de progression quantitative, à moins de ramasser tous les mauvais risques, et que son souci premier soit de ne pas laisser partir les bons à la concurrence.

**Cinquième critère: les soins dentaires et optiques**

Pour une large partie de la population, le principal avantage d'une mutuelle est de fournir des remboursements corrects sur les lunettes et les prothèses dentaires. Qu'en est-il au juste du comportement commercial des mutuelles sur ces deux services qui font leur réputation? Il s'avère qu'une partie non négligeable n'est pas concernée et que, chez les autres, la réponse peut sembler déconcertante...

● **Pourcentage (pondéré) des mutuelles dont la priorité en matière de soins dentaires est...**

	Famille C	Famille M	Famille P	Total
... de proposer des remboursements attractifs	42	39	0	27
... d'envoyer les patients vers un centre mutualiste	37	26	39	33
... les deux autant et simultanément	33	19	18	22
Mutuelle non concernée	0	17	52	24

Source: Philippe Kaminski et IRG.

Sur chaque colonne, le total des quatre lignes fait 100 %.

● **Pourcentage (pondéré) des mutuelles dont la priorité en matière de soins optiques est...**

	Famille C	Famille M	Famille P	Total
... de proposer des remboursements attractifs	36	35	8	27
... d'envoyer les patients vers un centre mutualiste	31	29	30	30
... les deux autant et simultanément	33	19	14	21
Mutuelle non concernée	0	17	48	22

Source: Philippe Kaminski et IRG.

Même principe que tableau précédent.

La promotion exclusive d'un centre de soins mutualiste spécialisé est remarquablement identique entre les trois familles de mutuelles. Comme la moitié des mutuelles orientées vers la prévoyance se désintéressent totalement de l'optique et des soins dentaires (alors que nombre d'entre elles font aussi de la complémentaire santé), cela laisse entendre qu'elles ne s'en occupent que si elles sont liées à un centre de soins. La défausse totale survient aussi pour 17 % des mutuelles mixtes; leurs adhérents sont donc, vraisemblablement, invités à s'affilier à une seconde mutuelle. Mais les choses présentent un visage inattendu lorsque l'on croise ces réponses avec la gestion en propre de centres de soins dentaires ou optiques.

### ● Répartition (pondérée) des mutuelles vis-à-vis des soins dentaires et optiques

Soins dentaires	Gèrent un centre mutualiste	Ne gèrent pas de centre mutualiste
proposent des remboursements attractifs	9,3	17,9
dirigent les patients vers un centre mutualiste	13,7	13,1
les deux autant et simultanément	14,7	7,6
Mutuelle non concernée	0	23,7

  

Soins optiques	Gèrent un centre mutualiste	Ne gèrent pas de centre mutualiste
proposent des remboursements attractifs	10,5	16,3
dirigent les patients vers un centre mutualiste	14,9	14,9
les deux autant et simultanément	13,5	7,6
Mutuelle non concernée	0	22,3

Source: Philippe Kaminski et IRG.

Même principe que tableau précédent.

On aurait pu s'attendre à ce qu'une mutuelle associée à un centre de soins dentaires ou optiques y envoie systématiquement ses adhérents; or, c'est loin d'être le cas. Elle ne le fait même pas davantage qu'une mutuelle qui n'est liée à aucun centre.

Deux explications susceptibles d'éclairer la question ont été suggérées.

La première tient au fait que les centres optiques et dentaires sont des produits d'appel, des « vitrines », lancés en période de vaches grasses, mais qu'à l'usage ils se révèlent lourds à gérer et surtout très déficitaires. Même si les mutuelles n'envisagent pas un désengagement total, elles chercheraient à limiter les dépenses, à rationaliser l'utilisation, et ne feraient plus de promotion systématique.

La seconde explication tient aux règles qui interdisent, ou du moins encadrent fortement, la publicité médicale. Les mutuelles n'ont le droit de donner l'adresse et les heures d'ouverture de leurs centres que dans leurs bulletins réservés aux adhérents. Ceci a pu influencer sur le comportement de réponse. Il conviendra en tout état de cause, une fois la situation stabilisée, de voir dans quelle mesure les centres mutualistes, optiques ou dentaires, devenus théoriquement autonomes et pleinement immergés dans la bataille concurrentielle, pourront conserver ou non des liens privilégiés avec des mutuelles prescriptrices, au travers de groupes formalisés ou par simple complicité mutualiste.

### Troisième série de questions : le positionnement des produits

Chaque entreprise reconnaît plus ou moins précisément, dans sa gamme de produits et dans leurs caractéristiques, ce qui est original, qui peut justifier un avantage comparatif ou commercial, de ce qui est plus courant et semblable au gros de l'offre du marché. Où les mutuelles situent-elles leurs forces et leurs faiblesses, leur originalité, ce qui les distingue, les qualités dont elles peuvent se prévaloir ?

#### En quoi votre offre en matière de complémentaire santé se distingue-t-elle de celle de vos concurrents ?

Caractéristiques distinctives	Rang	C	M	P	T
Diversité des gammes de garanties	4	3,18	3,04	3,63	3,24
<b>Délai de remboursement réduit</b>	<b>2</b>	<b>3,82</b>	<b>4,15</b>	<b>3,81</b>	<b>3,97</b>
Prix compétitif	5	2,90	2,70	2,55	2,72
<b>Proximité, qualité de l'accueil et du suivi</b>	<b>1</b>	<b>4,03</b>	<b>4,31</b>	<b>4,46</b>	<b>4,27</b>
Valeurs mutualistes de solidarité	3	3,68	3,63	3,58	3,63

Source : Philippe Kaminski et IRG.

Lecture du tableau : La réponse donnée par la mutuelle a la forme d'une « note » variant de 1 à 5. Plus celle-ci est élevée et plus les caractéristiques de ses produits sont spécifiques. La note 1 correspond à une offre totalement banalisée et la note 5 à des produits exclusifs que la mutuelle affirme être la seule à offrir.

Les deux items les plus fortement revendiqués (en caractères gras) portent tous deux sur la qualité du service rendu à l'adhérent. L'écart qui les sépare n'est pas statistiquement significatif. Le score record de 4,46 atteint chez les mutuelles orientées vers la prévoyance indique que les plus grandes lui ont toutes attribué la note maximale 5, ce qui est exceptionnel pour ce genre de questionnaire. En tout état de cause, les niveaux atteints montrent une unanimité des mutuelles à affirmer que la qualité de leur service client représente pour elles un avantage comparatif très marqué.

Vient ensuite, mais assez loin derrière, l'affirmation des valeurs mutualistes. Bien que l'écart entre cet argument et l'item suivant (la diversité des gammes offertes) paraisse élevé, il n'est pas vraiment significatif, signe que pour ces deux caractéristiques les variances des réponses sont assez fortes.

L'avantage prix de la complémentaire santé est classé bon dernier. Manifestement, les mutuelles sont d'accord, ce n'est pas là-dessus qu'elles doivent organiser leur communication.

Des conclusions analogues, mais moins tranchées, s'observent sur la prévoyance, pour laquelle on a légèrement modifié l'intitulé des questions et ajouté un item. Un groupe de trois items est significativement mis en avant,

mais aucune moyenne n'atteint le niveau 4; tous trois tournent autour de la qualité de service. Loin derrière et groupés viennent la diversité, le prix et enfin l'éthique mutualiste. Celle-ci est nettement moins bien notée que pour la complémentaire santé; elle fait en effet référence à la solidarité entre les âges et les générations, alors que pour la complémentaire il s'agit d'une règle de partage solidaire en temps réel, immédiatement visible pour l'adhérent.

### ● En quoi votre offre en matière de prévoyance se distingue-t-elle de celle de vos concurrents ?

Caractéristiques distinctives	Rang	C	M	P	T
Diversité des gammes de garanties	4	3,08	3,26	2,79	3,06
<b>Qualité de l'accueil et de l'information</b>	<b>3</b>	<b>3,36</b>	<b>3,35</b>	<b>3,58</b>	<b>3,44</b>
<b>Adéquation aux besoins des adhérents</b>	<b>2</b>	<b>3,06</b>	<b>3,77</b>	<b>3,96</b>	<b>3,72</b>
Prix compétitif	5	3,03	3,31	2,93	3,13
<b>Qualité du suivi commercial</b>	<b>1</b>	<b>3,13</b>	<b>3,86</b>	<b>3,53</b>	<b>3,62</b>
Etiquette mutualiste de solidarité	6	3,29	2,34	3,42	2,89

Source: *Philippe Kaminski et IRG.*

Pour la complémentaire santé, les mutuelles qui y sont spécialisées se situent dans la moyenne d'intensité des arguments; les mixtes se placent bien devant elles sur les deux items dominants. Pour la prévoyance, au contraire, dans un ensemble moins contrasté, les familles se hiérarchisent d'une manière plus conforme à leur spécialisation.

Deux positions apparaissent comme atypiques. D'une part, la réponse des mutuelles orientées vers la prévoyance sur le thème de la diversité de leurs gammes: elles en font un atout relativement fort (3,63) pour la complémentaire santé, mais sont au contraire bien en retrait (2,79) dans leur spécialité de prévoyance. D'autre part, ce sont les mutuelles mixtes qui accordent le plus mauvais score (2,34) à l'éthique mutualiste pour leur offre de prévoyance. Auraient-elles le sentiment qu'il s'agit de la partie lucrative et banalisée de leur portefeuille, celle qui s'éloigne le plus de l'orthodoxie solidaire?

Il se trouve que, dans l'ensemble, ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus, sur des questions voisines, pour les moyennes entreprises industrielles. Certes, une comparaison directe entre un produit industriel manufacturé et les services rendus par une mutuelle de santé ne peut avoir de sens; néanmoins, des analogies assez nettes apparaissent entre la manière dont la mutuelle situe ses avantages comparatifs vis-à-vis de ses concurrents, c'est-à-dire essentiellement les grandes compagnies d'assurance, et celle dont les moyennes entreprises affirment leurs atouts face aux plus petites et surtout aux plus grosses.

Dans les deux cas, le prix n'est jamais mis en avant ; au contraire, les structures de taille moyenne ont conscience d'être chères. L'innovation, l'originalité des produits ou la diversité de la gamme offerte ne sont pas non plus privilégiées, sans pour autant être vues négativement ; on est bon, sans plus, et il n'y a guère d'arguments à en tirer.

La moyenne entreprise dit en quelque sorte : « Venez chez moi, faites-moi confiance, car je suis assez gros pour prendre toutes les commandes, pour assurer le service en temps et en heure, sans rupture. Mais je suis aussi assez petit pour être souple, rester à votre écoute, m'adapter à vos besoins, en un mot vous assurer un service de qualité personnalisé. Et cela vaut bien de payer un peu plus cher. » Cela n'est pas très différent du discours des mutuelles, que l'on retrouve en ces termes dans la prévoyance et de façon beaucoup plus affirmée dans la complémentaire santé. Mais dans ce cas, les mutuelles parlent du haut de leur position dominante et ne souffrent pas du « complexe » de la moyenne entreprise.

## ● Quatrième série de questions : les supports de commercialisation

Les mutuelles ont situé leurs points forts, leurs avantages comparatifs, mais comment et sur quels supports les mettent-elles en valeur ? La littérature distingue trois grands niveaux d'utilisation de ces points forts :

- la formation du personnel de vente et le contenu des dossiers qu'il utilise lors de ses visites et rendez-vous ; plus généralement, toute la communication tournée vers l'intérieur de l'entreprise, qui fonde l'identité de celle-ci et structure l'adhésion du personnel à l'image que l'entreprise veut donner d'elle-même. On regroupera ces notions sous le terme global d'argumentaires ;
- le matériel mis à disposition du client ou du visiteur (brochures, plaquettes, descriptifs), ce qui dans le cas des mutuelles s'étend aux bulletins d'information envoyés aux adhérents, ainsi qu'aux documents relatifs à la vie statutaire (assemblées générales, comptes rendus). Nous regrouperons cet ensemble sous le terme générique de catalogues ;
- la communication destinée à l'extérieur, quel qu'en soit le support et qui, bien entendu, va également toucher le personnel et les clients, mais ne leur est pas réservée. C'est ce que nous nommerons publicité.

Pour chacun des arguments liés au positionnement des produits, onze en tout quand on additionne complémentaire santé et prévoyance, l'enquête relève si la mutuelle l'a utilisé au moins une fois dans l'un ou l'autre de ces trois types de supports de communication, sans tenir compte de l'intensité du message. Quand on fait la somme de ces variables présence-absence sur une famille de mutuelles, on obtient un indicateur de répétition. Dans l'autre sens, quand on agrège les arguments, sur la même mutuelle ou sur tout le champ, on obtient un indicateur de diversité.

Dans la complémentaire santé, pour chacun des supports, l'indicateur de répétition reproduit fidèlement la hiérarchie d'intensité des arguments dans

le positionnement des produits, la note 4 correspondant en gros à une utilisation par 60 % des mutuelles. Les écarts entre les familles sont logiques : plus la mutuelle est spécialisée dans la complémentaire santé et plus elle utilisera un argument, qu'il s'agisse du meilleur (le service) ou du moins bon (le prix). La diversité des garanties, argument pourtant secondaire, est systématiquement utilisée par les mutuelles spécialisées, beaucoup moins par les autres.

Cependant, cette gradation n'est systématique que pour les supports à usage interne, surtout les catalogues, alors que dans la publicité ce sont les mutuelles mixtes qui font le plus souvent référence aux points forts ; même les mutuelles orientées prévoyance ne sont pas loin.

Dans la prévoyance, on note la même adéquation de l'indicateur de répétition avec les notes d'intensité ; mais comme celles-ci sont inférieures, nettement moins de mutuelles sont concernées : le total sur les six arguments est inférieur au total obtenu avec cinq arguments seulement sur la complémentaire santé. La hiérarchie entre les familles est inversée ; cette fois, les mutuelles orientées prévoyance viennent en tête sur les trois supports. On notera que l'argument prix est plus souvent utilisé que sa note ne le laisserait penser ; il l'est presque deux fois plus que pour la complémentaire santé ! En revanche, l'argument sur l'éthique mutualiste n'est presque jamais utilisé ; curieusement, ce sont les mutuelles qui font le moins de prévoyance qui lui donnent encore un (petit) droit de cité.

L'indicateur de diversité prend des valeurs importantes, avec une forte disparité entre les familles. En moyenne, une mutuelle utilisera pour sa communication 14,5 arguments, sur un total possible de 33. Dans la complémentaire santé, le nombre est plus fort : les mutuelles spécialisées arrivent à une moyenne de 9,58 pour un maximum possible de 15, alors que pour la prévoyance la famille P n'atteint qu'un score de 8,74 sur un maximum possible de 18.

On ne note que deux cas d'inversion par rapport à la hiérarchie naturelle des familles, pour les mutuelles mixtes qui, d'une part, sont les plus réticentes à parler d'éthique pour les produits de prévoyance et qui, d'autre part, sont les seules à mettre en avant la diversité de leur gamme, toujours dans la prévoyance. Sinon, partout ailleurs, la spécialisation commande le contenu de la communication, tous les arguments étant logés à la même enseigne.

Dans la famille C, la priorité donnée aux supports internes apparaît nettement ; l'écart par rapport aux mutuelles mixtes est considérable, grâce aux arguments secondaires qui y sont utilisés à grande fréquence. La famille C est relativement discrète dans sa publicité ; ainsi les valeurs mutualistes n'y sont-elles guère utilisées, du moins pas plus que les autres familles.

La famille P, en revanche, se distingue par un effort publicitaire très fort, d'abord sur sa spécialité, où elle n'hésite pas à mettre en avant ses prix, mais aussi en complémentaire santé.

## Cinquième série de questions : le système d'information

Ayant défini leur stratégie d'approche du marché, précisé le positionnement de leurs produits et choisi leurs supports de commercialisation, il reste à nos mutuelles à prendre les moyens de piloter et d'évaluer leur action commerciale. Pour cela, il leur faut organiser leur système d'information. Elles que l'on dit si pleines de prévention face aux commandements de la toute puissance du marché font-elles mieux, autant, moins bien ou autrement que les entreprises à but lucratif qui sont, en principe, quotidiennement incitées à se dépasser dans l'action commerciale?

Sur les treize sources d'information proposées, un groupe de trois items se dégage fortement : il s'agit des bases de données commerciales développées en interne et du retour direct d'information des adhérents, d'une part, des conseillers commerciaux, de l'autre. Remplaçons « adhérents » par « clients » et nous avons exactement ce que déclarent les moyennes entreprises industrielles quand on leur pose la même question.

Autant l'intérêt pour l'expression des adhérents est partagé de la même façon par les trois familles de mutuelles, autant les deux autres items les distinguent. Les mutuelles mixtes sont loin devant ; la famille C est distancée sur les bases de données internes, et la famille P sur les conseillers commerciaux. Diverses interprétations sont possibles : la complémentaire santé incite peut-être moins que la prévoyance à se doter d'une informatique décisionnelle.

### Quelles sont les sources d'information utilisées par la mutuelle pour orienter ses efforts de commercialisation ?

Sources d'information	Rang	C	M	P	T
Les conseillers commerciaux	2	3,87	4,32	3,35	3,89
Les données comptables	4	3,67	2,76	3,03	3,09
Les bases de données internes	1	3,66	4,35	4,11	4,09
Les besoins exprimés par les adhérents	3	3,66	3,92	3,81	3,82
Les sous-traitants	13	1,14	1,93	1,57	1,60
Les fournisseurs	12	1,73	1,93	2,26	1,98
Les concurrents	6	2,59	3,49	3,14	3,14
Les professions de santé	9	2,19	2,66	2,38	2,45
Les salons, voyages et colloques	9	2,14	2,54	2,82	2,52
Votre fédération	4	2,89	3,38	3,36	3,25
D'autres organisations d'économie sociale	11	2,08	2,27	2,34	2,24
Les revues d'affaires et spécialisées	8	2,15	2,74	3,16	2,72
Les publications officielles	7	2,87	3,01	2,45	2,79

Source : Philippe Kaminski et IRG.

Lecture du tableau : identique aux résultats sur le positionnement des produits.



Ensuite, mais loin derrière, nous trouvons un autre groupe de trois items, à savoir les données comptables, les sources fédérales et les concurrents. Cette fois, les différences avec les entreprises apparaissent nettement. Les liens qui unissent une mutuelle à sa fédération sont infiniment plus forts que ceux qui lient une entreprise à son organisation professionnelle; par ailleurs, les entreprises situent la surveillance des concurrents bien plus avant que les mutuelles, très près du retour de leurs commerciaux, loin devant les données comptables.

Cependant, sur ces deux derniers points, les mutuelles mixtes et de prévoyance ont un comportement semblable à celui des entreprises. Ce sont les mutuelles de la complémentaire santé qui s'en écartent résolument: elles privilégient les données comptables et ignorent totalement leurs concurrents.

Viennent ensuite quatre items correspondant à des sources d'utilisation peu fréquente, qui regroupent les sources externes (publications, colloques, salons...) et les rapports avec les professions de santé. Les items correspondants sont globalement mieux appréciés par les moyennes entreprises. Mais ici aussi, on peut dire que les mutuelles de prévoyance font jeu égal avec elles pour la lecture de revues professionnelles et la participation aux salons. Inversement, les entreprises font fort peu de cas des publications officielles, que les mutuelles se doivent au contraire, du fait de leur contexte réglementaire, de ne pas négliger!

Tout à fait en queue de peloton, viennent les autres organisations d'économie sociale (c'est sans trop d'illusions que nous avons introduit cette ligne dans le questionnaire, mais nous espérions quand même un peu mieux!), ainsi que les fournisseurs et les sous-traitants, notions qui n'ont sans doute pas grand sens pour les mutuelles. De leur côté, les entreprises traitent beaucoup mieux leurs fournisseurs, à l'égal des foires et salons.

Une autre question sur la recherche d'information, plus synthétique, illustre bien le fossé qui sépare la famille C des deux autres.

### Globalement, diriez-vous de votre recherche d'information qu'elle est...

	C	M	P	T
... spontanée, quand le besoin s'en fait sentir	67	22	39	39
... systématique, faite sur une base régulière	12	78	54	53
... inexistante, faute d'en éprouver le besoin	5	0	0	1
... inexistante, faute d'en avoir les moyens	16	0	7	7

Source: Philippe Kaminski et IRG.

Sur chaque colonne, le total des quatre lignes fait 100 %.

Plus de la moitié des mutuelles orientées prévoyance et les trois quarts des mutuelles mixtes affirment le caractère permanent de leur recherche d'information, ce qui suppose l'existence d'un service explicitement chargé de cette « veille technologique commerciale », alors que l'on n'arrive qu'à 12 % des réponses dans la famille C.

## Sixième série de questions : l'information sur les clients et prospects

Les mutuelles attachent donc une importance première aux informations qui viennent de leurs adhérents. Mais à l'inverse, quelles informations cherchent-elles à acquérir sur leurs adhérents et plus généralement sur leur clientèle, acquise ou prospectée ?

### Quelles sont les informations sur vos adhérents et prospects que vous recherchez le plus souvent ?

Types d'information	Rang	C	M	P	T
Leurs besoins	1	4,03	4,39	3,93	4,15
Leur connaissance de l'offre	5	2,94	3,79	2,47	3,14
Leurs critères de choix	4	3,43	3,87	3,04	3,49
Leur degré de satisfaction	2	3,87	3,99	3,79	3,89
Leur relation avec la mutuelle	3	3,87	4,05	3,90	3,91

Source : Philippe Kaminski et IRG.

Lecture du tableau : identique aux tableaux sur le positionnement des produits.

Besoins et degré de satisfaction viennent en tête ; mais alors que les entreprises placent très près les critères de choix, ce n'est pas vraiment un souci pour les mutuelles, du fait d'ailleurs de la famille P. D'une façon générale, c'est le comportement du client que les mutuelles ne cherchent pas trop, à l'heure actuelle, à connaître, et celles qui sont orientées prévoyance encore moins. En revanche, on notera l'intérêt marqué pour la connaissance de la relation entre l'adhérent et sa mutuelle, qui vient un peu en compensation des faibles scores recueillis plus haut par les valeurs mutualistes.

## Septième série de questions : l'information sur les concurrents

Nous avons vu que 40 % environ des mutuelles s'alignent sur leurs concurrents pour la définition de leur gamme de produits, ce qui suppose de disposer d'une information suffisante sur l'activité de ces concurrents. Ceux-ci constituant d'autre part une source d'information souvent citée (mais certes moins que ne le font les moyennes entreprises de l'industrie), la question doit concerner plus de 40 % des mutuelles. En fait, plus encore que le détail des produits offerts par la concurrence, ce sont les prix qui retiennent le plus l'attention.

### Quelles sont les informations sur vos concurrents que vous recherchez le plus souvent ?

Types d'information	Rang	C	M	P	T
Les nouveaux entrants sur le marché	7	2,62	3,81	2,49	3,07
Les parts de marché	6	3,20	3,28	3,05	3,18
Le détail des offres concurrentes	2	3,82	3,76	3,76	3,78
La localisation des concurrents	9	2,41	2,75	3,25	2,82
Leurs prix	1	3,90	3,95	3,91	3,92
Leurs forces et faiblesses	3	3,24	3,66	4,16	3,71
La structure de leur distribution	8	2,37	2,99	3,62	3,03
Leurs actions de promotion	4	3,15	3,33	3,76	3,42
Leur stratégie globale	5	3,36	3,03	3,42	3,24

Source: *Philippe Kaminski et IRG.*

Lecture du tableau: identique aux tableaux sur le positionnement des produits.

Cette primauté accordée aux prix, que l'on retrouve chez les moyennes entreprises, met particulièrement en relief le peu de poids que les unes et les autres accordent à leur propre argument prix : elles ont conscience d'être chères, donc autant ne pas insister là-dessus, mais elles veulent absolument savoir de combien elles sont plus chères que leurs concurrents plus grands qui peuvent réaliser des économies d'échelle ou casser les prix en vendant à perte.

Connaître les prix pratiqués par les concurrents, c'est en même temps connaître leur offre, leurs forces et leurs faiblesses ; mutuelles et moyennes entreprises donnent là-dessus des avis très semblables. Mais alors que ces dernières mettent au même niveau leur curiosité sur les parts de marché et leur évolution liée à l'arrivée de nouveaux compétiteurs, les mutuelles placent ces mêmes items loin derrière. Elles ont une vue beaucoup plus globale, unitaire, du marché, à l'inverse des entreprises qui ont besoin d'individualiser chacun de leurs concurrents.

Ce n'est pas forcément un point positif. L'esprit « seul contre tous » ne constitue-t-il pas un handicap, par rapport à l'esprit « chacun sa chance », lorsqu'il s'agit de nouer des alliances, de trouver des partenaires ?

Autre différence : vient ensuite, intercalé entre les items forts et les items négligés, le besoin d'information sur les actions de promotion des concurrents, alors que les moyennes entreprises en font moins de cas. Est-ce trivialement une simple question de temps ? Quand on entre dans la concurrence, tout apparaît comme une menace ; plus tard, on s'habitue à prendre des coups, à en donner...

Les items négligés par les mutuelles sont, outre les parts de marché et les nouveaux entrants, déjà cités, la localisation, la distribution et la stratégie globale; ce concept ne fait pas non plus recette chez les moyennes entreprises, comme si l'on y avait conservé ce vieux bon sens terrien qui se méfie des mots abstraits dont raffolent les experts, les intellectuels... et les patrons communicants des grandes entreprises.

Les familles de mutuelles ne se différencient guère sur leur besoin de connaître les prix et le détail de l'offre des concurrents. Mais ailleurs, on note plusieurs divergences d'attitude. La famille P se veut nettement plus consommatrice d'information que les autres, sur les forces des concurrents, leurs actions de promotion, voire leur localisation et leur distribution. En revanche, ce sont les mutuelles mixtes, et elles seules, qui s'intéressent aux nouveaux entrants.

Une autre question sur la concurrence cherche à établir si les mutuelles moyennes se sentent vraiment moyennes, au sens qu'elles se voient plus petites que leurs concurrents.

### Diriez-vous que vos concurrents directs sont plutôt...

	C	M	P	T
... des entreprises plus grandes que votre mutuelle	62	79	50	65
... des entreprises de même taille que votre mutuelle	27	25	35	29
... des entreprises plus petites que votre mutuelle	21	14	33	22

Source: Philippe Kaminski et IRG.

Lecture du tableau: Chaque chiffre est un pourcentage pondéré, dans la colonne correspondante. Comme il était possible de répondre oui à plus d'une éventualité, le total de chaque colonne est supérieur à 100 %.

Les réponses sont mitigées. La majorité, surtout celle des mutuelles mixtes, est bien dans ce cas de figure; elles luttent avec plus grands qu'elles. Mais il y a des exceptions. Les mutuelles orientées prévoyance voient la concurrence venir de partout, même de plus petits.

### Huitième série de questions : l'organisation de la fonction commerciale

A quel niveau se prennent les décisions relevant de l'action commerciale? Quelle est l'organisation mise en place par la mutuelle? Nous avons adapté le questionnaire utilisé pour les moyennes entreprises, mais sans doute insuffisamment, et cela a provoqué quelques difficultés de compréhension de la part des mutuelles, qui n'ont pas les mêmes structures ni surtout le même vocabulaire.

### ● Dans votre mutuelle, qui définit la politique de produits ?

	C	M	P	T
Le directeur commercial et son service	28	62	33	44
Le directeur général	44	42	35	40
Le conseil d'administration	27	26	48	33
L'assemblée générale	25	3	26	16
Vous suivez les consignes fédérales	0	3	17	7
Autres cas, à préciser	30	33	21	28

### ● Dans votre mutuelle, qui est chargé de la rédaction des argumentaires ?

	C	M	P	T
Le directeur commercial et son service	31	34	63	43
Le directeur général	15	11	0	9
Le responsable de la communication	22	11	31	21
Vous suivez les consignes fédérales	0	3	8	4
Autres cas, à préciser	41	52	37	44

### ● Dans votre mutuelle, qui est chargé de la conception des catalogues et publicités ?

	C	M	P	T
Le directeur commercial et son service	9	38	39	31
Le directeur général	8	23	4	13
Le conseil d'administration	0	3	9	4
L'assemblée générale	44	28	11	27
Vous suivez les consignes fédérales	0	3	0	1
Autres cas, à préciser	47	52	53	51

Source : Philippe Kaminski et IRG.

*Lecture des tableaux : Sur chaque colonne, en raison des réponses multiples possibles, le total des pourcentages peut dépasser 100 %. La plus grande part de la dernière ligne vient généralement renforcer la première. Nous n'avons pas cherché à retracer le détail de la rubrique « Autres, à préciser » ; or, il se trouve qu'en dépouillant les indications reçues on trouve un bon nombre d'objets qui auraient dû figurer sur une autre ligne du tableau, qu'il aurait été possible de réaffecter a posteriori, avec un certain arbitraire. Le principal sujet d'incompréhension provient des deux mots « commercial » et « marketing » qui, dans l'esprit de l'enquête, ne devraient faire qu'un.*

L'argumentaire apparaît comme un enjeu strictement technique. Pour sa conception, les mutuelles font souvent appel à un prestataire externe; ou alors, cela revient au directeur de la communication, quand il y en a un. Le directeur commercial ne s'en charge donc pas toujours; quelquefois, on note une intervention de la direction générale. Mais ce n'est jamais l'affaire de l'assemblée générale ou du conseil d'administration.

Le conseil ne se penche pas sur les détails. En revanche, il intervient souvent sur la politique des produits; le directeur général aussi, quand il juge que c'est stratégique, mais il lui arrive également de se réserver la conception des supports. Quand on tient à tout faire soi-même, à quoi sert-il de nommer un directeur commercial?

Assez souvent, et d'autant plus qu'il s'agit de complémentaire santé, l'assemblée générale décide de la conception des supports visibles. La vie démocratique reste vivace au sein du monde mutualiste, car une partie non négligeable des réponses nous apprennent que c'est aussi en assemblée générale que se décide la politique des produits. Celle-ci apparaît alors comme une affaire politique autant que technique.

Les recommandations fédérales ne sont citées que pour mémoire. Elles ne sont pas plus fréquemment mises en avant que des consignes provenant d'une mutuelle tête de groupe.

Il reste donc notre directeur commercial et son service marketing ou développement. Dans une large moitié des cas, il exerce les responsabilités correspondant à son titre; mais sa situation dans l'univers mutualiste n'est pas toujours claire. Ecartelé entre la communication, les élus ou un directeur général qui ne lui laisse guère d'autonomie, il est à l'image de la fonction commerciale des mutuelles: attendant de sortir enfin d'une longue ambiguïté.

---

## **Typologie des mutuelles dans le marché**

Il est naturel de terminer le dépouillement d'une telle enquête en cherchant à dégager des profils types de comportement. Nous sommes malheureusement dans une configuration qui rend la chose difficile: beaucoup de variables, très peu d'observations; de surcroît, certaines répondantes ne font pas de prévoyance, d'autres pas de complémentaire santé. Les résultats obtenus sont trop sensibles aux hypothèses utilisées, trop instables; il nous a semblé dès lors préférable d'attendre d'avoir fait la même opération sur les moyennes entreprises et de situer les mutuelles par rapport à des types ainsi définis sur des populations plus vastes.

Il est néanmoins possible de donner dès maintenant quelques grandes lignes de conclusion qui ne risquent pas d'être remises en cause par la poursuite des travaux. Mais cela reste lacunaire, voire frustrant. Nous espérons pouvoir effectivement aller nettement au-delà...

La confrontation de toutes les variables d'opinion de l'enquête conduit à dégager trois groupes dont le périmètre reste flou et varie sensiblement avec

le nombre et le choix des variables booléennes que l'on y adjoint. Mais leur nombre ne suscite guère d'hésitations.

Trois profils de comportement commercial se dégagent de la population des mutuelles de taille moyenne en 2002. Chacune se rattache de façon plus ou moins nette à l'un d'eux. Les frontières des trois types ne sont ni précises ni stables, mais une chose au moins est certaine : leur composition traverse les trois familles que nous avons utilisées au cours de notre analyse. Dans chacun on retrouve de tout : prévoyance et complémentaire santé, plus grandes et plus petites, nationales et locales.

Le plus nombreux, environ 40 %, regroupe des attitudes que nous pourrions qualifier, avec toutes les précautions d'usage, de défensives. On y fait moins de prévoyance qu'ailleurs, moins de contrats collectifs aussi ; on est moins concerné par les restructurations. La gamme des produits est éprouvée, peu étendue ; du moins l'argument sur la diversité des gammes y atteint-il son étiage. En revanche, c'est là, et là seulement, que les valeurs mutualistes sont autant mises en exergue. La priorité absolue est à la fidélisation des adhérents. On s'inquiète de leur relation à la mutuelle, plus qu'ailleurs ; en dehors de cela, on n'est pas très demandeur d'informations, en tout cas pas sur la concurrence, que l'on ne situe pas forcément chez les gros.

Un autre groupe fédère environ 35 % des mutuelles autour d'un profil type caractérisé par l'organisation et une certaine maturité. Le service commercial est en place et maîtrise tant son informatique que son environnement ; de quasiment toutes les variables d'opinion ressort une impression d'équilibre et de stabilité. On consomme de l'information, mais juste ce qu'il faut ; on y est parfaitement conscient, beaucoup plus nettement qu'ailleurs, de pratiquer des prix élevés dans la complémentaire santé et de distribuer des produits de prévoyance qui n'ont pas grand chose de solidaire. On se risquera à nommer ce groupe les performantes.

Il reste environ 25 % des mutuelles, en moyenne une peu plus petites que l'ensemble, qui se rassemblent sur des valeurs de priorité absolue à la croissance et d'adoption mimétique du comportement de la concurrence. Leur organisation ne paraît pas stabilisée ; elles affichent une boulimie de consommation d'information, elles produisent quantité de supports chargés de tous les arguments possibles. Elles sont surtout attentives à l'observation de leurs concurrents ; on les nommera, pour éviter toute connotation dévalorisante, les audacieuses.

---

## Synthèse – Mutuelles de santé et économie sociale

On ne passe pas d'un discours exclusivement centré sur la solidarité à l'appropriation sereine d'une identité de compétiteur sans traverser des tempêtes. L'irruption dans l'univers mutualiste des techniques de commercialisation, telles qu'on les enseigne dans les écoles de gestion, semble se heurter à une véritable muraille culturelle. L'identité même de la mutualité et sa cohérence idéologique s'en trouveraient déstabilisées.

Il faut savoir prendre le temps de l'intégration, de la « digestion » de ces apports allogènes, et avoir la volonté d'y parvenir.

Le vocabulaire lui-même s'en trouve affecté; il est des mots que l'on n'aime pas prononcer. On ne va pas jusqu'à parler d'agents commerciaux, encore moins de vendeurs; ce sont des « conseillers », des « conseillers mutualistes », des « agents d'accueil », parfois des « chargés de clientèle ». On parle encore peu de « produits », surtout pas de « contrats », mais plutôt de « garanties ». Ici, le directeur commercial se cache sous l'appellation plus discrète de « directeur du développement », alors qu'à la FNMF on ne veut toujours pas parler d'effort commercial, le mot reste tabou, mais on ouvre une école de vente et l'on met à la disposition des mutuelles des « kits de com »... La main gauche veut ignorer ce que fait la droite!

Derrière ces apparentes pudeurs de langage se cache en fait une interrogation fondamentale: comment les solidarités non marchandes qui fondent la cohérence du mouvement mutualiste, et dont celui-ci a toujours proclamé haut et fort non seulement qu'elles sont supérieures à l'économie de profit, mais qu'elles lui sont radicalement étrangères, pourront-elles survivre à un tel métissage?

Et cependant, de nombreuses mutuelles ont déjà, étape après étape, sauté le pas et adopté des pratiques commerciales qui pour ne pas dire leur nom n'en sont pas moins authentiquement concurrentielles. Les mutuelles forment comme un arc-en-ciel et présentent, de la plus engagée dans la bataille commerciale à la plus soucieuse du maintien de ses valeurs fondatrices, une grande variété de situations. Gardons-nous cependant d'en donner une image qui mettrait en opposition celles qui sont « en avance » et celles qui sont « en retard »; nous avons au contraire distingué les mutuelles « performantes », qui selon nous ont adopté le bon rythme, des « défensives », qui n'ont pas encore beaucoup bougé, et des « audacieuses », qui sont peut-être allées trop vite ou trop imprudemment.

On aurait pu penser que l'année 2002 et ses restructurations menées au pas de charge allaient resserrer la diversité des mutuelles, les contraindre à adopter peu ou prou toutes le même modèle face à la concurrence et aux obligations prudentielles. L'enquête nous montre qu'il n'en est rien; l'ensemble du nuage s'est déplacé, il a été traversé de bouleversements, mais il conserve son étendue et sa diversité. Il ne faut pas s'en étonner; l'écart était tel entre les mutuelles les mieux protégées et celles qui depuis longtemps déjà sont exposées au vent du large qu'il ne pouvait disparaître d'un trait de plume, même venu de Bruxelles.

Notre interrogation n'est pas tant de savoir combien de mutuelles sauront survivre en s'imposant dans la bataille concurrentielle, mais combien sauront le faire en conservant ou en refondant leur identité d'économie sociale. L'enquête ne nous apporte là-dessus rien de bien encourageant: l'éthique mutualiste apparaît comme un valeur défensive, elle est absente de la prévoyance, et les mutuelles n'entretiennent guère de relation avec les autres organismes d'économie sociale.



Mais il ne faut pas pécher par excès de pessimisme et en rester à ce constat amer. En paraphrasant une formule célèbre, affirmons tout net : « L'économie sociale est morte, vive l'économie sociale ! »

On ne peut pas nier l'évidence : devant le mouvement général qui exacerbe les valeurs de compétition, de rentabilité et d'individualisme, les références à l'économie sociale prennent l'allure d'incantations vieillottes et de branches mortes qu'il faut savoir couper. Surtout aux yeux de responsables du développement commercial...

C'est une banale question de vocabulaire. L'enquête ne fait que nous confirmer l'image poussiéreuse et désuète de certaines expressions qui certes nous sont chères, mais ce n'est pas cela qui les fera vivre, alors que d'un autre côté, celui des réalités et non celui des mots, elle n'est pas avare d'indications sur la voie à suivre. Et prenons une enquête pour ce qu'elle est, allons quelque peu au-delà, en puisant avec discernement dans notre subjectivité.

Les enjeux, pour que la mutualité reste dans l'économie sociale et la renouvelle, se déclinent en trois volets : la vitalité du sociétariat, le retour à une économie sociale endogène et l'adaptation au futur contexte du financement de la santé et de la protection sociale.

### **La vitalité du sociétariat**

Il en va des mutuelles comme des communes : plus on fusionne, moins il y a d'élus et plus les assemblées d'élus s'éloignent de la base. Les micro-mutuelles s'étaient déjà bien raréfiées, mais dans plusieurs zones de territoire elles étaient encore bien présentes il y a peu. Cette fois, c'en est fini, et partout. Que restera-t-il de la « taille humaine » qui faisait peut-être la force, en tout cas la fierté des micro-mutuelles ? Rien n'est fatal et l'avenir appartient à ceux qui sauront se retrousser les manches, car il n'existe pas, contrairement à ce que l'on pense trop souvent, de relation automatique entre le nombre des sociétaires et la qualité de leur relation avec leur organisation d'économie sociale.

Le monde mutualiste va vivre sur ce point une aventure parallèle à celle qu'a traversée et traverse toujours le Crédit agricole ; à lui d'en tirer les leçons et de savoir maintenir les liens affectifs d'appartenance qui l'unissent à ses sociétaires.

La nouvelle législation met en effet à la disposition des mutuelles deux outils à double tranchant, d'où pourront naître, sinon le meilleur ou le pire, du moins le maintien de l'esprit de solidarité mutualiste ou sa disparition programmée : la « substitution » et le « transfert de portefeuille ». Par ces dispositions, tout mutualiste pourra, sans le savoir sinon à participer effectivement aux débats de l'assemblée générale, voir son compte géré par un organisme cessionnaire plus ou moins lointain (en fait, n'importe quel assureur exerçant comme tel dans l'Union européenne) et sa mutuelle réduite au rang de simple boîte aux lettres.

Certes, les contrats d'entreprise permettront de maintenir la proximité géographique. Les mutuelles de fonctionnaires et assimilés verront sans doute peu de changements dans leur fonctionnement vis-à-vis des adhérents.

En revanche, l'irrigation du milieu rural, le contact avec les sociétaires âgés ou isolés, la confiance des professions à forte identité collective courent de gros risques à voir se relâcher les liens de proximité.

Ce ne sont pas les progiciels de gestion de la relation client (CRM) ni la multiplication des services « en ligne » qui pourront s'y substituer ; on a eu tout loisir de vérifier qu'aucune entreprise de banque uniquement fondée sur ce genre d'instruments n'a pu trouver son point mort, même celles qui étaient spécifiquement tournées vers la clientèle fortunée la plus bohème et la plus branchée. Il ne peut donc s'agir que de services complémentaires, certes nécessaires et utiles, mais en aucun cas de prothèses miraculeuses.

La survie des mutuelles de santé, dans un environnement de concurrence qui ne sera pas tendre, passe par leur équilibre financier, et celui-ci passe par leur efficacité commerciale, objet de notre questionnement. Même si le mot est souvent banni, la réalité du concept s'impose à tous : il faut fidéliser le sociétariat existant, surtout le plus solvable, étendre la gamme des prestations qu'on lui fournit, surtout les plus profitables, capter la clientèle des jeunes, répondre aux besoins nés de la mobilité professionnelle et géographique.

Mais les mutuelles sentent aussi que cela ne suffira pas. Il faut aussi que leurs produits se distinguent clairement de ceux de la concurrence, il faut que leur label « mutualiste » conserve un sens et soit recherché pour lui-même. Et cela passe entre autres choses par le maintien, voire la restauration ou le développement, des liens de proximité avec les sociétaires, avec le maximum de sociétaires. Si ces liens doivent être mis à mal par les rationalisations et les regroupements, il faudra compenser ces évolutions par des mesures spécifiques.

Une première voie est la réaffectation à des tâches relationnelles de personnels libérés par la substitution progressive des échanges télématiques de données au traitement des dossiers papier. Il ne faut pas s'en cacher les limites et les difficultés : tous n'y seront pas aptes, il y aura des coûts de formation, et il faudra démontrer que leurs nouvelles missions apporteront plus de rentabilité que les plans sociaux ou les départs en préretraite que les concurrents, placés devant les mêmes problèmes de reconversion, mettront en œuvre avec certainement moins d'états d'âme que l'économie sociale.

Une seconde voie, qu'il conviendrait d'encourager, est la recherche de synergies au sein du monde de l'économie sociale, vers les coopératives de crédit et les assurances à caractère mutuel, dont les métiers se rapprochent et qui sont confrontées aux mêmes enjeux de maintien et de valorisation du lien sociétariat, éventuellement vers certaines structures associatives du secteur sanitaire et social. D'ailleurs, les mutuelles de santé ont-elles vraiment le choix ? Si elles ne privilégient pas ces partenariats endogamiques fondés sur des valeurs d'économie sociale, l'exposition à la concurrence les mènera tout droit à l'inéluctable banalisation finale.

### **Le retour à une économie sociale endogène**

J'avais il y a quelques années parlé de la coexistence au sein de l'économie sociale des « ruminants » et des « carnassiers », et plus tard développé l'idée

de l'existence parallèle de deux modèles théoriques fondateurs, celui de l'entreprise où vient se greffer la notion de sociétariat et celui, fondamentalement différent, de l'œuvre de charité.

En termes modernes, la distinction entre les « solidarités endogènes », qui s'exercent au bénéfice des adhérents, et les « solidarités exogènes », qui viennent en aide à un public extérieur, reste un point cardinal de la structuration de l'économie sociale, même si toutes les nuances intermédiaires peuvent se rencontrer et même si à l'origine elles sont toutes deux « filles de la misère et de la nécessité ».

Mais il faut toujours revenir aux choses simples : ou bien on s'engage solidairement pour soi ou pour les siens, pour gagner de l'argent, directement ou non, peu importe que ce soit pour survivre, se prémunir contre le malheur ou s'enrichir ; ou bien on s'engage solidairement pour les autres, pour une belle idée.

Aussi sociales et humanitaires que soient ses finalités, la mutualité appartient par nature à la première catégorie. Les adhérents se serrent les coudes, ils se sont choisis et se font confiance parce qu'ils se connaissent. Pour entrer dans leur cercle, il faut montrer patte blanche et prêter serment : c'est ainsi que le groupe se prémunit de la sélection adverse et du hasard moral. Fondamentalement, l'adhésion à un groupe mutualiste obéit à un calcul égoïste bien compris et l'engagement militant qu'il nécessite n'est que le prix, avantageux pour les deux parties, de l'utilité que l'on en retire.

La réussite du mouvement mutualiste lui a apporté des ressources propres, lui a permis d'acquérir puissance et audience dans la société. Il s'est émancipé de la somme des intérêts égoïstes de ses sociétaires pour porter un intérêt collectif qui est devenu sa marque spécifique. Ainsi, et depuis fort longtemps, une frange de la mutualité joue dans la cour de la solidarité altruiste (qui est peut-être ici la forme la plus subtile et la plus aboutie de l'égoïsme?) et cela est devenu tellement visible et évident que l'on en est venu à oublier les fondamentaux.

La mutualité s'est mise ainsi à assumer des missions d'intérêt général. Elle milite pour un projet global de santé publique. C'est fort salubre, car d'autres devraient le faire qui ne le font pas ! Elle affirme le faire au nom de tous ses sociétaires, chacun sait que c'est une fiction que permettent les dévolutions de pouvoir en cascade, mais personne ne s'en offusque, bien au contraire. Tant et si bien que la mutualité s'est, ces dernières décennies où elle vit à l'ombre de la Sécurité sociale dont elle se veut le défenseur jaloux et l'aiguillon, peu à peu installée dans une identité d'économie sociale altruiste, de solidarité exogène.

La transposition des directives européennes aura pour effet de ramener brutalement chaque mutuelle à des sentiments égoïstes. Ce n'est pas incompatible avec l'économie sociale, bien au contraire ! Simplement, ce n'est plus sa version ruminante, c'est sa version carnassière. Renoncer à la « ruminance » n'est pas renoncer à l'économie sociale, c'est cela que les mutuelles doivent comprendre. La clef réside, là encore, dans la vitalité du sociétariat. Rien n'interdira ensuite à la mutualité, bien au contraire, de

continuer à porter et à défendre un projet de société! Il serait cocasse, alors que les assurances privées occupent une position privilégiée au Medef et redoublent d'efforts de communication, qu'une mutualité redevenue égoïste, mais intelligemment, ne puisse utiliser les mêmes armes pour faire valoir sa spécificité!

### **L'adaptation au futur contexte du financement de la santé et de la protection sociale**

Nombre de mutuelles défensives perdureront encore un certain temps, car il reste des niches où la concurrence n'entre pas naturellement. Dès lors qu'elles ont accumulé assez de réserves pour satisfaire à leurs nouvelles obligations prudentielles, il n'y a aucune raison pour qu'elles ne continuent pas comme par le passé, si les adhérents leur restent fidèles. Il ne faut pas voir les défensives comme des dinosaures destinés à disparaître promptement faute de s'être adaptés à temps.

Et cependant, tout laisse penser que, si elles peuvent passer sans trop d'encombre l'épreuve actuelle, elles ne seront pas épargnées par la toute prochaine qui s'annonce.

Ne versons pas dans le catastrophisme, comme trop de commentateurs y sont enclins. Mais il est évident que les équilibres de financement de la santé et de la protection sociale tels qu'ils se sont maintenus vaillent que vaillent jusqu'à présent et où les mutuelles ont fait leur place, on pourrait dire se sont tissés leur cocon, n'en ont plus pour longtemps à vivre et qu'une grande incertitude plane sur ce que sera l'avenir non seulement des retraites, mais du système de santé tout entier.

Des millions de mutualistes, jusqu'ici bons risques et cotisants fidèles, vont basculer en peu d'années dans le camp des mauvais risques, sans que de nouvelles ressources puissent être naturellement trouvées à due proportion. C'est là que nous attendons la mutualité. Elle a prochainement rendez-vous avec sa propre histoire. Si elle se cantonne alors dans des réactions défensives, que pour le coup on pourra qualifier de rétrogrades ou d'obscurantistes, elle perdra sa légitimité et sa raison d'être. Si elle innove, si elle retrouve son esprit pionnier, si elle fait œuvre authentiquement solidaire, elle sauvera la protection sociale et régénérera l'économie sociale. Ayons d'ores et déjà les yeux fixés sur les enjeux de ce très prochain lendemain. ●