Bricoler une action municipale de santé à faible coût ou rebâtir des solidarités organisées ? Regard sur la diversité des « mutuelles communales »

Clémentine COMER [1]

À partir du cas des « mutuelles communales », contrats de complémentaire santé à tarif préférentiel proposés par les élus locaux à leurs administrés, cet article examine l'élargissement à bas coût de l'intervention sociale des municipalités. Il rend en cela compte de bricolages et d'expérimentations de la part de pouvoirs publics locaux pourtant dépourvus de compétences en matière de couverture d'assurance maladie. Parce qu'il répond à un projet citoyen et social plus ou moins porté politiquement, s'insère dans les réseaux locaux d'acteurs de l'assurance, et rencontre une offre commerciale que se disputent mutuelles territoriales, réseaux de courtiers et grandes compagnies d'assurance, le déploiement des mutuelles communales donne à voir des configurations d'action publique contrastées, tant du point de vue de la portée solidaire des dispositifs que de leur pérennité économique.

Devenue une mesure sociale phare du programme des candidats au scrutin municipal, la mutuelle communale (MC) [2] peut être interprétée comme le renouveau contemporain des valeurs de la mutualité et la déclinaison locale de l'État-providence. La complémentaire santé de village, dont la genèse revient à une adjointe d'une petite commune du Vaucluse, a fait, depuis sa première apparition en 2013, des émules dans plusieurs communes françaises, villes de taille conséquente, voire départements [3]. Cet engouement

1. Docteure en science politique et post-doctorante à l'Irisso, Université Paris-Dauphine. Je remercie Marion Del Sol pour sa relecture et ses commentaires sur l'article.
2. Pour simplification, dans la suite de notre démonstration, nous utiliserons l'acronyme MC pour renvoyer au terme générique de mutuelle communale.
3. Le nombre exact de communes engagées dans la mise en place d'une mutuelle communale est difficilement évaluable. Selon un article de *L'Argus de l'assurance* datant d'octobre 2019, 2800 communes seraient concernées, soit 25000 personnes couvertes, dont 70 % de plus de 60 ans.

se retrouve du côté des assureurs qui ont pour nombre d'entre eux développé une gamme de contrats aux appellations aussi diverses que « Mutuelle communale », « Ma mutuelle de village », « Mutuelle villageoise », « Mutuelle de commune », « Ma Commune, Ma Santé », etc. Malgré leur dénomination, ces dispositifs d'accès à l'assurance santé complémentaire ne sont pas à proprement parler des mutuelles. Ils se résument en réalité à la négociation par les élus locaux, et pour le compte de leurs administrés, de contrats d'assurance de complémentaire santé à tarif préférentiel. Leurs principes se rapprochent ainsi des achats groupés appliqués aux couvertures d'assurance maladie complémentaire santé. Concrètement, les gammes de garanties distribuées ressemblent aux couvertures individuelles classiquement proposées par les assureurs ; ce qui les en distingue est le coût, puisque les assurés bénéficient en principe d'un avantage tarifaire dit de « groupe ».

Ces dispositifs d'accès à l'assurance complémentaire font figure d'ovni dans le paysage de la complémentaire santé. Ils ne correspondent à aucune configuration standardisée s'agissant du périmètre de mutualisation des risques puisque celle-ci peut s'opérer à l'échelle de la commune, d'un regroupement de communes, d'une association d'assurés ou de l'organisme assureur. En ce sens, les MC recouvrent une variété de contrats d'assurance : depuis des contrats de groupe à adhésion facultative proposés par des associations d'assurés [4] jusqu'aux contrats à adhésion individuelle bénéficiant de tarifs négociés collectivement par une ou plusieurs communes (Ma mutuelle de village) [5], en passant par la simple remise de prime par rapport aux tarifications classiquement appliquées par les compagnies d'assurance [6] (encadré 1).

Une autre caractéristique qui singularise ces dispositifs d'accès à la complémentaire santé est leur cible commerciale. La mise en place de l'accord national interprofessionnel (ANI) en 2013, qui rend obligatoire la couverture santé complémentaire pour les salariés du secteur privé, a en effet considérablement réduit le spectre d'assurés susceptibles d'être couverts par les MC aux personnes qui ne se retrouvent pas dans le champ d'application de la « généralisation » de la couverture santé (les jeunes, les sans-emploi, les agents publics, les travailleurs non salariés et les retraités). En pratique, la majorité des souscripteurs sont des personnes retraitées qui se retrouvent exclues de la généralisation à la sortie de l'emploi et sont donc soumises à des primes d'assurance santé très élevées en raison de la différenciation des tarifs selon l'âge et les profils de risque. Or l'adhésion

4. Les individus sont adhérents d'une association d'assurés qui souscrit aux contrats au bénéfice de ses membres. Les risques sont mutualisés entre tous les adhérents de la personne morale souscriptrice.
5. Dans ce cas, le contrat est individuel, les habitants souscrivent directement auprès de l'organisme sélectionné mais avec des tarifs négociés collectivement par la commune.
6. Les habitants des communes concernées sont totalement libres de leur choix de garanties parmi un nombre de formules très important.

Encadré 1

Les différents modèles de mutuelles communales

Bien qu'investi par une diversité d'organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), le marché de la mutuelle de village est dominé par quelques opérateurs influents. Les offres les plus diffusées sont celles proposées en standard par des réseaux de courtiers qui créent des associations d'assurés (Actiom, Mandarine, Armoric Santé Prévoyance). Dans ce modèle, c'est l'association qui met en concurrence les assureurs pour obtenir des contrats de groupe à des tarifs attractifs. Les mutuelles partenaires sont des mutuelles de taille moyenne (Miel Mutuelle, Smatis, Pavillon Prévoyance, etc.) ou d'anciennes mutuelles professionnelles (Sambo). Ces offres intermédiées sont aujourd'hui fortement concurrencées par l'entrée de compagnies d'assurance sur le marché, notamment Axa. Quant aux mutuelles qui se sont positionnées en direct sur ce créneau, ce sont avant tout des petites et moyennes mutuelles qui, par opposition au mouvement de concentration du secteur, revendiquent une taille humaine et une fidélité aux valeurs d'origine de la mutualité. Parmi elles, on recense les mutuelles territorialisées membres de la Fédération Diversité Proximité Mutualistes (FDPM) et qui adhèrent au label « Ma mutuelle de village » : la Mutuelle générale d'Avignon, la Mutuelle catalane, Precocia et l'ASPBTP ; et des organismes de taille moyenne qui ont développé une gamme communale de complémentaire santé (Mutuelle Just', Mutuale, Mutuelle familiale, etc.).

prioritaire à ces contrats de personnes âgées et/ou qui n'ont pas eu accès aux soins pour des motifs financiers fait courir un fort risque de sélection adverse [7] et pose avec acuité la question de leur équilibre technique.

Protéiforme du point de vue des logiques assurantielles, le développement des complémentaires santé de village est également contrasté si l'on examine les conditions concrètes de déploiement et de mise en œuvre des contrats à l'échelle municipale. De manière générale, le soutien accordé par les municipalités à la complémentaire santé des administrés vise à mieux protéger ceux retranchés des solidarités organisées (chômeurs et retraités notamment) et donc exposés individuellement à la sélectivité du marché de l'assurance maladie complémentaire. L'action publique municipale poursuit en cela la logique de décentralisation de l'action sociale de l'échelle nationale à l'échelle locale, ainsi que l'a déjà souligné Lafore en se référant aux compétences du département, qui « se voit confier la protection de ceux qui sont définitivement loin de l'activité productive » (Lafore, 2004:33). Plus encore, cette « sanitarisation du social » (Guyot, Hérault, 2001) actualise la tradition d'intervention des collectivités locales vers les populations

7. Il s'agit d'une situation où les assurés pour lesquels la survenance du risque est la plus probable souscrivent massivement au contrat dont l'équilibre économique repose pourtant sur la souscription de ceux présentant de « bons risques », lesquels choisissent de ne pas s'assurer s'ils trouvent la couverture trop coûteuse.

exclues et les problèmes sociaux et de santé. Ainsi, les services municipaux, en devenant terrain d'expérimentation d'une action publique qui entremêle social et sanitaire, renoue avec la logique d'assistance publique qui a été historiquement la leur (Brodiez-Dolino, 2013).

Toutefois, à la différence de l'action sociale décentralisée qui certes présente de fortes disparités territoriales (Destremau, Messu, 2008), la mise en œuvre des MC n'est pas commandée par des transferts nationaux et est donc intrinsèquement aléatoire. L'analyse des complémentaires santé de village (encadré 2) rejoint ainsi les travaux sur l'institutionnalisation de la politique de santé municipale, qui témoignent d'un engagement de quelques villes dans des formes innovantes d'action locale en santé publique (Clavier *et al.*, 2005 ; Clavier, 2009) mais pointent parallèlement du doigt leur fragilité. De façon comparable, le volontarisme de municipalités pour déployer une MC est « inégal, souvent très marqué par l'histoire, et soumis aux aléas des changements d'élus et aux capacités de financement local » (Bourgueil, 2017:102).

En outre, parce qu'elle peut s'analyser à la fois comme une reprise en main d'une solidarité publique organisée par l'État mais déclinante, et d'une solidarité privée incarnée par un secteur mutualiste aujourd'hui ouvertement tourné vers le marché, la MC constitue un cas exemplaire d'une politique d'assistance municipale qui fonctionne comme un « écheveau complexe et multiforme, fait de niveaux et de hiérarchies, de conflits, de coopérations et de complémentarités » entre acteurs privés et publics (Brodiez-Dolino, 2013:13). Elle incarne dès lors un système hybride qui prend le relais de la couverture de santé publique tout en embarquant les acteurs privés de l'assurance dans leur projet social. Au final, la MC rend ainsi compte d'une forme d'action politique municipale assistancielle qui, faute de disposer de ressources suffisantes pour véritablement pallier les inégalités d'accès aux soins, bricole, à bas coût et sans engagement politique stable, un système de solidarité organisé sur une échelle territoriale locale.

L'article retrace en deux temps les appropriations multiformes de l'idée de mutuelle communale, tout en proposant une réflexion sur les formes d'imbrication d'une logique d'intervention sociale au marché. La première partie souligne la polarisation de configurations d'action publique municipale en matière de soutien à la couverture santé (I). Elle détaille les degrés variables d'implication et d'exigence des équipes municipales dans le choix des produits d'assurance santé et la portée solidaire du dispositif. Le deuxième temps d'analyse porte sur les difficultés à pérenniser socialement et économiquement les dispositifs des MC et nous amène ainsi à identifier les facteurs contrevenant aux objectifs initiaux de solidarité portés par certains élus et à la stabilisation d'une intervention municipale vers les problèmes sociaux de santé (II).

Encadré 2

Méthodologie

Cette étude menée dans le cadre de l'ANR MaRiSa (Marché du risque santé : construction, gouvernance, innovation sociale) découle d'un protocole d'enquête à trois dimensions : le dépouillement d'une revue de presse composée de recensions de quotidiens locaux et régionaux, et de la documentation interne à la Fédération Diversité Proximité Mutualistes (FDPM) ; la conduite de sept entretiens avec différents acteurs du monde de l'assurance : représentants de fédérations de mutuelles, salariés d'organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) et courtiers et, enfin, l'analyse approfondie de quatre études de cas, correspondant à des communes ayant mis en place une mutuelle communale (MC) et où élus municipaux et membres de Centres communaux d'action sociale (CCAS) initiateurs de la démarche ont été rencontrés. Dans un contexte où la mise en œuvre des MC est très variable, la sélection de ces communes ne vise pas la représentativité mais éclaire des déclinaisons-types de MC. Les communes étudiées sont homogènes en termes de taille (entre 2 000 et 5 000 habitants) et de localisation (même région) mais elles ont souscrit des contrats auprès de différents opérateurs (mutuelle et compagnie d'assurance), en direct ou *via* des associations d'assurés et selon une procédure plus ou moins formalisée (appel à partenariat ou non, comité de pilotage ou non). Leurs noms ont été modifiés par souci d'anonymat.

I. Une action municipale de santé polarisée

La dimension redistributive de l'assurance maladie complémentaire (AMC) est aujourd'hui grevée par la forte segmentation des publics assurés. La généralisation de la complémentaire d'entreprise et la tendance des assureurs à la sélection des « bons risques » ont en effet considérablement dégradé les principes de solidarité guidant la mutualisation entre malades et bien portants et entre actifs et retraités (Dormont, 2010 ; Abecassis *et al.*, 2017). Cette mécanique inégalitaire pose un défi à la puissance publique locale, notamment dans les communes rurales où les élus locaux sont directement confrontés au vieillissement de la population, à l'éloignement des habitants de l'emploi et donc au renoncement de leurs administrés aux soins en raison de restes à charge trop élevés. Le maintien de fortes inégalités sociales de santé, et la facilité avec laquelle l'action municipale peut en partie y répondre par la mise en place de MC, expliquent dès lors l'insertion très rapide du dispositif aux agendas politiques des collectivités locales, de petite taille dans un premier temps.

Face à cette demande de couverture santé municipale, une offre de produits d'assurance se structure rapidement, et *in fine* l'alimente. En effet, les

initiatives précurseures de quelques municipalités ne tardent pas à résonner comme des opportunités pour les assureurs qui entrevoient le potentiel économique que représente ce marché. L'exemple des MC est néanmoins une parfaite illustration de l'hétérogénéité des pratiques des assurances privées face aux opportunités commerciales ouvertes par la commande publique. En fonction de leur surface commerciale, de leur identité et mode de différenciation sur le marché (non lucratif ou capitalistique) mais également de leur nature (fournisseur en direct ou intermédiaire), les opérateurs optent pour des stratégies de développement différenciées.

Interroger comme le suggère Monneraud « la compétence au-delà des compétences juridiques » (Monneraud, 2011:78), et tenir corrélativement dans l'analyse la variété des demandes d'assurance des municipalités à la pluralité des offres déployées par les opérateurs, nous conduit à définir ce que nous appelons des configurations d'action publique. De cette articulation entre motivations sociales et politiques qui guident le développement des MC, types de produits et modes de distribution constitutifs du marché de l'assurance santé se dégagent trois configurations-types, attestant d'une forte polarisation de l'action sociale municipale.

I.1. Renouer avec les valeurs solidaires du mutualisme : une action municipale citoyenne et engagée

Une première configuration renvoie à la situation de municipalités qui s'attachent à donner à la mutuelle communale un sens politique qui déborde très largement sa seule dimension assurantielle. Dans ce cas, l'accès facilité à la couverture santé complémentaire s'insère dans un ensemble plus large de réflexions sur les inégalités sociales en territoire rural et vieillissant et pose dans le débat citoyen la question de la solidarité devant la protection sociale. À ce titre, l'examen de la genèse des MC informe de demandes d'habitants directement adressées aux élus mais également de la perception par ces derniers de l'échelle municipale comme espace de production de cohésion sociale. Parce que les activités relationnelles y constituent des ressources politiques et que l'espace politique est fortement encastré aux scènes de sociabilités ordinaires (Nicolas *et al.*, 2019), les équipes municipales sont directement informées des besoins de la population et finalement exposées à un impératif d'action en matière sociale. Dans deux des communes enquêtées, c'est en effet sur la requête d'une association locale de consommateurs et à la demande d'un administré que le CCAS décide de mettre en place une MC. Comme l'indique le maire de Saint-Filieux, la MC s'inscrit dans les routines institutionnelles et les savoirs pratiques accumulés en matière de gestion de l'aide sociale (Frinault, Le Saout, 2011) : « C'est un service à la population, on essaie d'améliorer le quotidien, si les gens peuvent faire quelques économies, tant mieux. À notre niveau, on est en

train de construire une maison médicale. On a essayé d'être assez attentifs, l'épicerie solidaire. On va accueillir une famille de migrants dans notre presbytère. »

Parmi les principes que les élus locaux invoquent pour justifier la mise en place d'une MC, c'est le bien-fondé d'une action collective et citoyenne qui transparaît. En prenant pour exemple les commandes groupées de fioul domestique initiées par certaines communes, les élus locaux estiment que seule l'organisation des habitants peut pallier les fractures sociales et territoriales. Cette organisation collective est d'autant plus valorisée qu'elle est envisagée comme une opération de revitalisation démocratique. L'emballement médiatique autour de la première initiative de MC, largement encouragé par le calendrier électoral, a en effet contribué à diffuser la démarche citoyenne formalisée par cette municipalité pilote. Les communes qui lui embrayent le pas reprennent ainsi à leur compte la démarche consistant à créer un comité de pilotage multi-acteurs, à l'instar d'Ifiac, où ce comité est composé de « deux élues, d'une représentante en assurance en retraite, de membres du CCAS et d'un citoyen lambda ». Quand cette démarche citoyenne est revendiquée, une première étape consiste à recenser le nombre d'adhérents potentiels et à cerner leurs attentes en termes de garanties et de prix par le biais d'un questionnaire. Ce souci de maîtriser l'élaboration du cahier des charges repose sur une concertation des habitants qui elle-même implique l'enrôlement d'acteurs centraux de la communauté locale. Dans une ville de taille moyenne (5 700 habitants), le comité de pilotage a ainsi rallié les professionnels de santé (cabinets médicaux, centre hospitalier, pharmacies) mais également les infrastructures à caractère social, culturel et récréatif (maisons de quartiers, médiathèques et piscines) pour organiser la distribution du questionnaire.

Ce souci de l'exécutif municipal de présenter la MC comme un projet participatif s'arrime à la volonté de faire du dispositif un outil facilitant l'accès aux soins des personnes les plus précaires. En certains cas, les contrats prévoient la prise en charge plafonnée de la cotisation pour les personnes aux revenus les plus faibles. Des municipalités, souvent de taille conséquente, choisissent par ailleurs de cibler leur projet sur les populations les plus fragiles en leur octroyant une aide financière à l'acquisition de la mutuelle. Cette inclinaison sociale du dispositif dépend grandement du volontarisme du Centre communal d'action sociale (CCAS), dont les modes d'intervention sont très variables selon les communes. À Locmaz, ses responsables ont ainsi prioritairement communiqué auprès des habitants d'une résidence à caractère social et le quart d'entre eux ont souscrit à la mutuelle communale. Le cas des MC donne ainsi à voir des engagements parfois maximalistes de CCAS, y compris dans des communes de taille modeste, qui se dotent de moyens concrets pour accompagner les

populations les plus vulnérables. La mise en place d'une MC s'insère alors dans une offre plus générale de services auprès de personnes en difficulté et d'interventions dans le domaine de la santé publique. Dans l'une des communes étudiées (3 000 habitants), elle côtoie par exemple la mise en place d'un atelier numérique destiné aux personnes âgées, l'intervention d'une naturopathe et d'une sophrologue dans le cadre d'un partenariat avec la Mutualité française, le fonctionnement d'une épicerie sociale associative et la tenue d'une permanence bimensuelle pour étudier les problèmes de logement de personnes isolées.

Cette politisation du dispositif se lit également au regard de l'attachement des élus aux principes de solidarité qu'ils jugent constitutifs de

Encadré 3

Un débat critique de la décollectivisation de la protection sociale

À l'initiative de l'association « Nos regards citoyens », une soirée d'information sur les mutuelles communales (MC) est organisée en février 2020 à Vieil-sur-Vicoin. Ce soir-là, 15 personnes sont réunies dans la salle polyvalente de la municipalité, dont deux correspondantes locales de quotidiens régionaux et départementaux, 11 membres actifs de l'association et deux de leurs conjoints. Cette association, qui se définit comme « un collectif de participation citoyenne », réunit les candidats d'une des deux listes compétitrices aux élections municipales à venir. Ouverte aux habitants de la commune, elle se veut un espace de réflexion sur un programme tourné vers « la transition écologique et sociale au niveau local ». Originaire de cette localité, nous sommes invitée à présenter les dispositifs de MC à l'assemblée réunie ce soir-là. Après un rapide tour d'horizon des acteurs de l'assurance qui proposent des contrats à tarifs négociés, des types de mutualisation, et des caractéristiques des assurés, le débat est ouvert par l'une des participantes, retraitée d'une des compagnies major de l'assurance. Cette dernière pourfend les intentions capitalistes de son ancien employeur et pose ouvertement la question de la responsabilité de la puissance publique et des opérateurs mutualistes dans la décollectivisation de la protection sociale. Elle est appuyée par Antony, enseignant dans une maison Familiale rurale, qui doute de la pertinence pour une municipalité d'être le relais d'opérateurs d'assurance privés. Un commun accord se dégage pour dire que le problème de fond réside dans le déremboursement des soins de l'assurance maladie et le report, sur l'assurance privée, de restes à charge de plus en plus conséquents. Le coût très élevé des mutuelles pour les personnes retraitées est également longuement évoqué et jugé préoccupant pour le pouvoir d'achat de nombre d'entre eux sur la commune. Après une heure d'échanges, les avis convergent finalement pour continuer de sonder les types d'offres qui existent sur le marché et en juger la pertinence sociale et solidaire ; critères qui président au choix de s'engager ou non, en tant que potentielle équipe municipale, dans la mise en place d'une MC.

l'assurance santé. La sélection délibérée d'une mutuelle répond à la volonté de privilégier les opérateurs non lucratifs, davantage perçus comme résistants aux normes dominantes du marché de l'assurance santé. C'est le cas de la ville de Montreuil qui, dans un courrier signé du maire, indique aux habitants que le choix d'« un acteur solide du mouvement mutualiste » a été orienté par trois critères : « ses tarifs, ses valeurs et […] ses services » [8]. Plus encore, considérant que les « mutuelles de village » font barrage aux grandes mutuelles converties aux méthodes de l'assurance, les équipes municipales les plus militantes proposent une cotisation à prix unique, comme dans le cas de la commune de Caumont-sur-Durance, et réhabilitent ainsi la solidarité intergénérationnelle et interprofessionnelle au fondement de la mutualité. L'observation d'une soirée de présentation des mutuelles communales à Vieil-sur-Vicoin, commune de 1 700 habitants, offre un exemple éclairant des enjeux politiques que draine le choix d'un organisme assureur et les débats qu'il soulève entre colistiers, en lice pour briguer un mandat municipal (encadré 3).

La teneur des échanges ce soir-là, comme les initiatives précitées, signalent que la mise en place d'une complémentaire santé de village est pensée comme un moyen de consolider l'action sociale municipale sans être réductible à une simple prestation de service de proximité. Pour que l'accès facilité à une meilleure complémentaire santé fasse politiquement sens aux yeux des élus, il doit non seulement être mobilisateur à l'échelle locale mais également poursuivre des principes de justice sociale.

I.2. Souci de la légalité et confiance dans les produits d'assurance standardisés

Toutes les équipes municipales n'investissent pas dans la MC un engagement municipal fort, ni ne questionnent la portée solidaire du dispositif. Au regard des faibles compétences légales dont elles disposent en matière de protection sociale, elles n'y sont d'ailleurs pas incitées. S'agissant d'assurance santé, le champ juridique est même exclusif : les maires ne peuvent pas contractualiser avec les Ocam, ni lancer un appel d'offres pour retenir un organisme complémentaire couvrant les administrés. En revanche, le CCAS, dont le maire est président de droit, peut signer une convention de partenariat avec une association émanant d'un organisme complémentaire. Dans ces conditions, certaines équipes municipales, soucieuses de ne pas déborder de leur domaine de compétence, se tournent vers les offres d'opérateurs qui apparaissent standardisées et plus conformes au cadre réglementaire. Or une particularité de ce marché tient à la présence d'intermédiaires de l'assurance qui ont inventé un modèle original de distribution

8. « Droit à la santé. Une mutuelle communale pour tous les Montreuillois.es et ceux/celles travaillant à Montreuil », 21 septembre 2018.

en créant des associations d'assurés habilitées à signer des contrats de groupe avec les mutuelles. Cette structure associative, outre la transparence juridique qu'elle offre, permet de regrouper les assurés afin de peser dans la négociation tarifaire avec les opérateurs. Faisant rapidement ses preuves, ce modèle, initialement porté par des courtiers membres du groupement Sofraco et incarné dans le dispositif « Ma Commune, Ma Santé » porté par l'association d'assurés Actiom, est repris par plusieurs gérants de sociétés de courtage. On compte à ce jour quatre associations d'assurés œuvrant exclusivement à la mise en place de MC.

Devant la floraison de produits d'assurance proposés aux municipalités, les contrats diffusés par les correspondants locaux d'Actiom ont le mérite de paraître rassurants. D'un point de vue juridique d'abord, les fondateurs de la démarche ont bénéficié d'une solide expertise technique en s'assurant le concours d'« avocats spécialisés en droit public, en droit des assurances, en droit du commerce » également partenaires du réseau Sofraco. D'un point de vue assurantiel ensuite, les courtiers vantent la solidité de leurs produits, qu'ils ont optimisés grâce au retour d'expérience des référents locaux, comme l'un d'entre eux le décrit : « Tous les ans, on a une réunion, et on identifie les lacunes des contrats, par exemple, un niveau souscrit par zéro personne, pourquoi ? » Leur dispositif s'accorde enfin aux recommandations des autorités publiques qui prennent position pour tenter de réguler un marché en pleine expansion. Les alertes portent principalement sur les dangers de compromission des édiles avec des intérêts privés, posture de collusion qui contreviendrait à la neutralité des acheteurs publics. Dans une note adressée aux collectivités locales [9], l'Association des maires de France (AMF) recommande « la plus grande vigilance » et pose le problème d'éventuels conflits d'intérêts, en cas de liens contractuels entre municipalité et assureur. Selon une même logique d'avertissement, un courrier est adressé par le Préfet de Maine-et-Loire à huit communes ayant délibéré sur l'opportunité de mettre en place une mutuelle communale [10]. Une précaution similaire apparaît dans un document produit en 2015 par l'agence spécialisée dans le conseil juridique technique des collectivités locales et la formation des élus locaux des Bouches-du-Rhône. Ces positions d'appel à la prudence, censées éviter toute compromission des élus locaux avec des intérêts privés, ont paradoxalement fait la publicité des associations d'assurés en les présentant comme les plus conformes au cadre légal. Sensibles à ces préconisations, les élus locaux s'y sont principalement référés, ce que reconnaît un référent local « Ma Commune, Ma Santé » : « La tribune de l'AMF a été très bénéfique pour nous. Ils nous ont fait un bon coup de pub

9. A.-C. Bérard-Walsh, « Les aspects juridiques liés à la mise en place de "mutuelles communales" », AMF, 4 juillet 2016, https://bit.ly/3uFXzVy.
10. Compte-rendu du conseil municipal de Turquant, octobre 2015.

en disant que notre offre était la moins risquée. Ça a joué comme un label de qualité et c'est vrai que ça nous a permis de verrouiller les choses. » Les municipalités qui franchissent le pas de la mutuelle de village par mimétisme avec les communes environnantes préfèrent alors se reporter vers une solution standardisée et facile à mettre en œuvre [11]. Un responsable du CCAS résume en ces termes cette précaution : « On a eu vent de l'initiative d'Ifiac dans la revue *Efficience territoriale*. J'ai contacté la municipalité pour obtenir des infos. J'ai vu ce que ce qui se faisait le plus, c'était "Ma Commune, Ma Santé". Ça m'a paru sérieux. »

La plus-value d'une association d'assurés, considérée comme « indépendante », est régulièrement avancée par les municipalités pour justifier leur adhésion au dispositif « Ma commune, Ma Santé ». Et les courtiers qui déploient le produit l'ont bien compris : ils aiguisent un argumentaire commercial insistant fortement sur l'action d'une association œuvrant uniquement « dans l'intérêt de ses adhérents ». Le partenariat avec plusieurs acteurs mutualistes est également avancé comme gage de neutralité, comme nous le présente le fondateur d'Actiom : « Et c'est ce qui fait notre force, il n'y a pas de compromission. On est indépendant, on a su dire stop à certains partenaires qui n'avaient pas compris le concept fondamental. » Du côté des opérateurs donc, la revendication de paternité de la mutuelle de village « authentique », détournée d'intérêts purement mercantiles, fonctionne comme un enjeu de positionnement sur un marché qui obéit fortement à un processus mimétique (DiMaggio, Powell, 1983).

Du côté des élus, si la prudence les incline à privilégier des solutions portées par des courtiers, ce choix n'est toutefois pas dénué d'exigences sociales et de réflexion sur les critères de solidarité. Le choix laissé aux administrés d'opter entre plusieurs offres relève d'un indérogeable principe de libre adhésion que ne manque pas de souligner les élus rencontrés. De même, la nature des opérateurs avec lesquels travaillent les courtiers, à savoir des mutuelles de taille moyenne et parfois de dimension territoriale, sont pour les élus un gage de crédibilité de la démarche solidaire, qu'obèrent à leurs yeux des sociétés d'assurance privées ou des organismes de complémentaire santé qui s'inscrivent aujourd'hui dans une visée purement marchande. Enfin, le choix de la solution de courtage est conditionné à des attentes explicites formulées par les équipes municipales, dont la disponibilité et l'intervention auprès des personnes en difficulté font partie. Conformément à ces attentes, les courtiers se présentent comme des assureurs de « terrain » et font valoir leur qualité relationnelle et leur fibre sociale. Se montrer à l'écoute, parler simplement, être à la portée de tous et

11. Telle est l'ambition du dispositif « Ma Commune, Ma Santé » qui se présente comme un kit d'options avec « 4 contrats groupe, et jusqu'à 10 niveaux de garanties, pour répondre aux attentes de chacun » et des « solutions personnalisées (prestations modulables au sein d'une même famille, garanties obsèques…) ».

toutes, donner de son temps, sont autant de qualités attendues d'un prestataire de mutuelle communale auxquels ils répondent :

« Nous sommes là dans l'accompagnement pour leur permettre de bénéficier de prestations : une lecture de leur grille de prestations, c'est extrêmement complexe, on leur explique comment faire pour être remboursé, vous avez perdu votre carte de mutuelle, on va vous aider à en avoir une autre. Mon mari est décédé : comment ça se passe ? Et ça, les gens en ont besoin, et ce n'est pas les gens aisés qui en ont besoin, c'est vraiment les petites gens, des gens qui sont au-dessus de certains minima qui n'ont jamais eu besoin de personne mais qui ont de plus en plus de mal à s'en sortir (…). »

Pour ne pas être suspectés d'une prise de marché intéressée, les courtiers donnent également à voir leur engagement aux côtés des plus démunis. D'abord, ils estiment pallier le défaut d'orientation des personnes éligibles aux aides à la complémentaire santé (ACS, CMU-C) en aiguillant leurs bénéficiaires vers l'accès au droit. Ensuite, ils entreprennent un travail de fond pour faire de la mutuelle un outil d'éducation à la maîtrise des frais de santé en incitant en particulier les patients à choisir les médecins qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Pour lutter contre les dérives tarifaires liées à l'autonomie des professionnels de santé, le fondateur d'Actiom n'hésite pas à faire la promotion des réseaux de soins que portent les mutuelles partenaires de l'association lors des rendez-vous avec les particuliers : « On va expliquer qu'il existe des réseaux de soins par exemple, si vous allez chez tel opticien plutôt que tel autre, même si ça fait 50 ans que vous allez chez celui-là, ça fait 50 ans que le gars il marge comme un cochon. Donc si vous allez dans le réseau Kalixia, Itelis de notre partenaire Pavillon, dans le réseau Carte blanche, et bien vous pouvez avoir des remises jusqu'à 40 % sur le coût réel de vos lunettes. » Enfin, certains entretiennent une image de bienfaisance, à l'instar de l'association d'assurés Mandarine qui dispose d'un fonds de soutien dans des projets caritatifs d'aide aux enfants hospitalisés ou de lutte contre le cancer du sein.

I.3. Un investissement social à moindre coût : une aide à la complémentaire santé d'inspiration libérale

D'inspiration plus libérale, la dernière configuration d'action publique retient principalement de la MC qu'elle est un dispositif facile à mettre en œuvre et budgétairement indolore. Cet attrait des élus pour une action sociale qui ne réclame qu'un maigre investissement temporel et financier est résumé dans l'aveu d'un des maires interrogés : « Ça ne demande pas beaucoup de boulot, ça ne coûte pas cher, ça ne peut qu'être intéressant ! [rires] ». Dans la mesure où les recommandations des autorités politiques n'insistent que sur la légalité du partenariat entre pouvoirs locaux et

assurance privée, sans dégager de principes structurants concernant les critères de solidarité autres que ceux des « contrats responsables » [12], certains élus s'orientent vers un engagement politique *a minima* laissant alors de côté l'interrogation sur la portée solidaire du dispositif et sur le fonctionnement du marché qui le soutient. Dans ce cadre, mettre en place une MC s'apparente à une politique symbolique « dont l'essentiel ne consiste pas à agir, mais dire, à faire savoir et croire que l'on agit ou que l'on se préoccupe d'agir » (Jobert, Muller, 1987).

Cet investissement mesuré dans la mise en œuvre du dispositif vient bouleverser la hiérarchie des actions menées auprès de personnes en difficulté sociale dans l'activité municipale, généralement déclassées au vu de la charge qu'elles génèrent (De Certaines, 1994). À l'inverse, la mise en place d'une MC est fortement appréciée des maires qui peuvent en tirer des rétributions symboliques immédiates. La MC participe en effet à l'affichage d'une vitrine sociale indispensable à la construction d'une carrière politique et d'une éligibilité, notamment en milieu rural (Frinault, Le Saout, 2011). Le trophée « de la Solidarité » décerné au maire de Mornant par l'Association des maires du Rhône en 2015 pour la mutuelle qu'il a mise en place dans sa commune cette même année signale que la rhétorique du dévouement et de l'attachement au territoire demeure un attribut incontesté de la légitimité politique des élus ruraux, qui doivent par ailleurs se montrer capables de mener des projets en matière d'action sociale (Vignon, 2016).

Ainsi, dans plusieurs des communes enquêtées, les gouvernants locaux manifestent leur préoccupation pour des questions de santé sans que leur compétence à traiter des problèmes sociaux ne renvoie « à une qualification, un savoir-faire, fondé sur l'idée d'une connaissance qui permet de gérer l'action » (Monneraud, 2011) dans le domaine de la santé. Ainsi, prudente et mesurée sur son degré d'implication, une adjointe aux affaires sociales insiste sur leur rôle minimaliste de « trait d'union », de « facilitateur », de « relais d'information » de la municipalité. Cette position d'intermédiaire censément « neutre » conduit pourtant les communes à arbitrer en faveur de l'opérateur qui propose la formule jugée la plus souple. Ainsi, par comparaison avec la commune voisine qui « s'est lancée avec un cahier des charges » et dans « une manœuvre qui était difficile », à la Chapelle-Mongant, l'adjointe aux affaires sociales se félicite de la simplicité de la démarche : « Ça été assez rapide. J'ai beaucoup lu sur Internet et Axa qui proposait du cas par cas m'a semblé plus intéressant. » La municipalité ne souhaitant pas s'engager dans

12. Pour être responsable, un contrat de complémentaire santé doit respecter un cahier des charges comprenant des garanties planchers (minimales) ainsi que des plafonds de garanties applicables à certains postes de soins (optique, dépassements d'honoraires, aides auditives). Un contrat responsable est avant tout un contrat « solidaire », c'est-à-dire qu'il ne requiert aucun questionnaire médical et que les cotisations des garanties d'assurance maladie ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

un appel à partenariat qui supposait *a minima* de lister quelques critères de sélection, c'est alors la compagnie d'assurance pressentie « qui a donné le nom d'autres organismes proposant une gamme communale ».

Cet engagement minimal peut enfin être qualifié de libéral dans la mesure où les élus reprennent à leur compte des messages commerciaux qui insistent sur la dimension individuelle de l'assurance, ajustée au cas par cas. Cette vision est notamment perceptible dans les avantages que la compagnie d'assurance Axa martèle : la société offrirait des tarifs inférieurs de 30 % à ceux pratiqués habituellement et l'assuré resterait libre de sélectionner selon ses besoins un niveau de garanties parmi plusieurs proposés. Ainsi, à la Chapelle-Mongant, après un rapide tour d'horizon des concurrents suggérés par la compagnie elle-même, la société est retenue au motif que son offre « laisse les gens libres de choisir le montant qu'ils voulaient ». Finalement, comme dans la politique de gestion déléguée de l'eau, telle qu'elle a prévalu avant que de nombreuses villes ou territoires reviennent en régie publique, ou mènent une réflexion sur ce sujet, la légitimité de l'intervention privée dans un champ du service public résulte d'un contrat présumé équilibré où « les deux parties trouvent un cadre pour satisfaire, l'une à ses exigences de rentabilité, et l'autre à sa capacité de faire valoir et de défendre l'intérêt général » (Defeuilley, 2014).

Cette adhésion à une liberté d'action et à un dispositif qui doit rester souple se corrèle toutefois à une exigence, explicitement posée par les élus locaux, de disposer d'un conseiller dédié qui s'engage à tenir des permanences régulières sur la commune. Parce que la MC est pensée comme un service de proximité proposé aux habitants, compensatoire à la disparition des services publics en milieu rural, il est convenu qu'en y adhérant, les assurés bénéficient de conseils et d'échanges avec des interlocuteurs régulièrement présents sur la commune. Dès lors, si les MC ne concourent pas à l'unification des pratiques assurantielles, qui demeurent disparates tant en termes de calcul de primes que de mutualisation, elles obligent les opérateurs à aligner leur discours commercial sur l'image de l'assureur de proximité, défendant ainsi un modèle d'accompagnement social, notamment auprès des personnes âgées, comme le revendique un agent général d'Axa : « On met en place aussi un système de proximité, chose qui disparaît petit à petit, aujourd'hui on n'a plus qu'un numéro de téléphone sur une plateforme, nous on a des permanences dans les CCAS. » Le nombre croissant de communes aujourd'hui partenaires de la compagnie s'explique dès lors par sa capacité à non seulement démarcher les communes, mais également à assurer cette politique de présence. Son important maillage territorial, lequel repose sur un dense réseau d'agences locales, mais également sur un effectif de force de vente conséquent, la dote d'une longueur d'avance commerciale, notamment en milieu rural. Faute d'être évalué sur la qualité

de ses prestations (voir *infra*), l'opérateur est dès lors jugé sur sa démonstration d'assiduité. Et cet ancrage sur le terrain est d'autant plus nécessaire que les équipes municipales y sont regardantes. Ainsi, c'est parce qu'elle estime « [avoir] perdu en relationnel » avec la référente locale d'Actiom que l'équipe municipale d'Ifiac résilie sa souscription au programme « Ma Commune, Ma Santé » et cède la place à un nouvel assureur.

Faute de disposer d'une grande latitude pour définir leur intervention, dans un domaine où leurs compétences sont limitées et où les solutions qui s'offrent à elles sont très variées, les équipes municipales bricolent une politique de santé faite de compétences techniques fraîchement acquises, d'ajustement à une population locale variablement mobilisée et d'apprentissages par mimétisme. Le cas des MC est en cela illustratif de la manière dont les communes affirment leur rôle en matière d'action sociale en testant des formules innovantes qu'elles investissent plus ou moins d'une intention solidariste et collégiale. Ni la couleur politique des élus, ni la taille ou la localisation de la commune n'apparaissent déterminants dans les choix qui sont opérés. L'historicité de la politique sociale de la commune, la capacité des dirigeants communaux à s'engager dans une expertise de dossiers, ainsi que l'habitude d'engager des projets impliquant les habitants expliquent la plus forte propension des municipalités à doter la MC d'objectifs politiques généraux, tels que la promotion de la santé publique ou la participation citoyenne. Même lorsque l'engagement des élus est minimal, dépendant de la seule bonne volonté mayorale ou limité par le souci de cadrer aux recommandations réglementaires, le choix de dispositifs tantôt « clef en main », tantôt souples, implique des élus qu'ils donnent des gages de disponibilité et de proximité à leurs administrés. Au-delà des expérimentations multiples qui sont faites de la MC, c'est la difficulté des dirigeants locaux à garantir la pérennité d'une municipalisation de la protection sociale que ce dispositif de soutien pour l'accès à la couverture santé souligne. Faute de moyens financiers qui y sont pleinement dédiés, et à défaut d'avoir pleinement la main sur les dispositifs d'assurance qui demeurent privés, la politique d'assistance municipale naissante est balbutiante.

II. Les mutuelles communales, une action municipale bricolée et peu pérenne

En France, le transfert des dépenses de santé de l'assurance publique vers l'assurance privée se couple à un fort encadrement de la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie complémentaire (AMC), laquelle fait l'objet d'une forte réglementation (*via* notamment les contrats « responsables ») (Batifoulier *et al.*, dans ce numéro). Le cas des mutuelles communales (MC) pose à nouveaux frais la question des formes d'inter-

pénétration entre assurance privée et action publique en matière de régulation d'assurance maladie complémentaire et conduit à discuter « l'hétéronomisation » de l'action publique qui abandonne son pouvoir d'orientation des transactions marchandes (Ansaloni, 2017). En effet, bien qu'investie d'une forte charge symbolique, dans la mesure où elle est perçue à la fois comme rempart à la fragmentation des solidarités, comme paravent à l'effondrement des services de proximité et comme tremplin aux formes localisées d'organisation citoyenne, la MC est également le témoin de la difficulté de l'action publique assistancielle à se départir du marché local de l'assurance et des réseaux d'interconnaissance qui le constitue mais également à contrôler la dimension sociale et la pérennité économique des dispositifs d'assurance qu'elle contribue à mettre en place.

II.1. Des municipalités sous influence : fidélité à l'opérateur local et interconnaissance

La rapide floraison d'offres de complémentaires santé communales place inévitablement les assureurs en situation de forte concurrence pour la diffusion de leurs produits et dans une posture de démarchage commercial soutenu auprès des maires. Les rassemblements institutionnels d'élus locaux, notamment le salon des maires et des collectivités locales, sont un canal publicitaire convoité par les assureurs et plusieurs d'entre eux y tiennent un stand. C'est toutefois la présence sur le terrain, directement auprès des communes, qui s'avère la stratégie la plus payante. Entre élus locaux et assureurs, c'est alors un « rapport d'échange » (Pollard, 2018) qui se constitue, c'est-à-dire un système complexe d'obligations mêlant fidélité à l'opérateur local, relations d'interconnaissance et dépendance réciproque aux ressources des uns et des autres. La genèse de l'offre « Ma Commune, Ma Santé », rapportée par son fondateur, témoigne de ces relations stabilisées entre pouvoirs publics locaux et acteurs privés : « Je suis courtier en assurance et un élu avec lequel j'entretenais de très bonnes relations, le maire de Castigues les Pins, m'avait posé la question. Et on a réfléchi. » De son côté, le gérant de la société de courtage « Driac Santé » s'est appuyé sur les partenariats antérieurs noués avec les employeurs des collectivités locales pour la diffusion de contrats labellisés aux agents territoriaux afin de promouvoir son offre communale.

Pour obtenir l'adhésion d'une équipe municipale, ce sont des stratégies entremêlées – affectives, économiques – que déploient les acteurs privés. L'habitude consistant pour les conseillers ou courtiers à démarcher leur propre commune et celles avoisinant leur lieu d'habitation enserre les élus dans un système de contraintes interpersonnel. Y compris pour les mutuelles ayant signé la charte « Ma mutuelle de village », prescrivant la formation d'un comité de pilotage citoyen, le déploiement de l'offre repose dans

certains cas sur des marques de loyauté héritées du paternalisme industriel. Ainsi, c'est en faisant valoir son capital d'autochtonie et son magistère moral d'ancien chef d'entreprise que le président de la Mutuelle catalane convainc les maires de souscrire à son programme d'assurance : « Je suis catalan, j'étais dirigeant d'une grosse coopérative d'approvisionnement agricole, donc je connaissais la plupart des maires du département… Et puis je mets en avant l'identité catalane, ça aussi ça permet de temps en temps de débloquer, de faire en sorte que les gens viennent vers nous. J'ai plusieurs maires qui ont été des salariés, je les connais quoi ! » Des rapports d'allégeance syndicaux et politiques peuvent également influencer le choix de l'opérateur. Dans plusieurs communes du sud Morbihan d'obédience communiste et ouvertement marquées par l'empreinte cégétiste, la mutuelle choisie pour déployer le dispositif de complémentaire santé auprès des habitants est elle-même le produit de l'héritage cégétiste. La chargée de développement nous explique que l'appartenance syndicale demeure un critère de sélection des salariés de la mutuelle et, réciproquement, que « c'est grâce à eux [aux syndicalistes élus au conseil municipal] qu'on [la mutuelle] rentre. »

L'opacité du processus de sélection des opérateurs est renforcée quand une relation de proximité existe entre élus locaux et assureurs. Le fondateur de l'association d'assurés Armoric Santé Prévoyance constate que la crainte de faire de l'ombre à l'assureur local est régulièrement avancée par les équipes municipales comme motif de refus au développement de son produit : « Groupama, Crédit mutuel de Bretagne, qu'est-ce qu'ils vont dire ? » ; conflit d'intérêt également repéré par le référent local d'Actiom : « Quand ça ne prend pas, que le nombre de souscripteurs ne décolle pas, j'ai pour habitude d'aller faire un petit tour à la mairie. Là je me rends compte qu'aucune communication n'a été faite, les supports publicitaires ne sont pas affichés ou à peine lisibles. Et en fait en creusant, j'apprends que l'un des fils de l'adjoint est assureur dans le coin et on ne veut pas lui faire de l'ombre. » Afin d'éviter toute querelle diplomatique, certaines municipalités font la part belle aux assureurs implantés localement, notamment parce que leur agence a pignon sur rue dans la commune, ou que les agents généraux et conseillers sont des personnes connues localement. Dans une des communes ayant travaillé un an à la formalisation d'un cahier des charges, ayant mobilisé pour ce faire un groupe de travail, et ayant auditionné huit mutuelles et sociétés d'assurance, ce sont finalement les deux assureurs locaux qui ont été choisis. La référente du comité de pilotage concède pourtant que l'une des offres retenue « n'était pas la plus intéressante » mais que la notoriété locale de l'assureur a primé sur la qualité de l'offre. Enfin, cette fidélité à l'assureur local contraint non seulement l'implantation d'opérateurs concurrents mais enraye également le développement territorial de

leur offre. À ce titre, et conformément au zonage tarifaire pratiqué par les Ocam, le référent local « Ma Commune, Ma Santé » précise qu'il lui est plus facile de s'implanter dans les communes côtières qu'en zone rurale [13], où l'assureur local propose « une offre qui est bien conçue, qui est bien équilibrée en termes de prestations » et où « c'est compliqué de le déloger ». Au final, loin de traduire une capture de l'action sociale par des acteurs privés, cette relative souplesse dans la sélection des opérateurs signale bien plus une remise de soi du politique aux acteurs économiques, semblable à une forme d'adhésion passive à la tutelle bienveillante de l'assureur.

II.2. Un projet social difficile à tenir sur la durée

À l'instar des programmes de lutte contre la pauvreté où la définition de critères d'éthique légitime l'intervention et le profit des acteurs économiques (Bruneteaux, 2008), les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) labellisent le bénéfice social de la vente d'assurance complémentaire aux municipalités. L'entreprise de certification n'est dès lors pas comparable à un instrument indirect de sélection des acteurs économiques sur la base de standards toujours plus exigeants (Bergeron *et al.*, 2014), mais procède d'une stratégie de différenciation directement orchestrée par des assureurs placés en situation de concurrence. À la lecture de l'extrait de charte codifiant « l'éthique » de « Ma mutuelle de village », on comprend que le label vise explicitement à rappeler la différence mutualiste : « "Ma mutuelle de village" va au-delà d'un simple produit d'assurance. (…) La proximité de la mutuelle avec les adhérents à une mutuelle de village ne doit pas être un euphémisme. Le lien social, l'écoute et la résolution des problématiques liées à l'accès aux soins constituent, tout autant que les cotisations et garanties, un service de proximité et d'accompagnement au quotidien des adhérents. »

Directement inspirée de ce protocole d'action, le dépôt du label « Ma mutuelle de village » à l'Institut national de la propriété industrielle (INPI) par la Fédération Diversité Proximité Mutualistes (FDPM) entend préserver la pureté de la démarche citoyenne devant la prolifération d'offres jugées bien moins regardantes sur le plan social et politique. Cette accréditation vise, selon les termes du président de la fédération, à donner à la MC « une dimension d'ordre socio-politique plus que commerciale » et à « pousser en sous-main les citoyens à s'organiser ». En effet, le label modélise une procédure d'application pointilleuse en préconisant la constitution

13. La tarification dépend du lieu de résidence et prend donc en compte la variabilité de la consommation de soins ou de leur prix selon la zone géographique de l'assuré. Dans la région étudiée, l'arrivée de retraités aisés dans les zones littorales a contribué à augmenter le coût des soins : les dépassements d'honoraires y sont fréquents et élevés. À l'inverse, dans les territoires intérieurs plus ruraux, la présence de spécialistes est plus rare et les tarifs de mutuelle santé y sont donc moins importants.

d'un comité technique (qui rédige le cahier des charges après passation d'un questionnaire aux habitants) et le suivi du dispositif par un comité de pilotage (composé d'élus, de professionnels de santé et de représentants d'associations).

Parce qu'il s'imbrique à des valeurs qui singularisent les petites mutuelles sur le marché – prime unique et proximité –, le dispositif « Ma mutuelle de village » permet à ces modestes structures de maintenir une audience locale [14]. Exclues du marché de la complémentaire d'entreprise, faute d'avoir les épaules suffisamment larges pour répondre à de gros appels d'offres, les petites mutuelles envisagent en effet les MC comme une manière de consolider leur position économique de plus en plus fragilisée par les contraintes fiscales et prudentielles. À noter également que le développement des MC a déclenché de fortes controverses politiques au sein du champ mutualiste permettant aux défenseurs de « petites mutuelles » de dénoncer ouvertement les orientations politiques prises par la Fédération nationale de la mutualité française, instance de gouvernance mutualiste la plus influente du secteur. C'est en effet non sans véhémence que le président de la FDPM, dans une lettre ouverte publiée en décembre 2016, impute à son homologue la responsabilité « du sabordage de la solidarité intergénérationnelle qui a provoqué tant de dégâts ». Cette prise de position publique fait suite à l'accusation inverse adressée aux MC de contribuer à une nouvelle « segmentation de la population ». Médiatiquement et politiquement, les MC fonctionnent donc comme un support permettant aux fédérations minoritaires de se réhabiliter symboliquement dans le champ, en plaidant notamment pour un retour aux valeurs originelles du mutualisme. Dans des interviews à la presse, le président de la Fédération nationale indépendante des mutuelles n'hésite pas à comparer les MC aux sociétés de secours mutuels créées au XIX^{e} siècle. Convictions reprises par le président de la FDPM, qui voit dans ce dispositif « un élément d'affirmation et de reconquête de la mutualité ». Cette valorisation incantatoire des fondements solidaires de la mutualité s'accompagne de la promotion de modèles organisationnels jugés à contre-courant de ceux de mutuelles qui se comportent comme des structures capitalistes. D'après le président de la Mutuelle catalane, la pérennité des mutuelles de village est indissociable d'un modèle économique privilégiant la sobriété et « la diminution au maximum des frais de gestion ». Assurer la couverture de la population fragile et aux moyens financiers réduits tout en maintenant l'équilibre technique des contrats n'est à ses yeux possible que par une mise une retrait de l'environnement compétitif qui pousse à des dépenses publicitaires exponentielles :

14. Promesse tenue si l'on s'en tient aux chiffres indiqués par le président de la Mutuelle catalane qui estime que les assurés de la MC représentent aujourd'hui près de 30 % de leur portefeuille (70 communes partenaires, 3 000 adhérents).

« Nous, on ne fait aucune publicité, on ne dépense pas un sou de publicité. On n'a pas de bateau, de stade, pas d'équipe cycliste. »

Toutefois, quand elle est mise à l'épreuve de la pérennité des dispositifs, la plus-value sociale et solidaire du modèle mutualiste ne tarde pas à s'étioler. Dans plusieurs des municipalités concernées par « Ma mutuelle de village », l'engouement initial des équipes municipales résiste mal à l'épreuve du temps, soit que le contrat peine à se déployer, faute de relais informationnels auprès des habitants, soit que l'équipe qui coordonne le suivi du dossier donne des signes d'essoufflement. Rencontrée à l'occasion d'une permanence qu'elle tient mensuellement à Ifiac, une chargée de développement de mutuelle nous prend à témoin de la négligence de la commune, pourtant initialement motrice, à maintenir la dynamique, ce dont témoigne la mise à disposition d'une salle froide, peu lumineuse et sans connexion Internet. De surcroît, il arrive que des collectivités retiennent plusieurs opérateurs, jusqu'à quatre, pour composer avec les susceptibilités des assureurs locaux mais également se départir de tout conflit d'intérêt. Ce multi-partenariat, au-delà de complexifier l'accès aux dispositifs, sape les avantages escomptés de la mutualisation. Cette dispersion des adhésions vaut également dans les cas où, devant le constat d'échec de déploiement d'un contrat, les municipalités sollicitent un nouvel assureur. C'est le cas d'une commune de 1 800 habitants où après deux années de fonctionnement, et bien que la représentante de la mutuelle se soit attachée à organiser des rendez-vous à domicile auprès de personnes âgées isolées, estimant en cela jouer un rôle « d'assistante sociale », seule 16 personnes ont adhéré au contrat ; un effectif jugé insuffisant par le conseil municipal. Afin de relancer la campagne d'adhésion, le conseil a dès lors requis la mise en place d'une nouvelle mutuelle communale et signé une convention avec un second organisme. Or cette ouverture, outre qu'elle a suscité le courroux de la mutuelle en place, a conduit au transfert de quatre des assurés vers le nouvel opérateur, sans que le nombre global d'assurés n'ait depuis augmenté.

Enfin, si l'action municipale équivaut à un travail de tri que nombre d'administrés n'auraient pas réussi à faire aussi bien seuls, et qu'elle leur épargne des frais individuels d'acquisition, elle les laisse parfois dans une position de face-à-face avec l'assureur. Comme le résume un inspecteur d'Axa, « la relation commerciale » s'installe dans un contexte où la légitimité sociale de l'assureur est créditée par les pouvoirs publics. La tentation est alors grande pour les opérateurs multi-risques, en premier lieu les compagnies d'assurance, de faire de la mutuelle communale un produit d'appel pour vendre d'autres prestations. En outre, l'entrée à perte sur ce marché de niche n'est tenable que parce que le public de souscripteurs, principalement des personnes retraitées aux revenus modestes, est peu prompt à la

résiliation. Le public-cible est donc une population captive, ce qu'affirme l'un des courtiers rencontrés : « Il y a très peu de résiliations, sauf décès. Au-delà de 60 ans, ils ne se prennent pas la tête. » Sans réel garde-fou, le recours aux opérateurs d'assurance pour garantir un meilleur accès à la complémentaire santé peut finalement mettre en danger les plus vulnérables, qui se retrouvent directement exposés à des stratégies commerciales auxquelles les pouvoirs publics ont donné leur caution.

II.3. Une pérennité économique compromise ?

À la différence de contrats collectifs d'entreprise ou de la fonction publique, et faute de cadre de négociation collective institué, la municipalité n'a pas de lisibilité sur l'économie générale du contrat et n'est donc pas en mesure de le piloter. Ainsi, à l'instar des systèmes d'aide à la personne, les capacités limitées des pouvoirs publics à contrôler la qualité des produits ou à sanctionner le prestataire en cas de mauvaise performance résultent d'un manque d'informations (Bode, 2007). Les données manquent aujourd'hui pour évaluer la réalité des évolutions tarifaires des contrats, bien que les détracteurs des MC affirment que les cotisations ont nettement augmenté. Nos interlocuteurs n'ont pas démenti cette dégradation de l'équilibre technique, notamment ceux concernés par les associations d'assurés. Armoric Santé Prévoyance a ainsi dû résilier la convention de partenariat avec une mutuelle qui « n'a pas pu tenir ses engagements » tarifaires. Le président de l'association d'assurés Mandarine concède de son côté que « les résultats n'étaient pas très bons les trois premières années » et que la mutuelle partenaire « a fait un chèque assez important au début pour aider ». Le rapprochement et la fusion d'opérateurs dans des grands groupes de protection sociale rend également plus délicat le travail de négociation tarifaire avec les partenaires mutualistes, ce dont témoigne l'un des courtiers rencontrés : « Mais les partenaires, eux, ont des réalités économiques, qui font qu'à un moment donné il faut augmenter parce que les équilibres sont difficilement assurables. On a une de nos mutuelles qui vient d'être absorbée par Malakoff Mederic, c'était une mutuelle de moyenne importance, indépendante, aujourd'hui on n'a plus les mêmes interlocuteurs et c'est beaucoup plus complexe. Aujourd'hui, on a un mastodonte avec qui on doit discuter et c'est beaucoup moins aisé, moins souple et plus rigoureux avec du bon et du moins bon. »

Notre appréciation de la viabilité des contrats porte toutefois moins sur l'analyse des niveaux de cotisation que sur la difficulté à concilier les deux objectifs recherchés par les MC – du social à faible coût. Cette optique nous invite à considérer la contrainte en termes de mutualisation des risques pour les assureurs. Si, en rassemblant les adhérents des différentes communes signataires du programme « Ma Commune, Ma Santé », l'objectif visé par

l'initiateur d'Actiom « est de recréer petit à petit un système de solidarité intergénérationnelle et interprofessionnelle », ce qui le conduit à prétendre aujourd'hui « gérer une petite mutuelle, de plus de 30 000 adhérents de tous types, des agents territoriaux, des chefs d'entreprise, des contrats fiscalisés Madelin [15], des seniors », les facteurs de réussite de ce dispositif sont paradoxalement ce qui constitue sa fragilité. Les produits de MC développés par les associations d'assurés sont en effet travaillés par deux tensions constitutives à leur développement. D'un côté, il faut qu'ils répondent à la demande de non-compromission des élus locaux tout en reposant sur des périmètres de mutualisation suffisamment larges pour convaincre les porteurs de risque de s'engager. C'est cette double exigence qui a poussé Actiom à travailler avec quatre mutuelles. De l'autre, la promesse de la relation de proximité, largement invoquée par les courtiers pour justifier la plus-value sociale de leur action commerciale, est difficile à tenir en pratique, tant ils peinent à assurer une présence continue sur le terrain. Le fort éparpillement et la densité de la structure communale française, de même que la facultativité de l'adhésion à la couverture communale, réclament un exigeant travail de déploiement. À cela s'ajoute le fait que la popularité du dispositif est telle que le courtier référent local ne parvient plus à répondre à la demande : « On a trop d'appels, on ne peut plus suivre. » Alors, pour faire face au volume croissant de demandes et répondre à l'exigence de présence sur le terrain, le référent susmentionné a signé un contrat avec deux mandataires qui s'occupent désormais du suivi du dispositif. Or l'ajout de ce maillon supplémentaire dans la chaîne d'intermédiaires vient peser sur le montant de la cotisation. Enfin, une autre conséquence imputable à la dimension chronophage du dispositif est qu'elle participe au délaissement des petites communes rurales au profit de plus grosses collectivités où assurer des permanences avec des effectifs conséquents est plus aisé pour les représentants d'assurance.

Conclusion

Lors du Salon des maires de 2016, la mutuelle MGC, en tenant une table-ronde intitulée « La mutuelle communale : une fausse bonne idée ? » [16], synthétise la difficile équation que pose la mutuelle communale (MC) à l'action publique municipale, entre velléité d'accroître les frontières de son champ d'intervention sociale et sous-traitance à un marché de l'assurance santé complémentaire dont elle maîtrise finalement peu les règles. Pensée par les élus de communes en proie à la relégation comme un triple renouveau – des solidarités, du lien social et de la démocratie –, la MC est également

15. Il s'agit d'un dispositif fiscal réservé aux travailleurs non salariés et professions libérales, permettant de mettre en place un contrat retraite, prévoyance, et mutuelle santé.
16. https://bit.ly/3vJN4Sz.

convoitée par les assureurs qui contribuent à sa mise en discours comme à son développement. Loin de se résumer à un effet de mode réductible à un simple opportunisme électoral ou commercial, le cas des mutuelles communales constitue une boussole pertinente d'analyse des expérimentations locales compensatoires au désengagement de l'État en matière de politique de santé. Il donne ainsi à voir comment la protection sociale s'insère dans le large spectre de l'action sociale facultative des municipalités qui, basée sur l'innovation et l'expérimentation, tente d'apporter des solutions complémentaires aux dispositifs d'aides publiques existants (Löchen, 2018).

S'engager pour une municipalité dans une démarche facilitant l'accès à la complémentaire santé des administrés réclame de tenir des objectifs difficilement conciliables. D'un côté, les élus locaux prennent le relais de systèmes de solidarité nationaux érodés en renouant avec des dispositifs d'assistance sociale historiquement constitutifs de leur champ d'action. De l'autre, ils tentent, sans grand renfort de moyens techniques et financiers, d'organiser la gestion publique du marché – plus concrètement, l'organisation de la concurrence entre opérateurs d'assurance (petites mutuelles, courtiers, grandes compagnies), le choix des types de contrat (standardisé, labellisé, individualisé, etc.) et l'attention aux caractéristiques des assurés (âges, statuts, etc.). De l'articulation variable de ces objectifs naissent des configurations d'action publique polarisées allant de l'action volontariste d'équipes municipales désireuses de rebâtir des solidarités organisées en s'appropriant les valeurs et le langage de la mutualité, à l'action plus distanciée d'élus à la recherche d'une action sociale à faible coût et politiquement rétributrice. Au final, l'essaimage de la protection sociale dans les territoires suit des logiques propres à leurs caractéristiques historiques, politiques et démographiques, participe au dévoilement de pratiques informelles dans la gestion municipale de l'action sociale et illustre l'exigence que réclame, tant pour les équipes municipales que pour les opérateurs d'assurance, la poursuite d'une action sociale au plus près des personnes défavorisées.

Références bibliographiques

Abecassis P., Batifoulier P., Coutinet N., Domin J.-P. (2017), « Éditorial : la généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité », *Revue française de socio-économie*, vol. 18, n° 1, p. 13-22, https://doi.org/10.3917/rfse.018.0013.

Ansaloni M. (2017), « Le marché comme instrument politique : le désengagement de l'État dans l'usage des pesticides en France », *Sociétés contemporaines*, vol. 105, n° 1, p. 79-102, https://doi.org/10.3917/soco.105.0079.

Bergeron H., Castel P., Dubuisson-Quellier S. (2014), « Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable », *Gouvernement et action publique*, vol. 3, n° 3, p. 7-31, https://doi.org/10.3917/gap.143.0007.

Bode I. (2007), « La nouvelle donne du marché providence », *Retraite et Société*, vol. 51, n° 2, p. 207-233, https://doi.org/10.3917/rs.051.0207.

Bourgueil Y. (2017), « L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 1, p. 97-108, https://doi.org/10.3917/sss.351.0097.

Brodiez-Dolino A. (2013), *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRS Éditions.

Bruneteaux P. (2008), « La lutte contre la "grande pauvreté" : un marché ? », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 4, n° 2, p. 223-233, https://doi.org/10.3917/rce.004.0223.

Clavier C. (2009), « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 2, p. 47-74, https://doi.org/10.3917/sss.272.0047.

Clavier C., Hassenteufel P., Loncle-Moriceau P. (2005), « L'affirmation des politiques sanitaires et sociales urbaines », *Pouvoirs locaux*, n° 65, p. 52-56, https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00157777.

De Certaines M. (1994), « L'élu local face à l'exclusion sociale », *in* Fontaine J., Le Bart C. (dir.), *Le métier d'élu local*, Paris, L'Harmattan.

Defeuilley C. (2014), « Légitimité de l'intervention privée dans un service public. Le renouvellement du contrat des eaux de la banlieue de Paris », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 203, n° 3, p. 48-59, https://doi.org/10.3917/arss.203.0048.

Destremau B., Messu M. (2008), « Le droit à l'assistance sociale à l'épreuve du local », *Revue française de science politique*, vol. 58, n° 5, p. 713-742, https://doi.org/10.3917/rfsp.585.0713.

DiMaggio P.J., Powell W.W. (1983), « The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational field », *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, p. 147-160, https://doi.org/10.2307/2095101.

Dormont B. (2010), « Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires », *Les Tribunes de la santé*, vol. 28, n° 3, p. 65-74, https://doi.org/10.3917/seve.028.0065.

Frinault T., Le Saout R. (2011), « Communes, intercommunalité et action sociale. Les contraintes d'un changement d'échelle territoriale », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 4, p. 114-131, https://doi.org/10.3917/rfas.114.0114.

Guyot J.-C., Hérault B. (2001), *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, Pessac, Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.

Jobert B., Muller P. (1987), *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Puf.

Lafore R. (2004), « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 17-34, https://bit.ly/3c85kgJ.

Löchen V. (2018), « Architecture des politiques sociales », *in* Löchen V. (dir.), *Comprendre les politiques sociales*, 6e éd., Paris, Dunod, p. 7-90, https://bit.ly/3fCkSeQ.

Monneraud L. (2011), « Pouvoirs locaux et santé : construction de compétence ou déconstruction des compétences ? Observation de l'intervention des collectivités et pays aquitains en matière de santé », *in* Cherubini B. (dir.), *Agir pour la promotion de la santé*, Toulouse, Érès, p. 77-97, https://doi.org/10.3917/eres.cheru.2011.01.0077.

Nicolas F., Vignon S., Laferté G. (2019), « La fabrique (et le travail) du personnel politique rural », *Études rurales*, n° 204, p. 8-20, https://doi.org/10.4000/etudesrurales.16541.

Pollard J. (2018), « Le pouvoir des élus locaux face aux promoteurs immobiliers. La fabrication des politiques du logement », *in* Pollard J. (dir.), *L'État, le promoteur et le maire*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 137-167, https://bit.ly/3wLTIYt.

Vignon S. (2016), « Des maires en campagne(s). Transformations des répertoires de mobilisation électorale et des registres de légitimité politique dans les mondes ruraux », *Politix*, vol. 113, n° 1, p. 17-42, https://doi.org/10.3917/pox.113.0017.