

Mutuelles, quel management pour répondre à quels enjeux ?

par **Antoine CATINCHI**, directeur général du groupe d'établissements mutualistes de l'agglomération lyonnaise RESAMUT / UMGEGL



Ancien Directeur Général de la Mutuelle du Ministère de l'Intérieur (MMI) de 2005 à 2007 et de la Mutuelle Générale de l'Économie des Finances et de l'Industrie (MGEFI) 2007 à 2014 et Directeur général adjoint du groupe mutualiste ISTYA de 2013 à 2015.

La gestion managériale d'une entreprise et les enjeux de sa stratégie en matière de ressources humaines sont extrêmement dépendants du contexte économique de son activité et des évolutions qu'il enregistre.

Le monde de la complémentaire santé n'échappe pas à cette règle. Il a connu ces dernières années des bouleversements considérables. L'accord national interprofessionnel de janvier 2013, transposé dans la loi du 14 juin de la même année, instituant la complémentaire santé pour l'ensemble des salariés, n'est que l'un des événements qui, depuis plus d'une décennie sont venus modifier l'environnement économique dans lequel évoluent les opérateurs, notamment les mutuelles, et qui leur impose de rechercher en permanence les solutions pour optimiser leur activité.

Sous la pression de plusieurs évolutions et réformes, elles ont dû ajuster leur mode de fonctionnement et globalement, développer leur rentabilité,

Les mutuelles ont dû faire face à des évolutions fortes de leur environnement

La réglementation prudentielle a été un premier facteur contraignant qui a pesé sur leur gestion. Les programmes « Solvabilité 1 », puis « Solvabilité 2 », réformes réglementaires européennes du monde de l'assurance ont, dans la lignée de « Bâle 2 » qui concernait le système bancaire, imposé la majoration de leurs fonds propres aux acteurs de l'assurance et de la réassurance pour mieux couvrir les risques que ceux-ci encourent dans leur activité. Contraintes sur le niveau de leurs fonds propres mais aussi sur la mise en place de procédures extrêmement lourdes sur leur mode de gouvernance. L'action de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution) pour le déploiement de ces règles a été un facteur essentiel de recomposition.

Pour des acteurs disposant d'une certaine « surface d'activité », ces exigences ont été intégrées dans la gestion de leurs réserves et ont été prises en compte dans le développement des produits qu'elles distribuaient. Pour d'autres, de taille plus réduite, les niveaux de provisionnement imposés par ces règles prudentielles, souvent inaccessibles, leur incapacité à mettre en place les dispositifs de contrôle interne exigés, les a conduit à rechercher des solutions d'adossement à d'autres opérateurs. C'est dans ce contexte que des mutuelles ont ainsi transféré leur risque assurantiel à d'autres organismes dans le cadre



de convention de substitution (au tournant des années 2010, 40 % des mutuelles étaient substituées), voire à envisager de réaliser des fusions d'entreprises. L'effet le plus remarquable qui en est résulté a été un formidable mouvement de concentration : les mutuelles qui comptaient encore plus de 1 200 unités en 2005, sont moins de 300 aujourd'hui.

Un deuxième facteur de déstabilisation du modèle économique des mutuelles a été la formidable hausse de la fiscalité attachée à leur activité de complémentaire santé. L'assimilation progressive au régime de l'ensemble des acteurs lucratifs du marché les a exposées à des coûts nouveaux. La loi du 13 août 2004 avait exonéré les contrats jugés responsables et solidaires, diffusés notamment par les mutuelles, du paiement de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) qui s'élevait à 7 %. La loi de finances pour 2011 a modifié le dispositif existant en soumettant à compter du 1^{er} janvier 2011 à la taxe spéciale sur les conventions d'assurances (TSCA), anciennement TCA, ces contrats de « complémentaire santé » responsables et solidaires au taux réduit de 3,5 %. La même année, une loi de finances rectificative a doublé, au 1^{er} octobre 2011, ce taux pour les contrats dits responsables à 7 % et augmenté le taux applicable aux contrats non responsables, le portant de 7 % à 9 %. Il faut enfin noter que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 est venue, à nouveau, modifier le dispositif : la taxe pour les contrats autres que « solidaires et responsables » est passée au 1^{er} janvier 2014 de 9 % à 14 %.

Exigences prudentielle en hausse, fiscalité aggravée, les mutuelles ont vu, en outre, leur environnement modifié. Sont entrés sur leur marché, plus ou moins protégé – très protégé pour les mutuelles de la fonction publique –, d'autres opérateurs du secteur marchand rompu aux techniques de commercialisation de produits d'assurance, sociétés d'assurance, banques, avec lesquelles elles se sont trouvées en concurrence notamment sur la souscription des contrats individuels.

Dans un contexte où le taux de marge s'est sensiblement réduit, en lien notamment avec ce phénomène concurrentiel, les mutuelles ont dû adopter des stratégies actives pour, dans un marché quasi « saturé », être en capacité, défensivement, de maintenir leur part de marché, voire la développer, offensivement, en gagnant sur les autres opérateurs.

Dans la composition de leur charges, on a vu s'envoler leurs « coûts d'acquisition », moyens mis en œuvre pour développer la souscription de nouveaux contrats : réseau de développement commercial, publicité et communication, etc.

Cet environnement concurrentiel, allié à des attentes exprimées par les adhérents, s'affirmant de plus en plus comme des consommateurs exigeants, leur a imposé, non seulement de mettre à niveau leurs offres en termes de produits et de services offerts, mais aussi à développer l'innovation dans ces domaines, facteur clé de différenciation sur ce marché. Innovation, diversification pour répondre au plus près à la demande personnalisée de l'adhérent, ont nécessité le renforcement de leur capacité d'expertise pour approcher le point d'équilibre économique des contrats et un renforcement de leur expertise financière et actuarielle. Là encore, des investissements conséquents ont dû être réalisés.

Toutes ces évolutions, consommatrices de ressources nouvelles, ont bien sûr imposé des recherches d'économie dans tous les autres domaines de leur gestion et en particulier, sur ce qui concerne les activités opérationnelles du back-office, gestion du fichier, gestion des contrats, liquidation des prestations et la recherche d'optimisation dans l'organisation de ces fonctions.

On voit donc que, bien avant d'être percutées par la généralisation de la complémentaire santé, les mutuelles avaient vu leur modèle économique, quasiment stable jusqu'au début des années 2000, très fortement bouleversé par les mutations de leur environnement.

La généralisation de la complémentaire santé – d'ailleurs très incomplète si l'on considère que fonctionnaires, chômeurs, étudiants et retraités en étaient exclus – a constitué une autre étape de déstabilisation pour certaines mutuelles. Dans un marché dont on a indiqué qu'il n'offrait que peu d'opportunités de développement compte-tenu du fort taux de couverture de la population et plus particulièrement, de la population salariée, l'effet prévisible a été un déplacement du contrat santé individuel vers le contrat collectif d'entreprise.

Or, à l'exception de quelques mutuelles qui s'étaient déjà positionnées sur le marché du contrat collectif, beaucoup se sont trouvées exposées au risque de voir leur portefeuille d'adhérents individuels fondre sous l'effet du développement du contrat obligatoire d'entreprise... La réponse a été de mettre en place de nouvelles offres pour être présentes sur ce marché et de s'inscrire dans la concurrence des appels d'offres de branches ou d'entreprise. Mais dans ce domaine, les Institutions de Prévoyance (IP), organismes paritaires, proches des partenaires sociaux qui au sein des branches professionnelles vont orienter le choix en matière de protection sociale, sont déjà très bien positionnées et ont un savoir-faire dans ce domaine très développé. Elles possèdent vis-à-vis de beaucoup de mutuelles une longueur d'avance, notamment pour maîtriser les risques des portefeuilles couverts et pour définir la tarification de ces offres collectives. Pour être concurrentielles sur ce marché, les mutuelles auront à progresser très vite en matière de stratégie d'acquisition mais également de gestion, tant les conditions de gestion de ces contrats collectifs sont différentes de celles des contrats individuels.

Une adaptation indispensable qui suppose une reconfiguration de ressources humaines

En synthèse, les mutations de l'environnement des mutuelles vont appeler une adaptation forte de leur gestion. Elle va s'opérer sur les axes suivants :

- ▼ Disposer de la taille critique pour répondre positivement aux exigences de solvabilité,
- ▼ Réduire leurs coûts de gestion opérationnels pour absorber l'augmentation de la fiscalité et dégager les marges permettant d'investir dans le développement de fonctions nouvelles,
- ▼ Être en recherche permanente d'innovation, de différenciation en matière d'offres et de services, pour maintenir et développer leurs parts de marché,
- ▼ Être en capacité d'être un acteur crédible sur le marché de la complémentaire santé collective qui est appelée à devenir le mode de couverture majoritaire.

Ces impératifs que vont intégrer les mutuelles dans leur stratégie de gestion vont avoir un impact fort sur leur approche de leur gestion managériale.

Quels objectifs vont-elles alors poursuivre et comment va s'opérer cette reconfiguration ?

Trois domaines vont faire l'objet d'une attention particulière de la part du manager de l'entreprise mutualiste.

Le premier concerne les conditions de la mise au point des produits qu'elles proposent sur le marché.



En santé, les offres des mutuelles sont historiquement calées en « complément » des prestations de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de fait, sont restées très longtemps peu différenciées entre les opérateurs, si ce n'est le positionnement du curseur du complément (taux de remboursement complémentaire). Or, depuis quelques années, on voit apparaître, non sans relation avec ce que proposent d'autres acteurs, des prestations qui ne se sont pas seulement définies dans leur rapport avec celles de l'AMO mais qui incluent des prises en charge de dépenses non remboursées par elle. On citera par exemple le développement de garanties qui assurent la couverture des actes d'homéopathie, d'ostéopathie...et celui des actes de prévention.

Penser ces offres, être à l'écoute des attentes des adhérents et du marché, savoir « packager » ces produits est l'affaire de nouveaux collaborateurs qui, totalement absents des effectifs de ces organismes il y a encore une vingtaine d'années, sont venus enrichir leurs équipes. On compte aujourd'hui dans les mutuelles des professionnels de santé, des équipes marketing qui prennent en charge ces évolutions des offres santé.

En matière de santé, autant que sur les produits, la différenciation s'opère sur le service : la mise à disposition de l'adhérent de l'ensemble des moyens d'information, de communication, l'organisation de réseaux de soins, de professionnels de santé qui répondent vite et bien à leur besoins. D'où le développement d'une ingénierie et d'équipes en capacité de relever le défi de la numérisation et de la constitution des plateformes de services d'orientation médicalisée et de prises en charge. Il s'agit là d'un nouvel impératif dans les moyens qu'elles ont à mettre en place.

La santé n'est pas le seul domaine d'intervention des mutuelles. Rappelons qu'elles sont historiquement nées de la prévoyance et les produits de prévoyance occupent, parce que ce domaine appartient à leur cœur d'activité, une place encore essentielle. Elles ont, compte-tenu des contraintes et exigence d'équilibre économique, dû, là encore, renforcer leurs moyens humains. Aucun produit de prévoyance, de couverture de l'incapacité, de l'invalidité n'est mis sur le marché sans recourir à des études actuarielles qui répondent à la nécessité de garantir une maîtrise de leurs risques et leur solvabilité à long terme. La plupart des mutuelles ont dû, pour ce faire, constituer des équipes dédiées à cet aspect de la définition de leurs produits et se doter de professionnels aguerris à ces approches.

Les mutuelles ont été amenées, on le voit, à recruter, essentiellement en externe, des collaborateurs d'un type nouveau, souvent très qualifiés pour accompagner les évolutions de leurs produits.

Le deuxième secteur qui a nécessité des investissements humains considérables, c'est le développement commercial.

Dans un contexte qu'on a décrit très concurrentiel, les mutuelles ont développé des moyens nouveaux en matière de communication « multicanale », de réseaux d'agences, en mettant en place de nouvelles organisations professionnelles. Des recrutements ont été opérés, souvent là aussi en externe, de profils issus du secteur des activités d'assurance. Dans ce domaine, elles ont cependant, été amenées à proposer à des collaborateurs jusqu'alors mobilisés sur des activités de gestion de back office d'élargir leur pratique à des fonctions de « relation clients », cette dimension de leur activité devenant une composante essentielle du développement de leur qualité de service : fidéliser les adhérents, aujourd'hui où la

conservation des parts de marché est vitale, passe en effet par une démarche proactive qui suppose de mobiliser des professionnels pour établir, entretenir le contact avec l'adhérent. Cela explique le développement continu des plateformes de relation-client, non seulement pour apporter une réponse aux appels et messages des adhérents, mais où l'on pratique aussi « l'appel sortant » pour manifester la proximité de l'assureur vis-à-vis de son client.

En outre, la réorientation des contrats individuels vers les contrats d'entreprise a été un fort moteur pour spécialiser des services entiers vers une pratique nécessitant des compétences nouvelles et spécifiques.

Derrière ce développement des fonctions commerciales, c'est, à l'heure de la révolution numérique et des nouveaux supports de communication, l'exigence d'être en capacité de disposer des outils portés par des collaborateurs rompus aux nouvelles technologies, nouveaux langages et nouvelles pratiques (web, réseaux sociaux...).

Le troisième secteur qui a été fortement affecté par les mutations de l'environnement des mutuelles est celui de la production, soit, dans une mutuelle, la gestion des prestations.

À l'inverse des domaines précédemment cités, il n'a pas connu d'expansion des ressources humaines, bien au contraire. Le développement des transmissions par flux électroniques, qui n'est d'ailleurs pas encore achevé à ce jour, a considérablement réduit la part des traitements manuels dans la gestion de la liquidation des prestations et les échanges avec les professionnels de santé. Le projet ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires) piloté par le Ministère, devrait également aboutir à une facturation totalement dématérialisée des établissements de santé vers les mutuelles.

Ces nouveaux modes de fonctionnement ont permis une reconfiguration de leurs centres de gestion. Ils ont notamment autorisé un ajustement en temps réel des charges de travail entre centres, une répartition sur le territoire totalement déconnectée de la proximité avec les adhérents, et un dimensionnement repensé : ni de trop grandes unités au management complexe et à la performance médiocre, ni de petites unités inférieures à la taille critique minimale. Leurs effectifs ont vu leur productivité croître de façon exponentielle et leur nombre considérablement réduit.

En outre, la nature des emplois a aussi en ce domaine évolué : à des emplois de liquidateurs de feuilles de soins, souvent peu qualifiés, aux tâches répétitives, se substituent des fonctions de techniciens, experts de la législation sociale et des contrats, en capacité de gérer les cas complexes, issus des « rejets » des gestions automatisées. Ces évolutions ont aussi dû être accompagnées par un fort développement des systèmes d'information et de professionnels qualifiés en la matière. Des investissements informatiques, parfois lourds ont été nécessaires pour mettre en place ces chaînes et outils de traitement, mais ils ont été source non seulement de performance en matière de délai de traitement, mais aussi de fiabilité et de qualité dans les processus de gestion.

En synthèse, on voit que la gestion des ressources humaines d'une mutuelle va essentiellement consister à reconfigurer ses effectifs en :

- ▼ Réduisant les emplois affectés à la production, à la gestion en back-office, sauf ceux en rapport avec les fonctions d'expertise très qualifiées,
- ▼ Structurant les fonctions d'ingénierie technique dans plusieurs domaines : conception de produits et marketing, finances et actuariat, systèmes d'information et de communication,
- ▼ Développant les fonctions de « front office », commerciales et de relation et de services aux adhérents.



Les axes majeurs de la conduite de la mutation RH des mutuelles aujourd'hui

De quels atouts disposent les mutuelles pour conduire ces mutations ?

- ▼ Les mutations technologiques autorisent, on l'a dit, depuis plusieurs années des gains considérables en ressources humaines dans les chaînes de gestion. La dématérialisation des flux de gestion, le traitement automatisé des opérations de liquidation des prestations, dont les taux très élevés continuent de progresser années après années, et se traduisent par des gains de productivité majeurs et donc, des capacités de redéploiement d'emplois,
- ▼ Au sein de mutuelles cinquantenaires, on est à l'heure du départ de la génération des collaborateurs issus « baby-boom », majoritairement affectés aux fonctions de gestion. Cela a conduit à une réduction naturelle des effectifs et donc, offert une capacité à réorienter les emplois vers les nouveaux métiers, plus qualifiés et moins nombreux.
- ▼ Un lien fort des collaborateurs à leur entreprise : on constate un fort attachement des salariés mutualistes à la mission sociale de leur organisme employeur, leur capacité de mobilisation pour contribuer à la recherche de réponses pour améliorer le service rendu aux adhérents est une réalité sur laquelle une direction de mutuelle peut s'appuyer pour engager des restructurations lourdes de l'organisation des activités, d'autant que la qualité du dialogue social est généralement plutôt bonne dans des organismes dont les employeurs s'affirment comme soucieux de leur responsabilité sociale.

Comment dans ce contexte, une entreprise mutualiste va-t-elle conduire ses mutations ?

Si l'on modélise une démarche d'adaptation, on pourrait schématiquement décrire le processus suivant.

Le cadrage général des actions à mettre en œuvre va naturellement s'inscrire dans la définition d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). Cette gestion vise à adapter la ressource humaine aux besoins qui ressortent aux priorités stratégiques de l'entreprise.

La première étape de la démarche, vis-à-vis des collaborateurs, après avoir partagé ces orientations stratégiques, va être de clarifier la cible de l'organisation et d'en préciser l'échéance : les unités supprimées, conservées et nouvelles, le contenu en emplois et, précisément, en compétences recherchées.

L'affichage concomitant des objectifs en termes de réduction des emplois consacrés à la gestion, la programmation des départs naturels à trois ans, l'affichage d'un solde des emplois à reconverter sont les étapes suivantes.

Sur ces bases, commence alors la définition, en lien avec les instances représentatives du personnel, des modalités d'accompagnement des professionnels, la construction des parcours des collaborateurs en poste pour les inscrire dans ce cadre programmé.

Les outils mobilisés vont bien sûr être le recours aux formations, notamment celles, et c'est un mouvement fort dans les mutuelles, qui vont permettre le passage de fonctions de « back-office » vers les fonctions de « front-office », de relation avec les adhérents... voire vers des fonctions commerciales.

La validation des acquis de l'expérience (VAE) sera une autre voie explorée pour faciliter les transferts d'effectifs vers de nouvelles fonctions.

La restructuration peut viser aussi à déplacer géographiquement des emplois (fermeture de centres de gestion, fonctions création d'unités nouvelles sur des sites nouveaux...). La mutuelle peut dans ces situations mettre en place des mesures d'aide à la mobilité (prime dédiées, accompagnement à l'installation...).

Comme on l'a indiqué, les nouveaux besoins des mutuelles vont majoritairement concerner des emplois assez, voire très, qualifiés, de spécialistes ou d'experts qu'il ne sera pas simple de satisfaire par la promotion individuelle au sein de l'entreprise et l'appel aux recrutements externes va être dans les plupart des cas privilégié.

Au-delà des opportunités de création de postes offerts par la restructuration, au-delà de l'engagement des collaborateurs dans des formations pour lequel le volontariat est requis, il est rare que les solutions couvrent parfaitement les situations et il est fréquent, compte-tenu de l'ampleur de l'adaptation à opérer, que les employeurs ne soient pas en mesure d'apporter à chacun des collaborateurs une proposition d'emploi dans le nouveau dispositif.

C'est la raison par laquelle, même en dehors d'une opération de regroupements, voire de fusions d'entreprises, la GPEC d'une mutuelle doit nécessairement intégrer la dimension de « l'employabilité » des collaborateurs, en interne mais aussi en externe.

En effet, dans les réorientations d'emplois à opérer, les solutions ne sont pas toujours accessibles au sein de l'entreprise, mais l'employeur a la responsabilité de préparer, par la formation, ses salariés à se positionner sur de nouvelles fonctions recherchées, prioritairement sur le marché de l'assurance. Même si elles ne correspondent pas à un besoin de renforcement au sein de la mutuelle et ne feront pas l'objet d'une proposition en interne, ces formations, définies avec le salarié et en regard de son projet professionnel, constituent une modalité pour lui permettre de trouver une solution d'emploi pérenne.

Cette dimension doit être impérativement inscrite dans la démarche GPEC

Pour les besoins de cette présentation, nous avons décrit ici les étapes d'un processus d'adaptation d'une structure vers un nouveau modèle d'organisation. Dans les faits, ces évolutions sont bien évidemment plus progressives, elles sont mises en œuvre sur des mois et des années, ce qui favorise la mise en œuvre de solutions dans le temps, mais les principes et les difficultés restent les mêmes.

Une animation managériale en phase avec les enjeux

Par-delà la restructuration des secteurs contributeurs aux fonctions vitales de la mutuelle, c'est l'animation managériale qui va être essentielle pour atteindre la performance recherchée.

De plus en plus d'entreprises mutualistes s'inscrivent aujourd'hui dans des démarches de certification externe, de labellisation, d'engagement de services... Les actions autour des concepts de « responsabilité sociétale des entreprises » (RSE) s'y multiplient. Ces labels, largement mis en exergue



dans la politique de communication des mutuelles, sont des opportunités internes pour mobiliser leurs collaborateurs sur des projets qui appellent l'adhésion des salariés, leur contribution pour améliorer constamment pratiques et procédures afin d'être en phase avec des objectifs de résultats économiques, commerciaux ou de qualité de service.

Comme dans beaucoup de secteurs de la vie économique, le management dans les mutuelles a évolué : s'appuyant sur un encadrement de professionnels, de moins en moins issus de la promotion interne, formés aux techniques managériales, elles intègrent aujourd'hui les invariants d'une gestion des ressources humaines efficace. À ce titre, on peut noter le niveau de recrutement des DRH dans ces entreprises dont on a évoqué la taille grandissante et la place qu'ils occupent aujourd'hui au sein des comités de direction pour peser dans gestion des stratégies d'entreprise.

En définitive, comme tous les acteurs de la vie économique, les mutuelles, confrontées aux contraintes nouvelles de leur environnement, doivent adapter leur gestion. Ces adaptations sont continues et la reconfiguration de leurs équipes s'effectue au fil du temps. En décrivant les dimensions très opérationnelles de ces réalités, nous sommes conscients que ces réponses ne constituent pas à elles seules une garantie de pérennité de ces entreprises. Il n'est pas exclu qu'elles doivent, pour n'être pas seulement dans un mouvement de réaction face à une nécessaire adaptation, entreprendre demain, outre la poursuite de leur croissance interne, une réflexion sur de nouvelles activités, au-delà de l'assurance santé et la prévoyance, pour une meilleure maîtrise de leur développement. Il appartiendra aux acteurs du mouvement mutualiste, qui s'y sont déjà attelés, à définir ces nouvelles stratégies.