

Accès aux soins et complémentaires santé : quand les communes s'en mêlent

Le thème de cette matinée est l'« accès aux soins et complémentaires : quand les communes s'en mêlent ». Voilà un phénomène récent, la première initiative datant de deux ans, et en pleine croissance puisqu'il ne se passe pas une semaine sans l'annonce de la mise en place d'une « mutuelle pour tous » à l'initiative d'élus municipaux.

Que faut-il en penser ? En premier lieu, cette tendance illustre une triste réalité : les Français ont de plus en plus de difficultés financières et renoncent pour certains à une complémentaire santé. Ils doivent en outre faire face à des restes à charge de plus en plus fréquents et importants.

Ce constat, nous le faisons également à travers le baromètre de la Fnim, qui nous permet de mesurer les attentes des Français sur ces différents points et, plus généralement, sur l'évolution de la protection sociale complémentaire.

Il convient de s'attarder sur ce que souhaitent les Français en matière de complémentaire santé.

L'intervention des communes nous interroge sur d'autres points. Faut-il interpréter cette démarche comme une contrainte et une concurrence à l'égard des complémentaires ? Où ne s'agit-il pas simplement d'un retour en origines de la mutualité ? Au temps où, dans les territoires, des femmes et des hommes ont commencé à se regrouper pour faire face aux aléas de l'existence ? Autant de questions qu'il nous faudra traiter.

J'ai le plaisir de déclarer ouvertes les 10^{èmes} Rencontres du Comité Opéra.

Jacques Valès, Porte-parole de Michel Hermant,
Président du Comité Opéra

Intervenants des 10^{èmes} Rencontres du Comité Opéra

- **Philippe CHRISTAU**

Président d'EPSY

- **Vincent DELANNOY**

Directeur général de la mutuelle Just

- **Brigitte DEROO**

Directrice du Centre de santé de Grande-Synthe (Département du Nord)

- **Philippe MIXE**

Président de la FNIM et Président de la mutuelle Just

- **Christophe VANACKERE**

Directeur de Fil Social

Débats animés par **Xavier TOULON**,
Associé fondateur, Cabinet Merypta

Cette conférence s'est tenue le 12 novembre 2014

à l'Espace La Rochefoucauld, 75009 Paris.

Assurance santé : un basculement est en train de s'opérer

Philippe Christau

Pour la deuxième année consécutive, une enquête* a été réalisée par Epsy pour la FNIM sur « les Français et leur complémentaire santé » et a été menée auprès de la population française et également auprès d'adhérents de mutuelles de la FNIM. Au cours de cette enquête, un focus a été effectué sur les étudiants.

Les Français ayant une complémentaire santé sont moins nombreux

Premier enseignement : 92 % des Français sont équipés d'une complémentaire santé, soit 2 % de moins que dans le baromètre 2013 de la FNIM. Si ce n'est pas un bouleversement, on constate que c'est une évolution significative et un phénomène tout à fait nouveau. Il semblerait qu'un basculement soit en train de s'opérer puisque, par le passé, le taux d'équipement des Français en complémentaire santé a toujours augmenté. Quand on demande aux Français s'ils ont le sentiment que la complémentaire santé est indispensable ou pas ou bien, au contraire, si l'on ne peut pas s'en passer, 76 % estiment que cette assurance est incontournable. En comparant ce résultat avec celui du baromètre 2013 de la FNIM, il y a 5 % de Français en moins qui perçoivent cette assurance comme incontournable puisque l'an dernier, 81 % répondaient par l'affirmative à cette question. Parce que moins de Français disposent d'une complémentaire santé et que le caractère indispensable tend à diminuer, on se rend compte que s'opère un détachement lié à la complémentaire santé, même s'il s'observe marginalement. Pour la première fois, un retournement est en train de s'opérer, apparemment lié à des effets conjoncturels.

Un renoncement aux soins en hausse

Autre constat : 37 % ont renoncé à des soins pour des raisons économiques et l'on observe, là encore, une proportion croissante de personnes dans cette situation puisque l'enquête de la FNIM réalisée en 2013 faisait état de 33 % de personnes ayant renoncé à des soins. Plus précisément, 69 % ont renoncé à des soins dentaires, 47 % se sont résignés à ne pas acheter de biens optiques et 22 % ont revu leurs intentions quant à la médecine spécialisée. Au sein de la population étudiante, il y a des renoncements aux soins, même à l'égard des consultations chez le généraliste. Cela tient-il à des motifs économiques ? Les plus âgés sont peut-être mieux couverts et appréhendent peut-être mieux les besoins en matière de santé.

* Enquête réalisée en ligne, d'une part, auprès d'un échantillon de 1 000 personnes représentatif de la population française du 02 au 13 octobre 2014 selon la méthode des quotas et, d'autre part, auprès de 2 253 adhérents de mutuelles de la FNIM entre le 08 et le 20 octobre 2014.

Des étudiants globalement en bonne santé

Les étudiants se déclarent globalement en bonne ou très bonne santé : 82 % des étudiants se jugent comme étant en bonne santé, dont 26 % estiment être en très bonne santé. Cependant, 2 % considèrent leur état de santé comme mauvais.

Très peu d'étudiants sont confrontés à des problèmes spécifiques de santé. Moins de 5 % sont atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique. Ils sont donc moins consommateurs de soins que la population dans son ensemble. De façon générale, l'appréciation de l'état de santé est moins bonne chez les femmes que chez les hommes. Cette différence entre les sexes se retrouve au niveau du nombre de consultations médicales et du taux de souscription à une complémentaire santé. Les jeunes tendent à porter un jugement plus négatif sur leur état de santé à mesure qu'ils avancent dans leurs études. Si l'état de santé des étudiants est globalement bon, c'est en revanche le sentiment de mal-être qui doit retenir l'attention. Les étudiants peuvent en effet se trouver dans des situations de fragilité particulière liées aux changements qu'implique la vie étudiante, notamment au fait de quitter le domicile parental, ainsi qu'au rythme et aux exigences de leur cursus dans l'enseignement supérieur.

Un tiers des étudiants ont déjà renoncé à des soins, selon des études. Les raisons du renoncement sont en premier lieu le manque de temps puis la volonté de se soigner soi-même et, en troisième lieu, l'insuffisance des ressources financières. Selon l'Observatoire de la Vie Etudiante (OVE), les raisons financières expliquent le renoncement dans près de 12 % des cas mais une autre enquête, menée par une mutuelle étudiante, énonce que 29 % des étudiants ont déjà renoncé aux soins pour les mêmes raisons. La santé n'étant bien souvent pas une priorité pour les étudiants, il est possible d'estimer que le budget qui pourrait lui être consacré est d'autant plus facilement sacrifié en cas de difficultés financières. Tout comme pour la souscription à une complémentaire santé, un étudiant peut choisir de ne pas consulter parce qu'il préfère prendre le risque d'une dépense future, peut-être importante mais hypothétique, plutôt que d'une dépense immédiate plus limitée. A ces facteurs s'ajoute la complexité du parcours de soins pour les étudiants. En particulier, le choix du médecin traitant peut être difficile lorsque l'étudiant a quitté le domicile familial mais rentre régulièrement dans sa famille ou qu'il est amené à changer fréquemment de lieu d'études.

Les organisations et mutuelles étudiantes mettent fréquemment en avant le fait qu'un étudiant sur cinq ne serait pas couvert par une complémentaire santé. Plus précisément, une mutuelle étudiante estime que 69 % des étudiants déclarent avoir souscrit une complémentaire santé, que 19 % ne l'ont pas fait et que 12 % ne savent pas s'ils sont couverts ou non. L'OVE considère en revanche que moins de 10 % des étudiants ne disposent pas d'une couverture complémentaire. Au-delà de ces divergences d'appréciation, il apparaît clairement que les étudiants sont insuffisamment informés sur la part qu'occupent les couvertures obligatoire et complémentaire dans le remboursement des soins, ainsi que sur les dispositifs d'aide à l'Acquisition d'une complémentaire santé. Ces derniers sont en outre peu adaptés aux spécificités de la population étudiante.

Source : Site du Sénat, Rapport du groupe de travail sur la Sécurité sociale et la santé des étudiants, décembre 2012

La perception du caractère indispensable diminue

76 % des Français déclarent que la complémentaire santé est indispensable, soit une diminution de cinq points par rapport à 2013 ; 19 % estiment que c'est un plus mais que l'on peut s'en passer et 5 % pensent que l'on peut s'en passer. En revanche, parmi les adhérents de la FNIM, le caractère indispensable de cette assurance est stable par comparaison à l'année 2013, avec 80 %.

47 % des Français sont couverts par l'intermédiaire de l'entreprise et ce taux est de 34 % pour les adhérents des mutuelles de la FNIM. Plus précisément, parmi les Français interrogés, 49 % étaient assurés en individuel, 39 % bénéficiaient d'un contrat santé négocié par l'entreprise, 8 % étaient couverts par l'intermédiaire de l'entreprise de leur conjoint et 4 % n'étaient pas en mesure de répondre à cette question.

Si 89 % des Français sont satisfaits de leur complémentaire santé, un peu moins d'un tiers est cependant prêt à payer plus cher pour avoir de meilleures garanties en cas d'hospitalisation ou de recours à un spécialiste. Il y a là un paradoxe car ceux qui affirment vouloir renforcer leur couverture en payant davantage ne sont, de toute évidence, pas satisfaits de leur complémentaire santé. Est-ce un phénomène conjoncturel ou cette tendance correspond-elle davantage à une dimension structurelle dans l'état de l'opinion ? Parmi les adhérents de mutuelles de la FNIM, 22 % sont prêts à payer davantage pour une couverture plus élevée, soit une proportion inférieure à celle des Français. Neuf Français sur dix sont satisfaits de la complémentaire santé dans son fonctionnement mais sans considérer pour autant que les garanties de leur contrat les protègent comme ils le souhaiteraient. S'ils sont prêts à payer davantage, c'est la preuve qu'ils ne sont pas satisfaits de leur couverture.

Les jeunes particulièrement favorables au renforcement des garanties

Et ce sont les plus jeunes qui sont le plus attirés par le renforcement des garanties puisque 40 % des moins de 30 ans sont prêts à payer plus cher dans cette perspective alors que les 50-59 ans ne sont que 29 % à y être favorables, ainsi que 20 % des 60 ans et plus. De même, 47 % des moins de 30 ans sont attirés par une formule qui garantirait davantage les gros risques alors que 33 % des 50-59 ans souhaiteraient être couverts de cette façon et 31 % des plus de 60 ans jugent cette couverture axée sur le gros risque attractive. Ainsi, quatre Français sur dix souhaiteraient un recentrage sur les garanties indispensables ou trouvent cette solution adaptée. Au total, plus de la moitié des Français (55 %) ne sont pas équipés comme ils le souhaiteraient.

Le baromètre de la FNIM s'est également penché sur la généralisation de la complémentaire santé en entreprise et la loi ANI qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Ces nouvelles dispositions imposeront à toutes les entreprises de proposer à leurs salariés une complémentaire santé dont les garanties minimales ont été définies par décret. Cette assurance santé sera financée en partie par l'employeur et en partie par le salarié. A la question : « jugez-vous acceptable ou refusez-vous le principe de l'obligation d'adhésion dans ces conditions ? », deux tiers sont favorables à cette possibilité alors qu'un tiers des Français n'y est pas enclin, ne souhaitant pas entrer dans une logique d'obligation. A cette même question, les adhérents des mutuelles de la FNIM rejettent pour moitié cette solution.

D'un côté, 36 % des Français se disent prêts à accepter des remboursements moindres des soins et des biens médicaux mais n'opteront pas pour une surcomplémentaire si l'application de la loi ANI a une telle conséquence sur leurs dépenses de santé. De l'autre, 64 % de nos concitoyens affirment être prêts à souscrire une surcomplémentaire santé individuelle afin de conserver leurs niveaux de remboursement actuels.

La légitimité de l'entreprise en assurance santé

Si l'on propose aux salariés trois possibilités, la première étant de disposer d'une complémentaire santé basique à adhésion obligatoire via l'entreprise avec participation au financement, la seconde étant de laisser à chacun le choix de ses niveaux de remboursement et l'entreprise n'intervient pas dans ce domaine, la troisième possibilité étant de ne pas avoir de complémentaire santé fournie par l'entreprise mais d'opter tout à fait librement pour une couverture de ce type, les deux-tiers des Français (64 %) considèrent que ce n'est pas le rôle de l'entreprise d'apporter ce service aux salariés, Il semble donc que les deux-tiers de Français rejettent l'obligation d'adhérer à un contrat collectif, même si l'entreprise intervient dans son financement. 32 % estiment que l'entreprise a une légitimité à aller sur ce terrain et 4 % jugent préférable de ne pas prendre de complémentaire santé. Ces réponses font apparaître la volonté de la grande majorité des Français de choisir par eux-mêmes une couverture sans passer par l'entreprise. La légitimité de cette dernière à intervenir dans le financement de la santé est donc grandement remise en cause et les retraités sont particulièrement enclins à avoir cette opinion.

A la question : « revient-il aux entreprises de mettre en place des options pour ceux qui souhaitent une prise en charge renforcée ? », 40 % estiment que ce n'est pas le rôle de l'entreprise de proposer ces solutions car chacun doit y répondre de façon individuelle et 60 % souhaitent la mise en place, au sein de l'entreprise, d'options facultatives afin d'obtenir de meilleurs remboursements que ceux du socle minimal. Les résultats sont similaires dans la population générale et parmi les adhérents des mutuelles de la FNIM.

Assurance santé et taxes

Dernier point de cette enquête : les trois-quarts des Français considèrent que ce n'est pas à l'assurance santé de contribuer au financement des collectivités et de l'Etat. En effet, quand on demande aux Français s'ils considèrent les taxes appliquées aux complémentaires santé comme justifiées ou bien si ces contrats n'ont pas à être taxés, une large majorité (75 %) est défavorable à la fiscalité dans ce domaine. A l'inverse, un quart estime l'application de taxes sur les contrats santé justifiée.

Des résultats qui font apparaître des inquiétudes

Dans la salle, on s'inquiète d'une part de la poursuite du désengagement de la Sécurité sociale et du risque d'aggravation de telles mesures sur la santé de nos concitoyens. D'autre part, on se demande si les Français sont réellement conscients du désengagement de la Sécurité sociale dans le domaine de la santé et de l'inévitable poursuite de ce phénomène.

Philippe Christau

Les résultats du baromètre 2014 de la FNIM font état d'un décrochage qui s'opère en matière d'assurance santé de la part des Français. C'est une première. A son avis, les Français ne perçoivent pas réellement ce désengagement et ne font pas le lien avec l'évolution des tarifs des mutuelles, tout en ayant conscience du vieillissement de la population. Un ensemble de phénomènes se conjugue et vient brouiller les cartes. Une grande majorité de Français ne réalisent pas qu'en payant des taxes sur leur complémentaire santé, ils contribuent à l'équilibre des finances publiques et, dans le même temps, il leur paraît inconcevable d'être de moins en moins remboursés après des soins. Ils sont aussi dans le flou en matière de coûts hospitaliers. Par exemple, sur le poste des dépenses pharmaceutiques, si les assurés se retrouvent avec un reste-à-charge plus important, ils se rendent compte de l'évolution et se posent des questions. Il est donc fondamental d'expliquer au grand public le tournant que prend le financement de la santé en France. Les Français n'ont pas identifié que la complémentaire santé contribuait au financement de l'Etat. Devant cette méconnaissance de l'opinion publique, les pouvoirs publics ont les mains libres pour agir comme ils l'entendent car il n'y aura pas d'opposition, si ce n'est de la part des professionnels du secteur. Il y a une véritable demande pour un recentrage sur le risque lourd. Lorsque les assurés doivent assumer des reste à charge, une responsabilisation s'opère et leur vision devient différente. Un phénomène de dématérialisation du coût de la santé est observable car celui-ci est complètement abstrait et les mutuelles sont prises en étau entre, d'un côté, le grand public et, de l'autre, le régime obligatoire alors qu'elles vont subir des bouleversements inimaginables dans les années à venir.

Tendance au "low cost"

Julien Garcia, actuaire chez Garcia, Rochette et Associés, se demande s'il est envisageable de mettre sur pied des contrats laissant un reste-à-charge en pharmacie, premier poste de dépenses pour les mutuelles. Il a noté une tendance parmi les opérateurs santé de taille importante, celle de proposer des garanties « low cost » qui laissent un reste-à-charge important lors du passage dans les officines mais entraînent une baisse de 15 à 20 % du tarif de la cotisation. A son opinion, une offre répondant aux attentes et aux besoins d'une partie de la population qui a des frais de soins importants pourrait être proposée. Elle consisterait à renforcer certaines garanties et en alléger d'autres. Une possibilité qui semble intéresser une partie des Français, souligne **Philippe Christau**, puisque quatre sur dix expriment leur insatisfaction à l'égard de l'assurance santé et leur volonté d'avoir une réponse en matière de couverture santé qui emprunte cette voie.

Jean Sammut, Consultant chez Procial, doute que la pédagogie permette aux mutuelles de faire accepter les reste à charge par les adhérents alors que ces organismes ont agi à la faveur d'une diminution des sommes non remboursées lors des dix dernières années. A son avis, les adhérents des mutuelles de grande taille se sont transformés en consommateurs parce que le lien de proximité entre l'individu et la structure s'est dissous. Parce que l'adhérent est transformé en consommateur, il réagit en tant que tel et aspire à une couverture ne laissant pas de reste-à-charge. Il pense que deux possibilités s'offrent aux mutuelles : soit elles introduisent des modes de fonctionnement incitant les adhérents à la pédagogie, à la démocratie, à la participation et ils redeviennent alors acteurs de plain-pied ; soit l'assuré se positionne en tant que consommateur et souhaite que son reste-à-charge soit le plus réduit possible.

Adhérent ou consommateur ?

Philippe Christau :

En intervenant auprès des pouvoirs publics pour y faire valoir les intérêts des adhérents, les mutuelles ont un rôle à jouer et les adhérents attendent de leur part qu'elles le fassent. Sur l'aspect consommation, il y a une demande pour qu'il y ait des restes à charge alors qu'il y a eu des périodes où, certainement par facilité, les mutuelles couvraient les adhérents avec des offres totales. Lorsque la modularité a été introduite dans les contrats santé en France, ce concept paraissant aberrant. Il a néanmoins très bien fonctionné et a remporté une adhésion immédiate. Aujourd'hui, il y a un phénomène d'épuisement quant au fait que les complémentaires santé couvrent les assurés au maximum parce que l'on arrive à une situation de moins en moins tenable. Et, du côté du grand public, on comprend que les choses ne prennent pas un tournant favorable mais la confusion règne.

Xavier Toulon :

Après remboursement par le régime obligatoire, le reste-à-charge des Français qui n'ont pas de gros "pépins" de santé est de 15 %. En revanche, les Français sous le régime de l'Affection longue durée (ALD) parce qu'ils ont des pathologies graves comme le cancer, le diabète ou la sclérose en plaques ont un reste-à-charge de 50 %, une fois la Sécurité sociale intervenue. Cela veut dire que les complémentaires sont particulièrement efficaces lorsque l'on a la grippe mais le sont bien moins si l'on est en ALD. Ne revient-il pas aux complémentaires santé de se recentrer sur les situations les plus tragiques et de protéger efficacement ceux qui souffrent de pathologies graves et non ceux qui ont des affections passagères et sans gravité à terme ?

Le tiers-payant et les pharmaciens

Dans la [salle](#), un responsable mutualiste évoque une couverture proposée par sa mutuelle uniquement pour le "gros" risque et qui rencontre peu de succès. Les adhérents qui avaient souscrit cette couverture avaient un reste-à-charge en pharmacie, ce qui correspondait tout à fait à la "philosophie" du produit mais l'organisme gestionnaire du tiers-payant a obligé la mutuelle à abandonner le reste-à-charge sur ces contrats et les pharmaciens étaient défavorables à ce type de couverture. De plus, avec cette couverture sur le "gros" risque, l'imposition est plus élevée car c'est un contrat non responsable, taxé à ce titre à 14 %. D'un côté, le fait de ne pas rembourser les médicaments comme il faut le faire avec un contrat responsable et solidaire génère une économie. De l'autre, on se heurte à des oppositions et il n'est pas possible d'appliquer cette restriction.

Philippe Christau :

Cette expérience montre que les intervenants du secteur de la santé ne sont pas prêts à respecter ni les choix de certains Français en complémentaire santé, ni les mutuelles qui souhaitent mettre en place une approche correspondant à une demande bien spécifique alors que les adhérents ont bien pesé leurs décisions en optant pour ce type d'offre. Il y a ici un déni de la démocratie puisqu'il est impossible d'appliquer le choix des adhérents en matière d'accès aux soins.

Les mutuelles prises en étau

Philippe Mixe :

Plusieurs phénomènes placent les mutuelles en étau. Le renoncement aux soins a tendance à progresser et la reconnaissance par le grand public du caractère indispensable de la complémentaire santé tend à s'estomper. Il conviendrait de définir en quoi consiste le "gros risque". 55 % de nos concitoyens considèrent que les mutuelles ne remplissent pas correctement leur fonction puisqu'ils souhaitent être mieux couverts en cas de "gros risque" et payer une cotisation plus élevée pour être mieux couverts ou bien ils veulent un tarif à la baisse de leur cotisation en n'étant couverts que contre le "gros risque". Or, les mutuelles protègent efficacement les adhérents ayant des aléas de santé comme la grippe mais ne les couvrent pas efficacement en cas de pathologie grave. Peut-on dire que les contrats responsables et solidaires portent bien leur appellation ? Sont-ils réellement responsables et solidaires ? Ceux-ci vont être prochainement revisités via un décret dont nous attendons à ce jour la publication depuis des mois. Or, par le projet de décret ayant cours actuellement, les contrats solidaires et responsables favorisent le remboursement des dépenses sur le "petit risque" au détriment des "gros risques", alors que les Français attendent une meilleure prise en charge du "gros risque". Les pouvoirs publics ratent donc leur cible car il paraît plus facile pour eux d'aller dans le sens des assurés qui n'ont pas de problème de santé grave parce qu'ils représentent la grande majorité de la population et en ayant cependant en tête que ceux qui seront atteints de pathologie grave se rendront bien compte par eux-mêmes de cette incohérence. C'est là un véritable problème. Le premier observatoire de la FNIM avait été adressé aux pouvoirs publics, d'autres fédérations avaient aussi alerté le gouvernement à ce sujet et, malgré tout, celui-ci n'a pas cherché à agir dans le sens indiqué par nos concitoyens. En conséquence, les contrats non responsables et non solidaires risquent de fleurir, même si la fiscalité est plus élevée de 7 % par rapport aux contrats solidaires et responsables. Malgré une fiscalité plus lourde, la cotisation des contrats non responsables sera cependant inférieure à celle des contrats responsables mais les adhérents mutualistes auront une vraie réponse à leur besoin.

Ni solidarité intergénérationnelle, ni dépendance

Par ailleurs, dans le décret sur les contrats responsables et solidaires qui sera prochainement publié, la solidarité intergénérationnelle n'est pas considérée. Or, nos "anciens" acquittent des cotisations de plus en plus élevées parce que la segmentation par tranche d'âges a été poussée à l'extrême. Est-ce solidaire et responsable de poursuivre dans cette direction ? La réponse est non. De plus, la dépendance n'est pas prise en compte dans le futur cahier des charges des contrats solidaires et responsables. Or, les contrats pourraient comporter une prestation dépendance en inclusion au coût limité, ce qui répondrait à une attente de nos concitoyens. Dans ce projet de décret, il y a cependant deux points qui vont dans le sens de la solidarité et de la responsabilisation : premièrement, en matière d'optique, ces contrats ne devraient prendre en charge que le ticket modérateur. Depuis longtemps, la FNIM affirme que l'optique ne correspond pas à un risque assurantiel mais simplement à une consommation. En tant que telle, il n'y a pas lieu de la rembourser de la même manière que les autres postes de dépenses de santé et le gouvernement est allé dans le sens de notre analyse. Deuxièmement, la prise en charge du forfait hospitalier de manière illimitée est une avancée. Elle va, certes, avoir un impact à la hausse sur la tarification des cotisations mais il est légitime que

l'adhérent soit couvert sans restriction s'il doit effectuer un séjour hospitalier. En revanche, il semblerait bénéfique que les contrats solidaires et responsables soient redéfinis.

Dans la [salle](#), Frédérique Cintrat, Fondatrice-associée Assurancielles, aborde la question du big data et des objets connectés et la possibilité de les articuler aux contrats santé comme c'est le cas aux Etats-Unis où les assurés peuvent voir la prime de leur contrat santé baisser s'ils se plient à certaines pratiques alimentaires, sportives... afin de diminuer le risque de développer certaines pathologies. Des pratiques qui vont à l'encontre des valeurs mutualistes et de solidarité.

La santé à l'ère des objets connectés

Représentant 60 % du marché des objets connectés portables en 2013, les objets médicaux connectés ont un intérêt pour le patient et son environnement (famille, professionnels de santé, aidants...) et permettent l'observance, le suivi à distance, la télésurveillance et la prévention.

Parmi les objets dédiés à la santé, il existe des objets aussi surprenants que les chaussettes intelligentes, capables de coacher les utilisateurs en temps réel sur leur technique de course et de suivre le rythme cardiaque, le patch anti-douleur connecté qui peut recueillir des informations sur la douleur et la gérer, le bracelet électronique pour l'activité et le sommeil, les lentilles de contact connectées pouvant mesurer le taux de glucose dans les larmes, le tatouage connecté qui détecte le taux d'hydratation de la peau, la température et tous les autres signaux électriques émis par les muscles ou le cerveau. Les objets connectés peuvent apporter une aide à plus de 15 millions de personnes souffrant d'une maladie chronique, qui travaillent ou veulent travailler mais aussi aux personnes en perte d'autonomie ou à celles qui doivent suivre scrupuleusement un traitement (par exemple, 50 % des diabétiques oublient de prendre leur médicament une fois par semaine).

La frontière est de plus en plus floue entre le bien-être et la santé, avec un changement de paradigme d'un système curatif vers un système préventif. Les objets connectés peuvent intervenir dans la gestion de la bonne santé par des gestes de prévention, des mesures hygiéno-diététiques (nutrition, activité physique, observance des traitements), ce qui aura un effet sur le nombre d'hospitalisations, la consommation de médicaments et les interactions médicamenteuses. L'enjeu est d'accompagner les gestes de prévention sur le long terme.

La multiplication des collectes de données pose une question réelle de la gestion sécurisée de ses propres données de santé dans la vie privée et professionnelle et est un frein majeur au développement des objets connectés de santé. Le phénomène du Big Data doit mettre en évidence l'analyse macro que certains acteurs de santé peuvent obtenir. De plus en plus adoptés par les patients, les objets connectés doivent cependant s'intégrer au mieux dans le financement des dépenses de santé. Si l'intérêt médical et scientifique est prouvé, qu'en est-il des financeurs (Sécurité sociale, mutuelles, assurances, entreprises) ? Le débat reste ouvert... et entier.

Source : Interaction Healthcare

La maladie n'est pas choisie

Philippe Christau :

Un élément majeur tient au fait que la maladie n'est pas choisie. Même si l'on fait l'effort de se maintenir en bonne santé, on peut être atteint d'une maladie grave. L'idée que la complémentaire santé n'est pas indispensable fait son chemin. Si l'on conjugue absence de complémentaire santé et bonne hygiène de vie, un certain public peut être sensible à de tels arguments mais cela reste une proportion marginale de la société française. Si la demande est bien présente, il y a des phénomènes de mode qui amplifient les mouvements.

Christophe Vanackère

Les chiffres et réflexions livrés précédemment alimentent l'inquiétude et amènent à se poser une question fondamentale : « la solidarité est-elle soutenable ? ». Si notre société favorise de plus en plus l'individualisme, des phénomènes de solidarité ne sont pas exclus et revêtent des formes différentes au fil du temps. En 25 ans, la solidarité a régressé parce que la modularité a été introduite dans les contrats et les garanties ont été de plus en plus segmentées. Le baromètre 2014 de la FNIM fait apparaître un repli du nombre de Français ayant souscrit une complémentaire santé, ainsi qu'une insatisfaction de la part des Français à l'égard de leur couverture santé et les travaux de l'Irdes confirment la tendance à la baisse du nombre de Français équipés en assurance santé. Il se peut que les raisons soient d'un autre ordre qu'économique et l'on peut craindre qu'elles englobent des aspects strictement conceptuels, voire philosophiques, des approches. Longtemps, on a crié au loup. Désormais, le loup est là. Il est possible que la collectivité organise mal le contexte de l'assurance santé et le lien entre régime obligatoire et régime optionnel. Au vu de ces éléments, on peut se demander si la collectivité n'est pas complètement en décalage par rapport aux besoins qu'expriment les Français en matière d'assurance santé. La soutenabilité est un des grands principes du développement durable et l'on peut aujourd'hui se poser la question suivante : « le concept même de solidarité est-il aujourd'hui soutenable dans l'esprit des Français ? ».

Décalage de la réponse des pouvoirs publics

Philippe Christau :

Côté consommateur, il est clair que la réponse apportée par les pouvoirs publics en matière d'assurance santé est en décalage complet avec la demande des Français.

Dans la [salle](#), Julien Garcia estime que la mise en conformité des contrats responsables et solidaires va entraîner une hausse du coût des garanties et approcher un niveau de tarification qui peut paraître déraisonnable pour une partie de la population. D'où l'attrait que pourraient avoir les contrats non responsables. De plus, réduire les cotisations pour répondre aux budgets des plus modestes favoriserait un contrat avec des garanties de base et des options en dentaire et en optique. Si l'écart entre le remboursement de base et celui issu de l'option est trop important, il est possible que cette approche suscite un questionnaire médical. Ce qui constituerait une entorse aux principes mutualistes.

Philippe Mixe :

Ces évolutions expriment peut-être un refus de plus en plus marqué de nos concitoyens d'un modèle trop régulé, trop administré et trop intrusif dans la sphère privée. Manifestement, les évolutions auxquelles le gouvernement entend soumettre les contrats solidaires et responsables ne répond pas aux attentes des Français. Et la généralisation de la complémentaire santé en entreprise via la loi ANI est en porte-à-faux avec l'opinion publique puisque plus de 60 % de nos concitoyens estiment, là encore, que le modèle adopté par les pouvoirs publics ne leur convient pas parce qu'à leur avis, il revient à l'individu de maîtriser ses choix en matière de complémentaire santé. Le modèle est à bout de souffle et les régulations proposées par le gouvernement ne correspondent pas aux attentes, en particulier en cas de problème grave de santé. De plus, 75 à 80 % de nos concitoyens sont opposés à la taxation appliquée sur les contrats santé. Lors de la campagne présidentielle, le gouvernement actuel s'était d'ailleurs engagé à supprimer les taxes appliquées aux contrats santé mais il n'en a rien fait, une fois arrivé au pouvoir. La situation économique actuelle joue un rôle dans la baisse du nombre d'assurés en santé complémentaire, de toute évidence. Un moyen très simple de faire baisser le prix de ces couvertures serait d'en supprimer les taxes mais c'est une autre histoire !

Une nouvelle offre en complémentaire santé : celle des municipalités

Xavier Toulon

Depuis peu de temps, des municipalités ont pris l'initiative, de proposer des complémentaires santé à leurs administrés à des conditions plus favorables que les offres existant actuellement sur le marché en individuel. Elles sont assez nombreuses à avoir adopté cette démarche qui s'inscrit dans le droit fil des difficultés qu'ont de plus en plus de Français à s'acquitter de leur cotisation de mutuelle. C'est une nouveauté qu'il convient d'analyser.

Christophe Vanackère

Caumont-sur-Durance (Vaucluse), Romagnat (Puy de Dôme), Treigny (Yonne), Uzos (Pyrénées Atlantiques), Mornant (Rhône), Saint-Pierre-en-Port (Seine Maritime), Saint-Pol-sur-Mer et Grande Synthe (Nord), toutes ces communes ont un point commun : celui d'avoir récemment mis en place des dispositifs permettant l'accès à une complémentaire santé. Ce qui porte le nom de "mutuelle communale". En fait, ce n'est pas une mutuelle organisée au niveau de la commune avec une structure juridique bien établie. L'objectif de cette mutuelle communale est de rendre accessible une complémentaire santé. C'est un phénomène qui a commencé à apparaître il y a deux ans et la première commune à avoir mis en place un tel dispositif est Caumont-sur-Durance. Son émergence tient à la hausse du renoncement aux soins et à la tendance que l'on voyait déjà apparaître il y a deux ans du repli des couvertures – les adhérents réduisent leur couverture santé afin qu'elle soit moins chère – ou d'insoutenabilité financière – les adhérents ont des difficultés à acquitter le montant de cette couverture. La fiscalité pesant sur les contrats santé favorise cette insoutenabilité financière.

Un nouveau rôle pour les mairies

Quand bien même l'assurance santé n'est pas dans les attributions des élus municipaux, l'objectif des communes est de rendre accessible la complémentaire santé. Cette mesure était intégrée à environ 20 % des programmes des candidats lors des élections municipales qui se sont déroulées en mars 2014. Jamais la problématique santé n'a été aussi présente dans les programmes municipaux alors que ce n'est pas une thématique inscrite dans leur "cahier des charges".

Qu'en est-il de la méthode ? Il y a une méthode socle et des dérivatifs à cette méthode mais, dans les faits, la commune devient l'interface entre ses administrés et un ou plusieurs organismes complémentaires. Ce ne sont pas des contrats groupe. Ils rappellent les contrats groupes ouverts – une notion qui existe techniquement en assurance mais qui, dans l'assurance santé et notamment collective, n'a quasiment plus cours suite à l'intervention du ministère des Finances. Les responsables politiques locaux cherchent à apporter des réponses aux difficultés financières de leurs administrés à s'assurer en santé. Dans une petite commune de 1 200 habitants du Sud de la Picardie où vivent des catégories socio-professionnelles extrêmement fragilisées, la Conseillère municipale chargée des affaires sociales n'a pas connaissance du dispositif de l'ACS (aide à l'Acquisition d'une complémentaire santé). Or, quand on veut aider un concitoyen en difficulté, la première chose est de lui expliquer qu'il a des droits et qu'il peut les faire jouer. Ce sont les élus qui souhaitent résoudre ce type de problème mais aussi des professionnels ou des individus impliqués dans la vie de leur commune. Il ne s'agit pas là d'intermédiation car, en termes d'assurance, l'intermédiation est une profession réglementée. Parce que les communes jouent le rôle d'interface, elles pourraient être requalifiées d'intermédiaires en assurance, à ceci près qu'elles ne sont en aucune façon rémunérées pour le faire. Il faut cependant que le contrat dure six ans, soit la durée des mandats électoraux.

Les CCAS, des maillons essentiels

D'un point de vue organisationnel, c'est au CCAS (Centre communal d'action sociale) qu'il revient d'organiser le montage de cette assurance complémentaire dans les communes ayant décidé de la mettre en place. On constate une fragilité juridique du montage, inhérente à tout mouvement qui débute parce qu'il n'y a ni support juridique, ni référentiel. Quelle est la procédure engagée ? Une consultation des opérateurs d'assurance santé est effectuée et un organisme est retenu, suite à un appel d'offres. Un opérateur d'assurance santé peut aussi directement démarcher la commune. La démarche de commercialisation n'est pas très appuyée. Certains acteurs, parce qu'ils ont un ancrage local, peuvent être particulièrement intéressés à participer à la mise en place de ces dispositifs, notamment les bancassureurs mutualistes. A ce jour, il n'y a pas de contrats passés avec Groupama ou le réseau de la Coopération et de la Mutualité Agricole et les opérateurs intervenant sont en majorité issus du champ de l'économie sociale.

Pour les mutuelles de proximité ou celles ayant des réseaux de proximité, quel est l'impact ? L'engouement des communes pour ce type de dispositif n'est-il pas en train de générer un nouvel acteur de concurrence, allant contre les intérêts des mutuelles ? Est-ce qu'elles ne vont pas être fragilisées par ce phénomène alors qu'elles doivent déjà faire face à la généralisation de la complémentaire santé en entreprise via la loi ANI, aux nouvelles dispositions relatives à l'ACS avec l'appel d'offres qui en découle et à la révision des contrats responsables et solidaires ? Un nouveau

vecteur de la concurrence n'est-il pas en train d'apparaître ? Mais ces nouveaux vecteurs sont aussi des champs à étudier. Aujourd'hui, la grande difficulté des mutuelles tient à leur absence de moyens de développement ou à des moyens de développement beaucoup plus limités que ceux des opérateurs capitalistiques qui ont la possibilité d'investir des nouveaux circuits de distribution.

Un nouveau circuit de distribution ?

Dans les municipalités mettant en place une mutuelle communale, il y a eu un frein par rapport au courtage parce qu'il n'y avait pas la possibilité légale de faire intervenir ces intermédiaires, en plus de freins psychologiques et éthiques. Désormais, le frein à l'égard du courtage est levé et des intermédiaires extérieurs au réseau strictement maîtrisé par l'opérateur de complémentaire santé peuvent désormais intervenir. Est-ce une nouvelle étape vers la désagrégation des mutuelles de proximité après la généralisation de la complémentaire santé via l'ANI, l'ACS et par-dessus tout, Solvabilité II ? Est-ce une nouvelle forme de labellisation ? Il semble, dans certains cas. Est-ce un nouveau circuit de distribution ? Est-ce un moyen de mettre sur le marché des produits avec des marges techniques ou des marges commerciales plus faibles ? On pourrait imaginer qu'un opérateur, comme celui que la FNIM est actuellement en train de mettre sur pied avec l'UGM rassemblant des mutuelles en vue de répondre à l'appel d'offres du gouvernement pour l'ACS, établisse une offre labellisée. D'autant que dans de nombreuses communes, il est vraisemblable qu'une large proportion des personnes désireuses de souscrire la mutuelle communale puisse prétendre à l'ACS. Il y a un accompagnement à faire auprès des responsables des CCAS pour les informer du dispositif ACS car cette possibilité est méconnue des publics qui pourraient en bénéficier. Demain, quels opérateurs seront autorisés à travailler sur ce terrain ?

Avec la mutuelle communale, on peut être confronté au "mauvais" risque, une population ayant un risque élevé et une faible solvabilité pouvant être particulièrement attirée par ce type de couverture. L'avenir le précisera. En revanche, on peut imaginer un partage de différentiel de marge - une baisse du prix - où les frais de commercialisation n'ayant cours dans ce dispositif, ils seraient affectés à une diminution du prix et à une amélioration de la rentabilité interne de la gamme. Il y a là, peut-être, une réflexion à mener. Revenons aussi sur l'idée de Michel Hermant, exposée à l'ouverture des Dixièmes Rencontres, selon laquelle des hommes et des femmes s'organisent en vue de répondre à des enjeux, à des aléas de la vie. Ils s'organisent parce qu'ils sont voisins, se connaissent, habitent une même localité... C'est là l'essence même de la Mutualité. Organiser des réseaux de solidarité avec un acteur qui peut être défini comme un facilitateur - un terme bien plus approprié que celui d'interface ou d'intermédiaire - et rendrait un service à son public, semble ouvrir des perspectives intéressantes.

L'exemple de Grande-Synthe

Xavier Toulon

Grande-Synthe comprend 21 000 habitants et est situé dans la banlieue de Dunkerque. A Grande-Synthe, parce que les revenus des habitants ne sont pas élevés en moyenne, ceux-ci avaient des difficultés à accéder aux soins tout en ignorant qu'il y avait des dispositifs comme l'ACS ou la CMU-C afin de les aider.

Brigitte Deroo

Cette histoire a démarré il y a trois ans et entre dans le cadre de l'écriture du plan local de santé de Grande-Synthe. Dans notre commune, l'un des enjeux était le renoncement aux droits et aux soins. Nous pensions que le renoncement aux droits et aux soins s'expliquait parce que les habitants n'avaient pas de complémentaire santé. Révélation : nous nous sommes rendus compte que les administrés n'étaient pas bien au courant de leurs droits, des dispositifs, des seuils de ces derniers et ne pouvaient donc pas y prétendre. La confusion règne entre la CMU et la CMU-C. Alors, ne parlons pas de l'ACS, que même certains travailleurs sociaux ne connaissent pas. S'est ouverte dans le centre de santé de Grande-Synthe une permanence d'accès aux droits, avec l'objectif d'expliquer aux administrés comment constituer les dossiers et d'examiner leurs droits. Il y a eu aussi un groupe de travail comprenant des travailleurs sociaux et des professionnels de santé afin d'établir un diagnostic et l'on s'est rendu compte qu'il y avait un renoncement aux soins du fait du renoncement à la complémentaire santé. Il a donc été décidé de créer une complémentaire santé. Nous avons refusé de mettre en place une mutuelle pour les personnes en situation de précarité parce que nous ne souhaitons pas que la carte de mutualiste de l'organisme assureur soit estampillée comme la mutuelle de Grande-Synthe et stigmatise les assurés. Nous souhaitons donc une mutuelle ouverte à tous et sans questionnaire médical à la souscription, comprenant plusieurs niveaux de garanties afin que les adhérents ne soient pas sous-assurés ou sur-assurés. Nous avons également réfléchi aux critères famille vs. Individu mais les familles monoparentales n'étaient pas avantagées. C'est donc un contrat individuel.

Grande-Synthe, son port, son industrie, sa jeunesse

Située le long de la Côte d'Opale en bordure de la mer du Nord, Grande-Synthe est à proximité immédiate de Dunkerque dont elle abrite le port en eau profonde où viennent s'amarrer des bateaux du monde entier.

A l'origine un village rural, le développement de Grande-Synthe a été particulièrement important lors de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle grâce à l'implantation de l'industrie sidérurgique et a connu une croissance rapide, devenant ainsi une ville industrielle importante. Elle a souffert de destructions lors de la Seconde Guerre mondiale et possède donc peu de monuments. On y découvrira la digue du Breack, l'espace naturel protégé du Puythouck ou le jardin des plantes médicinales André Gaudron.

Au 1^{er} janvier 2013, Grande-Synthe comptait 20 901 habitants et le taux de chômage était de 12,5 % (contre 10,9 %, en moyenne en France). C'est la ville où la moyenne d'âge est la plus basse de la région Nord-Pas-de-Calais. Les plus de 60 ans représentent 15 % de la population.

Sources : ville-data.com, l'Internaute et site de la Mairie de Grande-Synthe

La proximité, un facteur clé

Il était primordial de rester dans la proximité et de proposer une permanence où l'on peut recevoir et non pas uniquement de remplir un dossier via Internet. Sur les 21 000 habitants que compte la ville, 7 à 8 00 personnes pouvaient être intéressées par cette mutuelle communale selon nos calculs. Parmi ceux-ci, il y a des retraités qui ne peuvent plus prétendre à un contrat groupe d'entreprise, supporté en partie par l'employeur. Il y a aussi les jeunes et une frange de la population qui est en situation précaire, des salariés en intérim ou qui cumulent plusieurs petits emplois et qui ne bénéficient pas, à cause de cette pluralité d'emplois, de l'aide de l'employeur pour la mutuelle. La ville de Nantes a également mis sur pied une complémentaire santé et elle participe à son financement. A Grande-Synthe, il n'y a pas de participation financière de la ville, l'apport de celle-ci étant la mise à disposition de cette complémentaire santé et le travail afférent du personnel de la ville pour l'instaurer. Il y a un travail d'éducation et d'explication à faire car la santé a un coût. Nous avons lancé un appel à partenariat qui n'entre pas dans le champ de l'appel d'offres et nous avons été très attentifs aux aspects juridiques dans la mesure où nous n'étions pas grands connaisseurs en la matière. Une centaine de mutuelles ont été contactées. Des actions de communication ont été entreprises pour informer les administrés de cette nouveauté. Elle figurait au programme du maire lors des élections municipales de mars 2014 et la rumeur a grandi comme quoi les habitants de Grande-Synthe pouvaient s'y inscrire. Avant tout, il fallait procéder au 31 octobre à la radiation des contrats qui avaient encore cours. En dix jours, 300 personnes ont été reçues afin d'être radiées de leur ancien organisme et de se mettre sur les rangs pour la mutuelle communale car il y avait réellement une attente, un besoin. Etant donné que le centre de santé est une structure associative connue par l'ensemble des habitants, il y avait toute latitude pour servir d'interface entre la mutuelle et les administrés et leur apporter les informations nécessaires. Leur confiance envers le centre de santé est grande et ils ont la certitude de faire le bon choix en souscrivant cette assurance santé parce qu'ils ont foi en sa solvabilité, en sa pérennité et ont la conviction qu'elle répond à leurs besoins. Les administrés sont invités à souscrire leur complémentaire santé dans les prochains jours.

Xavier Toulon

On peut dire que le succès a été immédiat ! La mutuelle retenue, Just'en Famille, a été choisie pour des critères de proximité. Celle-ci s'est engagée à équiper les habitants de Grande-Synthe en fonction de leurs besoins et à ne pas les suréquiper pour rester à des tarifs attractifs. La dimension d'éthique était forte.

Les seniors, première catégorie intéressée

Vincent Delannoy

Nous nous sommes aperçus que le public intéressé par cette initiative n'était pas celui auquel nous aurions forcément pensé initialement. C'est peut-être une véritable réponse à l'ANI. Les seniors sont tout particulièrement intéressés par cette initiative et ils représentent 60 % des adhésions alors que nous pensions au départ que cette mutuelle intéresserait avant tout ceux qui ont des revenus faibles. A travers cette expérience a été touchée une population de seniors dont la cotisation à la mutuelle n'était pas démesurée mais qui avaient des garanties devenues inadaptées. En effet, cinq ans après la souscription d'un contrat, les garanties santé sont-elles toujours adaptées ? C'est une réelle

difficulté et la mutuelle communale a apporté des réponses à cela parce que cette idée est portée par une commune qui la rend crédible. Dès lors qu'un tel projet est porté par un maire pour ses administrés, les foules se déplacent car il suscite une véritable crédibilité.

Xavier Toulon

Parmi les personnes pouvant bénéficier de l'ACS, il n'y a que 35 à 40 % qui y ont recours du fait de la méconnaissance de ce dispositif. Des organismes vont être sélectionnés par le biais d'un appel d'offres pour prendre en charge ce public. A Grande-Synthe, quelle était la proportion des bénéficiaires de l'ACS parmi la population avec laquelle vous avez été en contact dans cette opération ?

Vincent Delannoy

Aujourd'hui en France, un million de personnes bénéficient de l'ACS alors que 3,5 millions sont en droit de le faire. Parmi les contrats santé de la mutuelle de Grande-Synthe, de 15 à 17 % sont des contrats ACS alors que cette proportion se situe autour de 5 % dans le portefeuille d'une mutuelle "classique" en individuel. L'ACS n'est pas proposée par la Caisse primaire d'Assurance maladie mais par la mutuelle, ce qui est mal adapté. C'est généralement lors du renouvellement du contrat que l'on se rend compte de la possibilité d'accéder à cette aide. Parmi les adhésions de Grande-Synthe, il y a une proportion relativement importante de personnes ayant droit à l'ACS car les équipes municipales et les conseillères commerciales de la mutuelle présentent très clairement le principe de l'ACS et remplissent le dossier à la place de l'adhérent. Les documents administratifs pour bénéficier de l'ACS sont en effet compliqués à compléter.

Xavier Toulon

Il existe également des sites Internet par lesquels, localement, des groupes se sont constitués pour se prêter des objets dont on se sert peu (par exemple, une perceuse). Dans la société française, émerge-t-il des initiatives de citoyens qui souhaitent se prendre en main et trouver une solution par eux-mêmes ?

Philippe Christau

Effectivement, on assiste actuellement à un repli vers des repères concrets et la proximité. Dans le cas de Grande-Synthe, c'est une mutuelle du département qui a été retenue pour fournir une offre. Il y a là une réalisation commune pour sortir d'une réalité de plus en plus conceptuelle. Des initiatives comme celles-ci sont étonnantes parce qu'elles génèrent une adhésion extrêmement forte et se renouvelleront et ça, c'est l'époque qui le veut. Internet favorise aussi ce type de mouvement parce qu'il apporte plus de transparence et d'immédiateté. On retrouve finalement des solidarités ancestrales qui illustrent le bon sens.

Complémentarité entre le centre de santé et la mutuelle

Brigitte Deroo

A Grande-Synthe, les personnes âgées sont nombreuses à se tourner vers la mutuelle communale parce qu'elles ont un réseau d'entraide, de connaissances, de voisinage qui favorise les échanges

d'information. En revanche, les publics bénéficiaires de l'ACS sont isolés et méconnaissent le système. Il y a donc une complémentarité entre le centre associatif et la mutuelle pour informer à propos de ce dispositif. En raison de moyens financiers limités, certains doivent procéder à des arbitrages et renoncer à la complémentaire santé pour payer l'assurance de l'appartement ou l'inverse. Il ne faut pas perdre de vue que les arbitrages de renoncement aux soins sont aussi des arbitrages personnels.

Xavier Toulon

En marketing, il existe la notion de la viralité qui est l'expression d'un phénomène qui s'étend. La ville voisine de Dunkerque s'intéresse-t-elle à la mutuelle communale et cette notion va-t-elle s'y étendre ?

Qu'est-ce que le marketing viral ?

Ainsi dénommé parce que le message est directement diffusé par les personnes qu'il cherche à atteindre, à l'image d'un virus qui se propage, le marketing viral place la cible de la campagne au centre de la stratégie. Avec l'avènement des réseaux sociaux qui favorisent les échanges et le partage d'informations entre consommateurs, le marketing viral fonctionne de mieux en mieux.

Le marketing viral sur internet est l'équivalent du bouche-à-oreille dans la vie courante. Il se définit comme une action menée par une entreprise en vue de se faire connaître auprès du plus grand nombre possible d'internautes. Les consommateurs deviennent des vecteurs d'action de la marque. Une telle communication a comme avantage essentiel de pouvoir atteindre très vite les personnes visées par le message.

La diffusion de l'information revêt souvent une forme pyramidale, chaque personne avertie en informant à son tour plusieurs, qui en avertissent d'autres à leur tour... La multiplication des communautés, professionnelles ou non, joue aussi un rôle important dans la propagation d'informations, surtout lorsqu'elles sont spécialisées. Le développement des communautés spécialisées dans les avis de consommateur joue un rôle d'accélérateur dans la diffusion des défauts de produits ou services.

Les phénomènes viraux spontanés sont des initiatives de communication prises par des individus sans qu'il y ait une volonté directe de la part de l'entreprise à l'origine du produit. Ce ne sont donc pas des actions de marketing, même si les conséquences peuvent évidemment se faire sentir sur ce plan.

Source : Digischool Marketing

Brigitte Deroo

L'agglomération de Dunkerque comporte 18 villes et, ne serait-ce que la semaine dernière, quatre villes nous ont contactés pour recueillir des informations au sujet de la mutuelle communale.

Xavier Toulon

De telles initiatives se développent en France et ce sont les municipalités qui en sont à l'origine et non les mutuelles, même si une mutuelle a pu s'inscrire dans cette démarche. Et si cette tendance

venait à se renforcer et se répandait dans toute la France ? Ne serait-il pas logique que les mutuelles de proximité s'intègrent dans ce processus de manière privilégiée ? Ne gagneraient-elles pas à être davantage proactives à l'égard des municipalités ?

Un mouvement appelé à s'étendre

Philippe Mixe

Effectivement, le mouvement des mutuelles communales est appelé à prendre de l'ampleur. Les mutuelles reçoivent des sollicitations de la part des communes qui souhaitent mettre en place ce type de dispositif. Ce mouvement qui n'a pas été initié par les mutuelles doit être repris par ces organismes afin qu'ils apportent la réponse la plus pertinente à cette problématique. La notion de territorialité, de proximité, de service, de disponibilité est fondamentale et correspond tout à fait à ce que sont les mutuelles. C'est un retour aux sources pour les mutuelles. A la suite de ce mouvement, une question se pose. Au sein des mutuelles, restera-t-il des adhérents ayant un contrat individuel ? En effet, avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, les salariés seront couverts par l'entreprise via un contrat collectif. Pour ceux qui bénéficient de l'ACS, il y aura un appel d'offres et seulement quelques opérateurs seront retenus pour proposer ces contrats. Ensuite, pour le public restant, si les mutuelles communales se développent, une partie du public concerné ne sera plus couvert directement par sa mutuelle. A y regarder de près, ces mutuelles communales correspondent à des contrats collectifs à adhésion facultative. A l'origine, ce sont des adhésions individuelles mais à des tarifs négociés. Dans un grand nombre d'organismes complémentaires, les déficits des contrats collectifs étaient compensés par les adhésions individuelles et cette pratique était pernicieuse. Cette logique va être remise à plat et qu'advient-il si les mutuelles sont en déficit sur les contrats collectifs d'entreprise, sur les contrats ACS et, maintenant, sur les contrats mis en place par les municipalités ? Cela peut susciter l'inquiétude pour l'avenir de la mutualité. C'est un changement complet de modèle qui est en train de se mettre en place, auquel nous devons être extrêmement attentifs. Si la prise en compte par les municipalités des problèmes auxquels sont confrontés leurs administrés pour accéder à une couverture santé ou ne pas avoir à renoncer aux soins est une bonne chose, les mutuelles doivent apporter une réponse adaptée et ne pas s'engouffrer pas dans les logiques de dumping ou assimilé, comme cela est quelquefois pratiqué sur les contrats collectifs d'entreprise. De plus, les mutuelles communales sont en train d'émerger parce que les pouvoirs publics n'ont pas été en mesure d'apporter une réponse valable aux problématiques d'accès aux soins. En conséquence, les citoyens s'organisent. Il n'en reste pas moins que les mutuelles sont les mieux placées pour apporter la réponse la plus appropriée à cette problématique.

Eviter un procédé marchand

Brigitte Deroo

A mon sens, il est essentiel qu'avant d'arrêter son choix sur une mutuelle, la municipalité doit mener un travail préalable pour cerner au plus près les besoins de la population en termes de couverture santé. Sinon, cette démarche pourrait être récupérée politiquement. Nous avons imposé un accueil physique pour renseigner et orienter les adhérents et il y a un lien avec la dite mutuelle pour faire le

point en cas d'impayé, par exemple, ainsi qu'entre les services de la ville, l'association mandatée en santé et la mutuelle. A Grande-Synthe, c'est tout un ensemble. A l'inverse, certaines municipalités ne sont pas aussi scrupuleuses que nous et n'ont rien imposé pour coller au plus près aux besoins des assurés ou prendre certaines précautions au plan juridique. Or, ne pas étudier rigoureusement ces paramètres avant de mettre en place la mutuelle communale est une erreur. Cette démarche ne doit pas se limiter à un procédé marchand et doit être accompagnée d'une certaine éthique et d'un travail préalable de la part de la municipalité.

Dans la salle, [Jean-Claude Chevilly](#) (Groupe Smiso Mutuelle des Cadres) pose la question du delta prix et souhaite également connaître, parmi les personnes qui sont venues adhérer à la couverture santé mise au point pour Grande-Synthe, la proportion qui n'avait pas de complémentaire santé auparavant.

[Vincent Delannoy](#)

Premier point : le delta entre une garantie individuelle classique et celle mise au point pour les habitants de Grande-Synthe est approximativement de 15 à 20 %. Une partie importante des coûts d'acquisition est supportée par la commune et le volet communication est assuré par la ville et non par la mutuelle. Deuxième point : la plupart des mutuelles offrent deux ou trois mois gratuits à leurs nouveaux adhérents. L'offre communale ne comprend pas de mois gratuits. De ce fait, les 15 à 20 % de delta se retrouvent aisément à l'arrivée. En prenant une garantie individuelle où cet avantage n'est pas proposé, où il n'y a pas de coûts d'acquisition liés à la communication, on rejoint le tarif proposé de manière directe par la mutuelle à ses adhérents.

Agir contre la sous-assurance ou la sur-assurance

[Brigitte Deroo](#)

Dans notre appel à partenariat, le prix était le premier indicateur. Notre volonté était aussi que les habitants de Grande-Synthe soient assurés en connaissance de cause et que chacun connaisse ses droits et ses besoins. Lors de notre travail préalable, nous nous sommes aperçus qu'un grand nombre de personnes, et en particulier les retraités, étaient sur-assurées ou sous-assurées parce que leur situation avait évolué mais les changements n'avaient pas été pris en compte dans le contrat. Il y a aussi tout un travail d'information à réaliser auprès des administrés pour leur expliquer comment fonctionnent les remboursements, entre ceux du régime obligatoire et ceux de la mutuelle afin qu'ils puissent choisir le contrat qui leur convienne le mieux.

[Xavier Toulon](#)

Cette expérience confirme qu'en achetant une complémentaire santé, les Français acquièrent une couverture dont ils ne comprennent pas les règles ni le fonctionnement.

Dans la salle, [Franck Durand](#) (Mutuelle d'Argenson) interroge les orateurs sur les difficultés des mutuelles à répondre aux besoins réels de la population du fait d'un carcan administratif trop contraignant. A son avis, les mutuelles ont intérêt à investir puissamment en vue d'étudier des actions possibles en dehors du Code de la Mutualité et s'entraider entre elles dans cette perspective.

Le mouvement mutualiste très contraint

Philippe Mixe

Le mouvement mutualiste est aujourd'hui très contraint et doit faire face à une régulation de plus en plus grande. Il ne semble pas que cela puisse diminuer à l'avenir et il se murmure souvent que notre modèle est en train de devenir peu ou prou l'Arrco de la santé car il y aura un deuxième étage obligatoire, complètement administré et régulé sur lequel nous n'aurons plus la main. Les mutuelles ne pourront perdurer que si elles proposent en périphérie de leur cœur de métier une panoplie de services d'accompagnement et d'assistance à nos concitoyens. Dans ce contexte, elles doivent réfléchir à des mises en place de solidarité autres que celles traditionnellement pratiquées dans le métier.

Dans la salle, [Michel Tirard](#) (Mécène Assur) estime que c'est un marché fabuleux sous l'angle économique et que les grands groupes d'assurance ne vont pas manquer de s'y intéresser. Il pose la question du rôle que peuvent tenir les courtiers de proximité pour aider les mutuelles à taille humaine à mettre en place ces mutuelles communales.

Le choix des municipalités : une mutuelle !

Vincent Delannoy

Toutes les communes souhaitent être accompagnées par une mutuelle pour mettre en place ces complémentaires santé et non par un assureur. C'est ce qui figurait dans les demandes pour lesquelles Just'en Famille a été contactée. Si une grande compagnie propose des garanties extrêmement compétitives à ces communes, les mairies pourraient céder à la tentation. Concernant l'intermédiation, des courtiers ont passé des conventions de partenariat avec certaines mairies. La porte est ouverte à tout le monde.

Dans la salle, [Jacques Valès](#) (Président de la Mutuelle du Rempart) propose que la FNIM établisse une charte de bonnes pratiques avec l'Association des Maires de France et se rapproche de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) pour s'assurer de la validité des procédés mis en place entre les mutuelles et les municipalités. L'éthique et le respect des valeurs sont effectivement fondamentaux dans le fonctionnement de ces montages.

Brigitte Deroo

Les déclinaisons de la convention rédigée par la municipalité doivent être claires, nettes et précises pour éviter tout risque de tomber dans un système marchand. La priorité, c'est l'éthique, la couverture des habitants et son adéquation avec les besoins et la possibilité de choisir par eux-mêmes entre différents niveaux de couvertures.

Municipalité à taille humaine = mutuelle à taille humaine

Philippe Mixe

Ne paraît-il pas logique qu'à une municipalité à taille humaine soit associée une mutuelle à taille humaine ? Il appartient en effet à la FNIM de formaliser un cadre dans lequel les municipalités pourraient mettre en place des complémentaires santé avec des mutuelles. Il y a aussi des courtiers éthiques et certains sont en lien avec des communes sur cet aspect de la santé. Il y a de la place pour de multiples acteurs à la condition de bien cerner les problématiques des communes et l'état d'esprit à adopter pour travailler avec elle.

Dans la [salle](#), [Benoît Dos](#) (Ecole Polytechnique d'Assurances) demande si la prévention n'est pas également un axe de développement et une piste de partenariat entre les mutuelles de proximité et les communes.

Xavier Toulon

La mutuelle de la municipalité de Grande-Synthe offre aux jeunes et aux seniors une réduction à une licence sportive pour ceux ayant adhéré à la mutuelle. Ce qui montre que des synergies sont possibles.

Conclusion : la mutuelle communale dans la mouvance de notre société

Il est un fait qui rend optimiste : lorsque les pouvoirs publics ne sont pas en mesure de répondre aux problèmes auxquels sont confrontés nos concitoyens, certains (et, ici, les élus municipaux avant tout dont il faut souligner la capacité à agir) se penchent sur ces difficultés pour apporter des réponses satisfaisantes.

Si les mutuelles n'ont pas anticipé la possibilité pour les communes d'ériger un cadre favorisant l'adhésion à une complémentaire santé moins coûteuse parce que préalablement négociée pour le groupe d'administrés à couvrir, elles doivent s'emparer de ce nouveau mode de distribution pour y réfléchir et s'y faire une place afin d'optimiser la couverture pour les adhérents communaux et d'apporter le service le plus adapté. Ceci, d'autant que les communes et les mutuelles partagent des valeurs communes.

L'expérience menée par le Centre de santé de Grande-Synthe montre aussi que les mutuelles doivent mettre en place des méthodes de travail pour une parfaite adéquation des garanties au besoin des adhérents car il paraît inconcevable que la couverture de chacun ne corresponde plus ou pas à ses besoins. La difficulté étant que les adhérents ne parviennent pas à juger si les garanties de leur contrat demeurent adaptées à leur situation ou si, au contraire, il faut les faire évoluer.

Les mutuelles peuvent se retrousser les manches car le mouvement initié par les communes n'en est qu'à ses débuts. Cependant, c'est un changement de modèle à analyser sous toutes ses facettes afin que chaque maillon (municipalité, adhérent et mutuelle) tire son épingle du jeu.