DIAGNOSTIC DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Frais de publication 2€

SOMMAIRE :

INTRODUCTION .....PAGE 3

INOTRE PARCOURS.....PAGE 4

LES PROBLÈMES À RÉSOUDRE..... ..PAGE 7

NOS SOLUTIONS D'AVENIR ....PAGE 8

ET MAINTENANT AGISSONS ENSEMBLE.....PAGE 9

LA COUVERTURE SANTÉ JUSQU'EN 1945 ....PAGE 12

LA CRÉATION DE LA SECURITÉ SOCIALE EN 1945 ....PAGE 13

LA COMPLÉMENTAIRE BATAILLE FINANCIÈRE ET SOCIALE FIN XXÈME.....PAGE 15

LA LOI EVIN AU 31 DÉCEMBRE 1989 .....PAGE 16

LE CODE DE LA MUTUALITÉ ORDONNANCE DU 19 AVRIL 2001 .....PAGE 18

LA CMU ET L'ACS .....PAGE 19

LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ..... PAGE 20

LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE 2016 .....PAGE 21

LA COUVERTURE SANTÉ DES MÉNAGES RETRAITÉS .....PAGE 22

COMPLÉMENTAIRE L'OPACITÉ ORCHESTRÉE DES FRAIS DE GESTION .....PAGE 24

MUTUELLE CITOYENNE .....PAGE 26

SOURCES DOCUMENTAIRES :

LE MONDE | 24.04.2014 |Par **Jean-Baptiste Chastand**, **Maxime Vaudano** et **Laetitia Clavreul**

La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties > édition 2016 > DREES

Chadelat Jean-François, « Histoire des complémentaires maladie », *Regards*, 2016/1 (N° 49), p. 35-44. URL : https://www.cairn.info/revue-regards-2016-1-page-35.htm

Introduction

Ce livre blanc a pour vocation de vous présenter et analyser **l'action citoyenne** mise en place en 2014 et qui regroupe aujourd'hui plus d'un millier d'habitants de la métropole lilloise. Dans ce monde complexe de la complémentaire santé, aucune voix ne s'était fait entendre avant notre mise en place pour explorer de nouvelles pistes afin que les retraités et autres oubliés des réformes puissent être entendus au sein d'une représentation indépendante. Prenons nous en charge et recréons ensemble la solidarité citoyenne. **Aidez-nous à porter notre modèle, arrêtons nous de nous plaindre, agissons, soyons force de proposition**.

Avant même de tenter de poser le moindre diagnostic sur notre système de prise en charge des frais de soins il est nécessaire de jeter un œil dans le rétroviseur pour prendre conscience qu'il serait inexact, surtout aujourd'hui, de se limiter à parler de la Mutualité pour traiter du sujet des complémentaires santé. D'un simple point de vue historique, la Mutualité est le facteur déterminant et de loin le plus ancien de la complémentaire santé.

Il existe en 2018, trois familles d'intervenants sur le marché de l'assurance complémentaire santé :

les Mutuelles,
les Compagnies d'Assurance
les Institutions de Prévoyance.

Chacune d'entre elles relève d'un code particulier :

le Code de la mutualité,
le Code des assurances
le Code de la sécurité sociale.

En 1945, les institutions de prévoyance sont apparues, dans la foulée des caisses de retraite complémentaire modifiant de fait la place des Mutuelles, compagnies d'assurance, qui n'exerçaient aucune activité en matière d'assurance santé en 1945.

Plusieurs périodes méritent d'être distinguées.

La première période va de la fin du XVIIIe siècle jusqu'en 1945.

La seconde s'étend pendant la deuxième moitié du XXe siècle avec des dates

clefs comme la loi Évin de 1989 et le nouveau Code de la mutualité en 2001.

La troisième période est celle qui traite de la loi du 27 juillet 1999 créant la CMU-Complémentaire.

La plus récente est celle consécutive à la généralisation de la complémentaire santé qui débute avec le discours du chef de l'état au congrès de la FNMF à Nice en octobre 2012, engendrant l'ANI en janvier 2013, puis la LFSS pour 2016 qui tente une avancée au niveau de la complémentaire santé des seniors.

2014 - 2018 Notre parcours

Que de chemin parcouru depuis les sociétés de secours mutuel, jusqu'à ces tentatives de « généralisation non maîtrisées ». Vous pourrez à la lecture attentive des annexes jointes constater au combien nombre de réformes n'ont pas été des avancées, mais des retraits et des abandons de toute solidarité.

La complémentaire santé au sein des moyennes et grandes entreprises est devenue au fil des réformes un outil de négociation salariale maîtrisé uniquement par le patronat et les syndicats salariaux où furent totalement oubliés les retraités

C'est un marché de plus de 33 milliards d'euros, qui a provoqué tous les appétits mercantiles. Tous les acteurs Instituts de Prévoyance, Mutuelles et Assureurs y ont vu un Eldorado, alors que les négociations étaient pour eux étroites au sein des contrats collectifs, les contrats individuels des isolés, seniors, étudiants et travailleurs indépendants n'ayant aucune représentation solidaire concentraient leurs actions pour trouver de nouvelles sources de bénéfices.

Les valeurs mutualistes n'existent plus qu'en image d'Épinal.

Généraliser les complémentaires est une question biaisée dans la mesure où il existe des milliers de contrats différents, allant du contrat très bas de gamme au contrat très haut de gamme.
Le consommateur est incapable seul de comparer les garanties offertes. Aucune norme référentielle n'ayant été imposée, les acteurs se sont employés à mettre en place des plafonds de couverture sans correspondance entre eux, ni une valeur significative. C'est ainsi que 100% du remboursement de la SS pour une monture de lunettes ne correspond qu'à 60% de 2.84 euros……..

L'action par la fiscalité pour bloquer les contrats non-responsables sera-t-elle suffisante, en particulier pour arrêter de solvabiliser les divers dépassements d'honoraires. Certains professionnels de santé refusent tout encadrement de leurs honoraires prétextant que leurs dépassements sont gages de qualité de soins et d'expérience d'exception. Ils surfent ainsi sur le vieil adage « Plus c'est cher, meilleur c'est ».

La forte concentration des acteurs de ce marché assurantiel, va continuer à s'accélérer entraînant de nouveaux déséquilibres. Le risque de dumping des tarifs et garanties est grand et constitutif d'une désillusion supplémentaire à terme lors de rééquilibrage..

Le **virage majeur de 2013** en généralisant les complémentaires d'entreprise, a créé de nombreux problèmes, **des pans de société n'étant plus ou mal traités**.

Il est indispensable, que l'on commence par répondre à cette question : quel rôle veut -on que les complémentaires jouent dans l'accès aux soins ? **Ces institutions ne doivent en aucun cas devenir des sources de profits ni des sociétés commerciales**.

C'est dans cet esprit qu'en 2014 soutenu par Hélène Moeneclaey Maire de Lompret que le conseil des sages a entamé ses recherches pour mettre en place sur la commune une solution conforme aux obligations légales, visant à permettre un accès aux soins à tous les seniors de la commune. En collaboration avec un de nos membres, avocat, nous avons validé un cahier des charges que nous avons confié à **Solidaire-Assur courtier de l'Économie Sociale et Solidaire sélectionné au préalable au regard de son engagement de maîtrise de ses honoraires.**

Nos requis :

- **Trois niveaux de garanties permettant un choix éclairé**
- **Une tarification reposant sur des tranches d'âge prédéfinies**
- **Aucune limite d'âge tant en souscription qu'en cours de contrat**
- **Pas de sélection médicale**
- **Un contrat collectif porté par l'association**
- **Un tiers payant complet, des prises en charge délivrées pour les actes chirurgicaux, de radiologie, de laboratoire et l'achat de prothèses optiques et auditives.**

C'est une Mutuelle régionale qui répondant favorablement à nos exigences fut notre première institution mutualiste. Dans une poursuite logique elle garantit l'ensemble des collectivités, associations et sorties de groupe des entreprises qui demandèrent à rejoindre notre collectif. Assurance & Solidarité venait de naître.

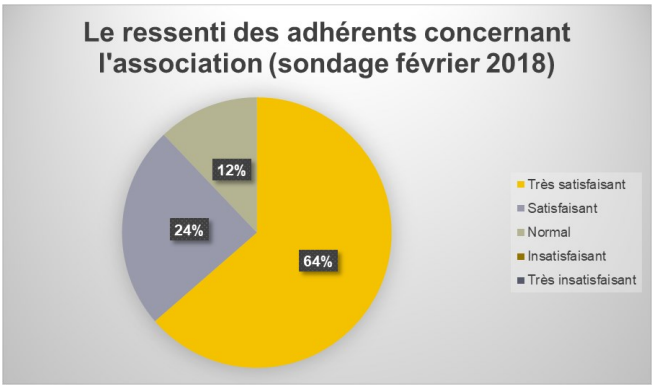
188 000 € de redistribution de pouvoir d'achat* *produit des économies constatées par les adhérents à A&S	**470 €** en moyenne économisés par personne / an* *économies constatées par les adhérents en comparaison avec leur ancien contrat à iso garanties	**3** assureurs pour porter le contrat de l'association
+ 400 personnes sensibilisées à l'ACS AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	**230 h** de permanences dans les Hauts de France	**97,19 %** adhérents ayant reconduit leur contrat auprès de A&S en 2018
1400 personnes informées directement lors d'une session de présentation	**100** partenaires associatifs et institutionnels impliqués	**UTILITÉ SOCIALE** reconnaissance faite par le CCAS de Tourcoing et le CCAS de Loos

Notre modèle se trouvait encore conforté fin 2017. Suite à une demande de majoration au 01/01/2018 des tarifs, sans raison réelle ni justifiée, notre conseil d'administration a décidé de résilier le contrat collectif en cours dans son intégralité et de transférer l'ensemble des adhérents auprès de deux nouveaux acteurs Mutualistes favorables à participer à notre action innovante. C'est également à cette occasion qu'à la sollicitation de plusieurs CCAS nous avons conclu un accord avec un troisième acteur pour **faciliter l'accès et la souscription de formules ACS** réservées à ces populations bien souvent isolées et peu informées de leurs droits.

Aujourd'hui suite à une enquête que nous venons de réaliser auprès des adhérents nous pouvons confirmer des **gains budgétaires de plus de 450€ annuels en moyenne** à garanties égales ou plus étendues. Au sein de cette consultation c'est également 100% de satisfaction qui nous ont été témoignés.

L'étude menée par le Monde dont vous pourrez consulter en annexe certains résultats démontre au combien certains contrats ont des cotisations faisant part belle aux

frais de gestion et d'acquisition, allant de 14.4% à 24.6%. **En moyenne moins de 70% des cotisations sont affectés au remboursement des frais de santé.** À notre niveau l'association qui ne rémunère aucun membre se limite à la perception d'une cotisation familiale annuelle de 5€ et notre courtier partenaire d'une rémunération, encadrée par l'association et parmi les plus basses du marché, versée par l'assureur.
Ainsi Assurance & Solidarité affirme son indépendance n'ayant à répondre de ses actions et décisions qu'auprès de ses adhérents. Désireuse de rester en prise direct avec les bénéficiaires de ses services A&S a mis en place **deux commissions consultatives et représentatives**, l'une composée de représentants des adhérents, l'autre d'élus partenaires.



De même, pour apporter nos services au plus près du terrain nous avons ouvert un partenariat avec des associations représentatives de Communautés de Communes et validé le co-courtage entre des courtiers locaux et notre partenaire Solidaire-Assur.

Notre laboratoire aujourd'hui est abouti et peut entamer un développement sur l'ensemble des territoires. Pour notre troisième anniversaire nous sommes fiers de compter plus de 100 partenaires, communes, CCAS, associations et entreprises.

Les problèmes à résoudre

Le premier problème actuel est de reprendre la main sur **notre avenir santé**.

Devant le contexte actuel ou quelques acteurs intervenants de l'assurance ont trompé un grand nombre de municipalités en leur présentant des services non conformes aux obligations faites par le législateur et rappelées régulièrement par l'AMF. Il est urgent de **créer un label de conformité** aux associations qui comme nous s'attachent à

apporter des prestations ayant comme **seul objectif de recréer un véritable collectif citoyen indépendant et sans aucun but lucratif**.

Une représentation des oubliés de la complémentaire santé est nécessaire autour des tables de négociations ou siègent les représentants du Medef et des salariés. Il est nécessaire que toutes les catégories de bénéficiaires participent à la construction et au suivi de leur régime de protection maladie.
Un retour également à l'équilibre général de la consommation médicale sera nécessaire évitant ainsi le dumping des tarifs qui chaque année s'invite autour de la table des négociations salariales des entreprises.

II Nos solutions d'avenir

Alors que l'on se dirige vers une protection sociale égalitaire entre les différents régimes, le moment est venu de revenir au fondement de la mutualité : **le partage tant des coûts que des risques entre les acteurs porteurs du risque**. C'est l'ensemble des bénéficiaires qui doit se répartir le coût de la prise en charge de l'assurance maladie complémentaire à l'image de la part obligatoire, **la notion d'âge doit être bannie**. Il faut s'inquiéter: aujourd'hui le **risque d'abandon du recours aux soins** de certains va engendrer, pour l'ensemble des Français, des coûts médicaux lourds au fil des années. Ils seront financés en grande partie par des ALD à la charge de tous actifs ou non.

Il sera aussi nécessaire que demain soit promue la **mise en place d'une fédération indépendante** regroupant les représentants des retraités, bénéficiaires de l'ACS et autres catégories non représentées aujourd'hui lors des négociations et réflexions sur la prise en charge des coûts de la santé. **Preuve est faite, les partenaires sociaux ne sont pas représentatifs des problèmes des retraités**.
Au fil des réformes les principes originaux de la mutualité ont été oubliés laissant les seuls patronat et syndicats autour de la table de négociation. Une telle structure innovante et nécessaire ne devrait pas être inflationniste. Le financement de son fonctionnement pourrait être facilement perçu sur les actifs via une cotisation solidaire annuelle de quelques euros pour équilibrer un budget dans lequel nombre d'acteurs seront des bénévoles retraités et bénéficiaires.

Pour faciliter le choix des assujettis, devraient être définis des packs de garanties labellisés. Afin de permettre une saine concurrence et de faciliter le partage des charges par la coassurance, des tiroirs d'options devraient permettre autour d'un socle de base de proposer un choix de garanties optionnelles modulables et d'en permettre une analyse statistique fine. Dans cette optique de contrôle du coût des prestations santé un observatoire des bons usages serait mis en action pour permettre **d'encadrer les prestations dentaire, optique et audition** et atteindre le reste à charge zéro annoncé comme objectif 2022 par le Président de la République. Il est essentiel que les équipements proposés dans ce cadre soient de qualité. Les professionnels impactés devront en contrepartie recevoir de meilleures rémunérations des actes courants. Afin de répondre aux attentes des seniors ayant des difficultés de déplacement les professionnels de l'optique et de l'audition devront accepter de porter leurs interventions au sein des résidences de leurs patients.

Un travail important sera à mener également pour **maîtriser les coûts d'acquisition, de gestion et de fonctionnement des assureurs, mutuelles et Instituts de Prévoyance**. Tout devra être mis en œuvre pour généraliser les coûts de chargement les plus bas. Plusieurs pistes seront à explorer en commençant par celle de la mutualisation des moyens et des services entre les acteurs (généralisation des centres de gestion externes des adhésions et des prestations)

Certains acteurs de la mutualité n'ont à ce jour pas encore **mis en place de fond de secours** au profit de leurs adhérents en difficulté. Cet usage devra être généralisé et alimenté par un versement fixe annuel et une part variable des bénéfices annuels.

La reconnaissance du caractère social et d'intérêt public pourrait permettre de faciliter le déploiement de nos actions en officialisant la reconnaissance de notre engagement et en permettant de bénéficier de dons éligibles aux incitations fiscales

Et maintenant agissons ensemble

Démonstration faite n'attendons pas de la divine providence la solution est entre nos mains.
Nous avons besoin de vous pour continuer à construire le collectif :

- **Vous êtes adhérents, devenez ambassadeurs**, portez autour de vous votre satisfaction, parlez de nous avec vos amis, votre famille, vos connaissances, incitez les à rejoindre le collectif.

- **Vous êtes président d'association, communiquez** avec vos membres permettez leur de profiter des actions citoyennes mises en œuvre.

- **Vous êtes responsable des ressources humaines** de votre entreprise, vous voulez externaliser les sorties de groupe et les fins de carrière de vos salariés, nous vous proposons de les accueillir directement au sein de notre collectif.

- **Vous êtes élu local, départemental, régional ou de la République,** portez notre demande de reconnaissance, permettez-nous d'accéder au statut officiel d'association d'utilité sociale et publique. Association citoyenne nous sommes au service de vos concitoyens. Chaque jour nous œuvrons pour améliorer le pouvoir d'achat de vos administrés et ce dans une parfaite et totale transparence.

Ensemble, nous demanderons activement aux instances gouvernementales la création d'une **Fédération représentante des seniors et oubliés des réformes passées de la Sécurité Sociale**, permettant ainsi aux intéressés, bénéficiaires des prestations santé complémentaires de participer aux négociations et aux aménagements à venir.

Joel VERNIER

LES ANNEXES RADIOGRAPHIES DU SYSTEME

Pour mieux comprendre une exploration de l'histoire est nécessaire.

I - La couverture santé jusqu'en 1945

- À la fin du XVIIIe siècle sont apparues des caisses de secours mutuels, se sont structurées de façon autonome à la différence de leurs sociétés, confréries ou corporations, d'origine. Le paiement d'une cotisation, ouvre à leurs membres le bénéficie de soins en cas de maladie. Ces caisses sont gérées par leurs promoteurs qui également bénéficiaires ne s'occupent pas de savants calculs actuariels leur taille permettant une pleine solidarité de proximité.

- La Mutualité naissante va subir les affres de la Révolution Française.

- La loi Le Chapelier du 17 juin 1791 décrète : « L'anéantissement de toutes espèces de corporation de citoyens du même état ou profession », afin de prévenir toute coalition ouvrière. Toutefois, Le Chapelier s'intéresse aux pauvres et aux nécessiteux : « Ces caisses de secours ont paru utiles…, mais c'est à la Nation de fournir des secours aux infirmes ». Dans la Déclaration des droits de l'homme de 1793 cet aspect sera gravé dans le marbre.

- On dénombre 148 Sociétés de secours mutuels en France en 1823, elles s'engagent à ne pas développer d'activités extra-sanitaires.

Sous la IIe république, les sociétés de secours mutuels sont reconnues comme les structures idéales pour la prise en charge du risque maladie (décret du 28 juillet 1848).
Napoléon III, qui voit dans ces sociétés la forme idéale ira plus loin en publiant le décret du 28 mars 1852 prévoyant la création d'une société dans chaque commune, après accord de conseil municipal. En 1872, on en dénombre 5 793.
De 1883 à 1901, sont organisés régulièrement des congrès nationaux de la Mutualité.. À chaque congrès, est réaffirmé l'attachement des mutualistes à l'éthique solidaire et à l'égalité de tous les adhérents devant les cotisations et les prestations.

La loi Waldeck-Rousseau de 1884 attribue aux syndicats la charge de défendre les conditions de travail et, de fait, limite les sociétés de secours mutuels à une mission sanitaire.

En 1898, 11 825 sociétés, rassemblent près de 2 millions de membres.

La charte de la Mutualité naît le 1er avril 1898. La Fédération Nationale de la Mutualité Française, verra son acte constituant signé le 28 septembre 1902.
« La Mutualité accomplit une œuvre véritablement nationale en particulier en luttant contre la maladie ».

En avril 1930, est promulguée la loi sur les Assurances sociales. Le soutien à cette loi a été admis par la Fédération Nationale de la Mutualité Française dès son congrès de 1923. même si certains mutualistes y voient la mort des sociétés de secours mutuels, par la disparition de toute idée de coopération et de solidarité.

Faisant valoir son expérience gestionnaire, la Mutualité va devenir la cheville ouvrière du système, instrumentalisée par l'administration pour le versement des remboursements de soins, elle fera craindre à certains la mort des sociétés de secours mutuels, gommant toute idée de coopération et de solidarité.

Dans les années qui vont précéder la deuxième guerre mondiale, les sociétés de secours mutuels restent établies sur une base territoriale ou corporatiste, le Nord et le Pas de Calais en furent des exemples qui ont perdurés jusqu'à l'extinction de certaines branches industrielles (Sociétés de secours minières, …). Le patronat et les syndicats font alors main mise sur la prévoyance des salariés au sein des entreprises. Profitant de cet aubaine des sociétés d'assurance à forme mutuelle se créent comme en 1934 la MAIF et la GMF.

II - La création de la Sécurité Sociale en 1945

Lors de la création de la Sécurité Sociale en 1945, la Mutualité va connaitre un bouleversement. Il est affirmé d'emblée que la Mutualité ne sera pas, auprès de la Sécurité Sociale, l'organisme gestionnaire qui avait été son rôle auprès des Assurances Sociales.
Aux élections à la Sécurité Sociale de 1947, la Mutualité n'obtient que 10 % des suffrages, loin derrière la CGT et la CFTC. Les syndicats ouvriers deviennent donc les partenaires essentiels de la gestion de la sécurité sociale.

La Mutualité défend ses principes :

- maintien de l'acte volontaire individuel de prévoyance
- lutte contre l'étatisation de la protection sociale.

La liberté d'affiliation est supprimée et les assurés sont regroupés au sein de caisses primaires.

La loi de 1898 est abrogée et remplacée par un ensemble de règles qui deviendront en 1955, le Code de la Mutualité. La dénomination « sociétés de secours mutuels » est remplacée par « sociétés mutualistes ».

La Mutualité se retrouve enfermée dans les domaines restés en marge du régime de base, soit la couverture santé complémentaire des salariés, au niveau individuel comme, en partie au niveau collectif. C'est le secteur du « Ticket Modérateur », pour lequel le Code de la Sécurité Sociale reconnait, dans son article L. 4, une exclusivité de principe aux organismes non lucratifs : mutuelles et institutions de prévoyance.

En 1946, la Mutualité s'intègre dans ce nouveau principe de protection sociale. Se créent la MGEN, la MGPTT et la MGET.

La loi Morice de 1947 permettra aux sociétés mutualistes de se transformer en sections locales de Sécurité Sociale. C'est ainsi que la gestion de la sécurité sociale de base des fonctionnaires et des étudiants est reprise par des mutuelles.
Au cours de cette période se crée l'Union des Caisses Chirurgicales Mutualistes.

La Mutualité suite au divorce mutualité et mouvement ouvrier laisse le champ libre aux Institutions de Prévoyance (IP), Le décret du 8 juin 1946 confie les régimes complémentaires de retraites naissants, aux IP, certaines sont l'émanation directe des compagnies d'assurance. Cette attitude de la Mutualité s'explique aussi par le caractère obligatoire de l'affiliation à ces régimes, qui exprime quant à elle une version libérale.

Au sein des IP, les partenaires sociaux construisent progressivement des dispositifs de protection complémentaire des salariés.
La complémentaire santé, domaine quasi exclusif des sociétés mutualistes, s'ouvre avec le décret du 24 janvier 1956, aux compagnies d'assurance, dans le domaine des frais médicaux et pharmaceutiques. La concurrence dans ce domaine est encore faible en 1960. Pour les IP et les compagnies d'assurance, le risque maladie ne nécessite que peu de réserves et provisions. Il est de fait moins intéressant que celui de la prévoyance des risques lourds, où les réserves mathématiques, constituées de capitaux provisionnant les engagements futurs, sont très importantes et permettent de profiter d'avantages fiscaux très importants.

Au cours des années 1960, où naissent la MAAF, la MACIF et la MATMUT, fédé-

rées dans le GEMA, se livre une bataille concernant l'appellation « Mutuelle ». Une distinction sera faite entre les mutuelles historiques dites « Mutuelles 1945 » et les compagnies d'assurance dénommées « Société d'assurance à forme mutuelle ».

La mutualité, en plus de son activité de remboursement des soins de santé, créera des réalisations sanitaires : centre de soins, cliniques, pharmacies mutualistes, centres dentaire ou optique. Ainsi naîtra la pratique du tiers payant.

À la fin des années 1960, les compagnies d'assurance font de la couverture maladie un axe de développement prioritaire.

À contrario les ordonnances Jeanneney de 1967 excluent tous les mutualistes des conseils d'administration de la Sécurité Sociale.

Pour tenter de contrer l'expansionnisme débridé des compagnies d'assurance, la Mutualité fait de la défense de la Sécurité Sociale, une priorité dont dépend sa pérennité.

A l'aube de 1970, la Mutualité ne conserve guère que la complémentaire maladie et dans ce domaine, les compagnies d'assurance commencent à la concurrencer.
C'est aussi le cas des IP sur le terrain de la prévoyance en entreprise. Les IP, après s'être positionnées sur la retraite complémentaire et la prévoyance lourde, se tournent désormais vers l'eldorado que parait être la complémentaire maladie.

Malakoff, la CIPC et l'AGRR, puis la CRI, la CNRO sont des poids lourds qui ne faisaient pas obstacle à la Mutualité, jusqu'au jour où ils se sont ouverts à la complémentaire maladie, ayant saturé le secteur de la prévoyance lourde.

Les contrats collectifs obligatoires d'entreprises, commercialisés par les IP, se sont développés grâce à des exonérations fiscales et sociales très importantes.

III - La complémentaire maladie bataille financière et sociale de la fin du XXème siècle.

Le champ de la complémentaire maladie est dès la fin des années 1970 ouvert complètement aux trois familles d'acteurs.
Avec la crise du premier choc pétrolier, la Sécurité Sociale et plus particulièrement

le régime de base d'assurance maladie, aller de déficits en déficits. Les plans de redressement se succèdent.
Les mesures d'économies dans le domaine de l'assurance maladie se traduisent par de moindres remboursements du régime de base, donc, a contrario, par un champ supplémentaire d'intervention de la complémentaire santé.

Les mutuelles s'y opposent avec plus ou moins de fermeté. Les compagnies d'assurance et les IP y voient plutôt l'occasion de développer leur chiffre d'affaire et de prendre des parts importantes de marché dans une période où se succèdent également regroupement et absorptions.

Quelques exemples illustrent ce propos.
En 1979, le ministre en charge de la Sécurité Sociale, décida de mettre en œuvre le Ticket Modérateur d'Ordre Public (TMOP), c'est-à-dire l'interdiction par un assureur complémentaire de prendre en charge une partie du ticket modérateur de la Sécurité Sociale. Les assureurs s'y opposèrent au nom du principe de « la liberté d'assurer et de s'assurer ». Le président de la FNMF lança une campagne de protestation 6 millions de cartes sont renvoyées à l'Élysée. Face à ce coup de force, la mesure est reportée. C'est, vingt ans plus tard sans la moindre contestation que la loi du 13 août 2004 introduisit une franchise de 1 € non remboursable par quiconque, laissant une charge supplémentaire aux assurés.
En 1982, c'est le plan Bérégovoy qui utilisant les vignettes bleues créées en 1975, réduisit le remboursement de 1 279 spécialités pharmaceutiques de 70% à 35%, et mis en place le forfait journalier hospitalier. Les complémentaires assumèrent la charge de ces dépenses supplémentaires, en profitant pour accroitre leur chiffre d'affaire et particulièrement leurs cotisations.
Dans les années 1980, la Mutualité recule face aux assureurs, qui, eux, tarifant en fonction de l'âge, attirent une clientèle plus rentable : les jeunes. Les mutuelles recueillent alors les catégories les plus consommatrices de soins, notamment les personnes âgées. Le législateur vient de mettre à mal la solidarité et dénaturer l'esprit premier de la mutualité.

La distinction entre les opérateurs pose de plus en plus de problèmes. Certaines mutuelles commencent à utiliser des méthodes assurantielles participant ainsi à la perte de l'esprit du partage et tombant dans des logiques de marché de profits.

Dans ce contexte, la réforme du code de la mutualité votée le 25 juillet 1985 portait les espoirs du mouvement mutualiste, à cette occasion le nouveau code distingue les mutuelles (au nombre de 7 000) des sociétés d'assurance à forme mutuelle (15). Des règles de réserves et de solvabilité sont introduites. Le champ d'intervention de la mutualité est élargi en matière de prévoyance collective complémentaire.

Ainsi le gouvernement officialise-t-il l'ouverture du secteur de la santé à la concurrence du marché, tout en le complétant d'un code de bonne conduite (non sélection des risques). Mais **qui ne se soldera que par un échec cuisant pour les bénéficiaires**.

Le mouvement de concentration des mutuelles s'opère lentement mais systématiquement. Le congrès de la FNMF de 1988 en prendra acte comme « un phénomène naturel pour les groupements mutualistes qui deviennent progressivement des entreprises ». Un nouveau pas est franchi : les administrateurs mutualistes eux-mêmes utilisent le terme « entreprise ».

IV-La loi Évin du 31 décembre 1989

La loi Évin du 31 décembre 1989 a pour objectif de protéger le consommateur contre la sélection des risques et d'établir une concurrence loyale sur le marché de la complémentaire maladie. L'article 4 de la loi fait obligation aux organismes gestionnaires de contrats collectifs de conserver les retraités, chômeurs, invalides lors de leur sortie de l'entreprise. Mais l'assureur santé est autorisé à majorer le tarif du contrat, obligatoirement identique, de 50 %.

Il semble que l'on ait ainsi enfumé les bénéficiaires sachant, par exemple qu'un actif qui avait un contrat de 100 payé à 50% par l'entreprise et 50% par lui, doit désormais payer seul 150. Le passage de 50 à 150 est un triplement du coût pour le bénéficiaire. Si l'employeur participait à hauteur de 75%, on arrive à un sextuplement !
Un second volet de la loi Évin rabote encore la spécificité de la mutualité. Désormais, compagnies d'assurance, mutuelles et IP sont placées sur le même plan. La loi officialise l'intervention des compagnies d'assurance sur le marché de la complémentaire maladie et permet aux IP de distribuer des contrats individuels.

Dans les années 1990, jouant sur le désengagement continuel des remboursements de l'assurance maladie de base, les assureurs, proposent de couvrir des groupes de personnes à partir du premier franc : « La santé n'est pas un marché, mais l'assurance maladie en est un ». Pour les assureurs, la complémentaire santé devient un produit d'appel, qui permet de placer d'autres contrats auprès de leur clientèle participant ainsi à la dégradation des résultats et créant des surenchères néfastes des garanties.
Ces exemples de manque total de solidarité devant la maladie participeront à cacher

un autre fléau naissant qui repose lui sur un dérèglement du coût des professionnels de la santé, de la pharmacopée et de l'appareillage médical.
En 1996, la réforme du plan Juppé autorise l'expérimentation de filières et réseaux de soins. AXA propose d'organiser un réseau expérimental au premier franc sur 50 000 habitants d'Ile de France. Le gouvernement lui oppose une fin de non-recevoir sans véritable fondement.
L'idée de faire davantage intervenir les assureurs complémentaires dans la protection maladie, conduit l'aile la plus libérale de la politique française, à explorer les moyens d'y parvenir.
En 2003, le ministre en charge de la Sécurité Sociale, Jean-François Mattei, commande un rapport sur « la répartition des interventions entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire sur la prise en charge des dépenses de santé ».
Son idée est de décharger la Sécurité Sociale de certaines dépenses en les transférant sur la complémentaire santé et, dès lors, de résoudre le problème du déficit de l'assurance maladie.
Encore une fois les bénéficiaires bien que principaux intéressés ne sont aucunement associés.
La réponse apportée par le rapport est sans ambigüité : « compte tenu des poids respectifs des assurances obligatoires et complémentaires, il serait illusoire d'en espérer une solution aux déficits de l'assurance maladie ».
Le rapport souligne toutefois que dans certains domaines, en particulier l'optique et les prothèses dentaires, le rôle des complémentaires est déterminant.
À l'occasion de ce rapport et des remous qu'il suscita, se manifesta une opposition totale à toute idée de « privatisation » de la Sécurité Sociale. Cette éventualité aurait de toute façon été une erreur qui aurait à coup sûr détruit notre spécificité de prise en charge du coup de la maladie.
Un peu plus d'un an plus tard, la loi du 13 août 2004 acta la place des complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé. Cette loi crée à la fois l'Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) mais aussi l'UNOCAM, union des complémentaires d'assurance maladie, pour créer un réel dialogue entre base et complémentaire.

V-Le Code de la Mutualité : Ordonnance du 19 avril 2001

La Mutualité devra également faire face à ce qui sera pour elle un véritable séisme. Il s'agit des directives européennes 92/49 et 92/96 qui imposeraient au monde mu-

tualiste de nouvelles et fortes contraintes. L'action des mutualistes freinant leur transposition la France est condamnée en 1999, pour manquement à cette obligation.

Le rapport Rocard de mai 1999, fait des propositions pour sortir de cette impasse concluant à l'urgence et à la possibilité de transposition des directives. Il indique que les principes mutualistes de solidarité et de non-sélection des risques sont compatibles avec elles.

La séparation juridique et financière entre l'activité d'assurance et les œuvres sociales des mutuelles (pharmacies, cliniques,…) est adaptable aux spécificités mutualistes.

L'ordonnance du 19 avril 2001 relative au Code la mutualité, réécrit totalement ce code. Elle intègre le principe de spécialité, bien que contesté par le monde mutualiste, mais ménage des liens entre ces structures. Elle prévoit explicitement que les mutuelles de santé ont le droit d'offrir à leurs membres des réalisations sanitaires et sociales.

Un certain nombre de principes figurent dans ce nouveau code :

- Chaque adhérent est lié à la mutuelle par des relations contractuelles. Il participe au fonctionnement de la mutuelle par sa présence à l'Assemblée Générale
- Absence de sélection médicale
- Absence d'individualisation en fonction de l'état de santé
- Caractère viager de la garantie.

VI - La CMU & l'ACS

La complémentaire santé monte en charge progressivement dans la population française :

30 % en 1960,
65 % en 1980,
88 % en 1999
et environ 95 % actuellement.

En 1999, les pouvoirs publics apportèrent à la complémentaire santé un tournant majeur et ses lettres de noblesse.

Le problème de base est l'accès aux soins et son corollaire, le renoncement aux soins pour raison financière. Or, l'assurance maladie obligatoire ne prenant pas en charge la totalité des dépenses, l'existence de restes à charge provoque des renoncements aux soins.

Martine Aubry, ministre en charge de la Sécurité Sociale, considéra que pour pouvoir accéder aux soins, il est nécessaire de disposer non seulement de la Sécurité Sociale de base mais aussi d'une complémentaire santé, et ce pour les assurés aux revenus les plus faibles. Elle décida de mettre en place une complémentaire santé, offerte gratuitement, pour les bénéficiaires situés en-dessous du seuil de pauvreté.
Non seulement la complémentaire sera gratuite, mais cette CMU-C ainsi créée, dispose d'un panier de soins très complet et tous ces soins sont gratuits pour les populations concernées.

L'idée de base de la CMU-C est de ne pas créer une médecine de pauvre. Le bénéficiaire CMU doit pouvoir accéder à tous les soins, comme tout assuré social. Pour y parvenir, il est nécessaire d'imposer des contraintes aux professionnels de santé. Par exemple un médecin du secteur II devra pratiquer les tarifs du secteur I à l'égard de ces populations. Pour les dentistes, tous les tarifs des prothèses sont fixés par arrêté.
Les professionnels de santé n'accueillirent pas favorablement la loi. Ils ne furent pas les seuls. En effet la ministre considéra que cette nouvelle complémentaire pouvait être gérée par les différents acteurs de la complémentaire santé, mais aussi par les caisses de Sécurité Sociale. Le président de la FFSA accusa des CPAM de captation de clientèle.
Les débuts de cette nouvelle complémentaire furent donc difficiles, mais le résultat fut obtenu. Pour les premiers 10% de la population, le taux de renoncement aux soins qui était de 30 % en 1998, il se trouva ramené à 15 % en 2002.
La principale critique portée contre la CMU-C, fut à juste titre un très fort effet de seuil. Dépasser de 1 € le plafond de ressources fait que l'on passe d'une complémentaire de très bonne qualité à…rien.

Un remède fut apporté par la loi du 13 août 2004 avec la création de l'ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé. Cette aide est destinée aux personnes qui dépassent le plafond de ressources de la CMU-C de 35 %. Le principe de l'ACS est différent de celui de la CMU-C. L'ACS est un chèque santé, un bon d'achat, donné à son bénéficiaire pour qu'il l'utilise afin d'acquérir la complémentaire de son choix.
Comme la CMU-C, l'ACS est sur le fond une excellente chose, mais elle aussi souffre de graves défauts.

Le plus gros problème de l'ACS est son taux de non emploi. Alors que le recours à

la CMU-C est d'environ 70 %, celui de l'ACS se situe entre 30 à 43 % en 2014. Sur 100 personnes qui pourraient en bénéficier, un peu moins des deux tiers ne la demande pas. A contrario, lorsqu'ils ont obtenu leur chèque santé, ils l'utilisent.
Les causes de non recours sont sans doute multiples :

- un manque de notoriété, explication qui ne saurait suffire.
- une complexité de mise en place et de demande.
- un reste à charge important le chèque ne représentant que 50%.
- de fait le recours à des contrats aux garanties médiocres qui entraînent des taux de renouvellement très faibles avant la réforme de 2015.

La LFSS 2012 lança l'idée d'une labellisation des contrats ACS, l'UNOCAM bloqua cette évolution, y voyant une forme de mise sous tutelle de leur marché. Deux ans plus tard, la LFSS pour 2014 décida une mise en concurrence pour les contrats ACS. Finalement, 11 groupes de complémentaires furent retenus, proposant chacun trois niveaux de contrats. Entrée en vigueur au 1er juillet 2015, il semble que cette mesure aille dans le bon sens, tant en qualité des contrats souscrits, qu'en nombre de bénéficiaires.

VII - La généralisation de la complémentaire santé

Le Président de la république, François Hollande, s'est rendu au congrès de la FNMF à Nice en octobre 2012. Le Président s'est exprimé devant un public acquis à sa cause. Il propose de généraliser l'accès à une couverture complémentaire de qualité, sans obligation mais par incitation. Il note, citant la cour des comptes, que l'État a consacré 4 milliards d'aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire, dont les principaux bénéficiaires sont plutôt les cadres de grandes entreprises, et que les chômeurs et les retraités ont le plus grand mal à acquérir une complémentaire santé. Il indique que « ce gâchis financier et cette injustice sociale est inacceptable, et que ces aides doivent être réorientées pour en élargir le nombre des bénéficiaires. La fiscalité des contrats doit être revue pour favoriser le parcours de soins et avoir de vrais contrats responsables ».

Si, dès la LFSS 2014, les exonérations fiscales sont un peu rognées et qu'en 2015, la définition des contrats responsables fut corrigée.
La généralisation voulue par François Hollande reçut une réponse surprenante dans l'ANI de janvier 2013, c'est ainsi, c'est par ce texte que les contrats collectifs obliga-

toires d'entreprise furent généralisés !
La généralisation des contrats collectifs obligatoires d'entreprise fait rentrer 4 millions de personnes dans le champ des contrats collectifs obligatoires, dont seulement 400 000 n'avaient pas de complémentaire santé, mais 3 600 000 basculent de contrats individuels vers des contrats collectifs. Coût pour les finances publiques 2,5 Mds €, du aux exonérations fiscales et sociales. C'est d'autant plus choquant que le plan pauvreté qui augmente de 8 % les plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS représente un cout de 250 M €, soit dix fois moins.
Furent ignorés ceux qui avaient vraiment besoin d'une complémentaire santé : les retraités, les jeunes, les chômeurs de longue durée et tous ceux dont les revenus très modestes les placent légèrement au-dessus des plafonds de ressources CMU-C et ACS.

Les contrats collectifs obligatoires d'entreprise sont le terrain d'action privilégié des Institutions de Prévoyance, gérées par les partenaires sociaux. Par deux fois, le Conseil constitutionnel censura le texte en indiquant qu'il faut des recommandations et pas des désignations. **En effet, les partenaires sociaux sont juges et parties. Cette généralisation des contrats collectifs, dont la date butoir était le 1er janvier 2016, donna lieu, au cours du quatrième trimestre 2015, a une bataille commerciale sans précédent.**

S'agissant des retraités, les laissés pour compte de la généralisation de la complémentaire santé, ce n'est qu'avec la LFSS 2016 que fut prévue une labellisation afin d'obtenir, pour eux, les meilleurs contrats au meilleur prix. Cette certification en fait n'apporta aucun réel bienfait les acteurs profitant largement du désengagement de la SS pour appliquer des majorations tarifaires. Pour eux également s'agissant pour la quasi-totalité de contrats individuels des majorations individualisées selon la consommation médicale personnalisée. A ce jour et pour la plupart des seniors aucun effet de solidarité intergénérationnelle ne joue plus.

VIII-La LFSS 2016

Pour limiter le déficit de l'assurance-maladie, Marisol Touraine, qui a présenté en septembre 2016, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 (PLFSS) a annoncé vouloir limiter la progression des dépenses à 1,75% (contre 2% en 2015). Un *« niveau historiquement bas "*, a souligné la ministre des Affaires sociales, promettant de ne pas remettre en cause *« la protection de nos concitoyens »*, sa *« ligne rouge »*. *« Pas un euro n'a été économisé sur le dos des Français. Pas*

une franchise, un déremboursement n'a été voté ", a-t-elle insisté.

Concernant les complémentaires santé elle annonce :
- Étendre l'accès à la complémentaire santé - proposée aux salariés par l'employeur à partir du 1er janvier - aux salariés précaires ainsi qu'aux retraités.
- Pour les CDD, l'employeur versera une aide individuelle en référence à ce qu'il verse pour ses autres salariés.
- Pour les retraités : la hausse des tarifs de ceux qui adhèrent au contrat collectif de leur ancien employeur (jusqu'à 150%) sera lissée pour n'atteindre ce plafond que 3 à 5 ans après le départ de l'entreprise.
- Le même dispositif sera mis en place pour les anciens salariés demandeurs d'emploi.
- Sélectionner par une mise en concurrence des contrats selon leur rapport qualité/prix pour les plus de 65 ans.

Encore une fois aucun acte fort et fédérateur, aucun appel à la participation ni retour à la mutualisation intergénérationnelle.

IX-La couverture complémentaire des ménages retraités

Les retraités ne bénéficient actuellement pas d'aides spécifiques pour recourir à une complémentaire santé, hormis le fait que la prime d'aide à la complémentaire santé (ACS) est croissante avec l'âge . Néanmoins, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit, pour les personnes de 65 ans ou plus, la mise en place d'une labellisation des contrats de complémentaire santé sur des critères de prix et de qualité. Cette labellisation permettra aux organismes complémentaires de bénéficier d'un crédit d'impôt et pourrait contribuer à limiter les primes versées par les retraités. Cette mesure se justifie par la situation particulière des retraités vis-à-vis de l'assurance complémentaire. Les retraités moins bien couverts que l'ensemble de la population 95 % des retraités sont couverts par un contrat d'assurance complémentaire santé (soit autant que la population générale). Parmi les retraités, 93 % sont couverts par un contrat individuel (contre 45 % chez les non-retraités) car ils ne bénéficient plus des contrats éventuellement souscrits par le biais de leur employeur. Or, les contrats individuels offrent en moyenne des garanties moins importantes que les contrats collectifs : 60 % des contrats collectifs sont des contrats de classe « A » ou « B » (offrant le plus de garanties), tandis que les contrats de classe « A » ou « B » ne représentent que 10 % des contrats individuels souscrits par les plus de

60 ans. Les retraités paient des primes élevées car contrairement aux contrats collectifs dont les primes sont en partie prises en charge par l'employeur, les primes des contrats individuels sont entièrement à la charge des assurés. De plus, pour la plupart des contrats individuels, les primes des contrats augmentent avec l'âge des assurés. Par ailleurs, peu de retraités bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), notamment du fait que les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ont des revenus supérieurs au plafond d'éligibilité de la CMU-C. Pour ces raisons, les retraités paient des primes d'assurance plus importantes que les non-retraités. Les contrats souscrits par les ménages retraités ont en moyenne des garanties moins importantes, ils seraient donc moins onéreux, si ce n'est que ce fait engendre des restes à charge plus importants. Le budget des ménages retraités alloué à la santé est élevé Les dépenses de santé augmentent rapidement avec l'âge. En 2012, la consommation totale de soins (avant intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire) par individu et par an était en moyenne de 1 280 euros pour les individus entre 25 et 45 ans et de 6 000 euros pour les individus de plus de 75 ans. En raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins mieux remboursés, et du fait qu'une part plus importante d'individus bénéficient du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée, le taux de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire est plus élevé chez les plus âgés. Cela a pour conséquence d'atténuer le lien entre le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et l'âge. Toutefois, le gradient reste marqué : ainsi, alors que le reste à charge annuel après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire est en moyenne de 125 euros pour les individus entre 25 et 45 ans, le montant s'élève à 309 euros chez les 66-75 ans, et 338 euros chez les plus de 75 ans. Les dépenses totales consacrées à la santé des ménages – c'est-à-dire la somme des restes à charge et des primes payées aux organismes complémentaires après déduction de l'ACS le cas échéant – sont ainsi plus importantes chez les ménages retraités (1 817 euros) que chez les ménages non retraités (1 109 euros). Le taux d'effort des ménages, c'est-à- dire la part des dépenses de santé dans le revenu disponible, est aussi plus élevé pour les ménages retraités (5,6 %) que pour les ménages non retraités (2,9 %). Ce taux d'effort augmente avec l'âge : il est de 4,5 % pour les ménages retraités dont l'individu le plus âgé a entre 56 et 65 ans, il atteint 6,6 % pour les ménages retraités dont l'individu le plus âgé a plus de 75 ans. Les dépenses de santé pèsent davantage dans le budget des plus démunis Malgré le dispositif ACS et des dépenses consacrées à la santé plus faibles chez les ménages de retraités modestes, la part de leur revenu consacrée aux dépenses de santé est nettement plus élevée que pour les ménages aisés. Ainsi, le taux d'effort est de 3,2 % pour les ménages retraités qui appartiennent aux 20 % des ménages les plus aisés et il atteint 10,8 % pour les ménages parmi les 20 % les plus modestes.

X-Complémentaires santé : l'opacité bien orchestrée des frais de gestion

Malgré l'obligation de publication depuis le 1er janvier 2014, les taux restent peu lisibles. L'enquête menée avec les internautes du Monde.fr révèle des écarts de 6,7 % à 41 %.

Dans l'esprit, il devait s'agir d'une grande opération de transparence. Mais dans la réalité, la publication des frais de gestion des complémentaires santé, est un véritable maquis où persistent des écarts extrêmement élevés.
L' enquête participative, menée avec l'aide de plus de soixante-dix des internautes du monde, permet pour la première fois de comparer les frais de gestion affichés par une quarantaine de complémentaires. Elle révèle qu'il est quasiment impossible pour les assurés, malgré l'obligation de transparence, de savoir si la part de leur cotisation utilisée pour couvrir les frais de gestion (personnels, administration, etc.) et d'acquisition (frais engagés pour conquérir de nouveaux clients) est importante ou modérée.

Présentation délibérément floue

Contrairement à la loi, votée en 2011, qui impose aux mutuelles, assurances et instituts de prévoyance de donner à leurs clients ces frais « libellées de manière lisible, claire et intelligible », les complémentaires multiplient les astuces pour éviter qu'on s'y retrouve. Présentation délibérément floue, absence de comparatif avec la concurrence, éléments présentés en petits caractères sur des documents annexes, frais variables selon les contrats : les complémentaires jouent avec les espaces de liberté de la loi pour contourner la transparence. Résultat : parmi les données récoltées et validées pour 42 complémentaires avec l'aide de nos internautes, il est difficile de sortir un classement. Premier écueil, certaines complémentaires présentent les frais hors taxes, d'autres y incluent les taxes sur les assurances et la taxe CMU (13,2 % des cotisations), d'autres encore ne précisent rien.

43 COMPLÉMENTAIRES PASSÉES AU CRIBLE
Des écarts considérables

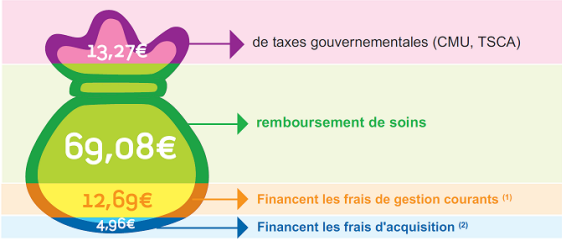
Reste que, même avec ces réserves, les écarts d'une complémentaire à l'autre sont considérables. Au total, les frais s'étalent de 6,7 % à 41 %. Parmi eux, les frais d'acquisition évoluent de 0 % à 21,7 %. « D'accord, certaines mutuelles ont besoin de faire de la publicité, mais un tel écart de taux, cela fait quand même une belle culbute ! »

Globalement, les instituts de prévoyance, qui gèrent des contrats collectifs pour les entreprises, facturent nettement moins de frais d'acquisition que les assurances ou les mutuelles. « Les assureurs doivent rémunérer des courtiers alors que les mutuelles travaillent souvent en direct et que les instituts de prévoyance ont juste besoin qu'un patron et des syndicalistes qui s'entendent pour couvrir tous les salariés de l'entreprise »

Moyenne des frais : 14,4 % à 24,6 %
S'il n'y a pas de fichier détaillé des frais pratiqués par les 464 organismes de complémentaires recensés en 2011 par l'État, le ministère de la santé publie chaque année des moyennes par type d'organisme.

- Assurances : En 2012, les frais s'établissaient en moyenne à 24,6 % pour les assurances « non-vie » et à 21 % pour les assurances « mixtes » ; 83 sociétés d'assurances ont des offres santé.
- Mutuelles : Sur les 352 organismes pris en compte, les frais sont en moyenne de 17,5%.
- Institutions de prévoyance : Ces organismes, surtout destinés à pratiquer des contrats collectifs pour les entreprises, affichent des frais de 14,4 % en moyenne. Selon le ministère, 29 ont des offres de complémentaire santé.

Ci-contre le schéma édité par une institution 100% mutualiste. Vous pouvez constater que sur 100€ de cotisation seuls 69,08€ sont affectés aux remboursements des soins.



XI-Mutuelle Citoyenne

Conscients des attentes et besoins de leurs administrés les municipalités ont cherché au cours des dernières années à mettre en place des complémentaires santé qui furent baptisées à tort « Mutuelles communales ».

Les premiers acteurs professionnels qui sont intervenus furent des courtiers ou des mutualistes qui se cachèrent pour la plupart d'entre eux derrière des associations captives pour tenter de répondre aux alertes émises par l'AMF. Aucun d'eux de fait ne répond aux obligations dont doivent répondre les municipalités.

Ces intermédiaires ont bien souvent fait signer des conventions de partenariat aux collectivités les mettant encore un peu plus en défaut par rapport à leurs obligations. Quand on s'intéresse également aux conseils d'administration et aux bureaux de ses associations, on retrouve les mêmes dirigeants que ceux des cabinets de courtage d'origine ou des administrateurs des institutions mutualistes leur caractère purement commercial est ainsi démontré et rend leur démarche encore une fois en dehors des recommandations faites par l'AMF. Certaines associations captives iront même jusqu'à s'attacher de prétendus auditeurs qui analyseront les retours de consultation au marché alors qu'ils remettront eux même une proposition orientée pour emporter le choix de la municipalité. Ces solutions aux équilibres très incertains sont en réalité non des contrats collectifs mais une addition de contrats individuels, aucune structure indépendante juridiquement n'étant là pour porter le contrat collectif. Ces structures commerciales , n'apportent aucune solution pour les bénéficiaires de l'ACS ce type de contrat n'étant guère rémunérateur du fait de son encadrement légal.

La première solution conforme sous la forme d'une Mutuelle Citoyenne fut mise en place à Lompret (59) son pilotage a été effectué par le conseil des sages au sein d'une commission pluridisciplinaire qui désigna pour l'accompagner le premier courtier de l'économie sociale et solidaire IDneuves Assurances et sa filiale dédiée Solidaire Assur. Devant la réponse apportée et le succès auprès des populations concernées fut créée Assurance & Solidarité association loi 1901 composée exclusivement de bénévoles. Elle porte les contrats collectifs de complémentaire santé mis en place pour répondre aux besoins et aux attentes des adhérents. Plus de 100 villes et villages sont devenus partenaires de l'association qui au sein de commissions prolonge le caractère participatif auprès de ses adhérents et des élus locaux.

Nous sommes tous égaux devant la maladie,
soyons le aussi concernant les soins inhérents.

CONTACTEZ-NOUS ET PARLONS EN ENSEMBLE

03.20.55.97.01

Assurance & Solidarité

19 avenue Georges Clemenceau

59130 LAMBERSART

E-mail: assuranceetsolidarite@gmail.com

Association loi 1901 enregistrée à la préfecture de Lille
sous le n°W595026726
le 22 octobre 2015.
SIRET: 825 300 130 00010 APE: 9499Z