



Voilà une réforme qui concerne plus de 90% des Français, qui doit progressivement entrer en vigueur dans moins d'un mois et dont plus des deux tiers de nos concitoyens n'ont pourtant jamais entendu parler. C'est l'un des résultats chocs que révèle le sondage réalisé par OpinionWay pour le compte de *L'Argus de l'assurance*. De fait, 70% des personnes interrogées ne savent pas que la réglementation des contrats complémentaires santé dits responsables va fortement évoluer après le 1^{er} avril 2015. Une demi-surprise, dans la mesure où ce sujet, d'une effroyable complexité, n'a fait l'objet d'aucune communication des pouvoirs publics.

Mal informés ou réticents

Et pour cause, diront les professionnels de l'assurance santé, très critiques sur cet encadrement des remboursements, qu'ils jugent néfaste pour les assurés. L'opinion publique réagit en effet très diversement lorsque l'on teste auprès d'elle les nouvelles mesures. Majoritairement d'accord pour enrayer l'inflation du prix des lunettes, les assurés sont

96%

Part de la population couverte par une complémentaire santé, responsable dans 94% des cas.

(SOURCE: HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE)

nettement plus réticents quant au principe d'une prise en charge à deux vitesses des consultations médicales. Les chiffres sont bien plus satisfaisants concernant le second pan de la réforme de la complémentaire santé, annoncé par François

Hollande en octobre 2012. Non seulement la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés est connue de 60% des Français, mais elle est aussi approuvée à 80%. Un score rarissime dans une société que l'on dit si souvent fermée à tout changement... Néanmoins, ces résultats sont à prendre avec précaution. Parmi les 24-49 ans, la tranche d'âge la plus active, près d'une personne sur deux n'est pas au courant de l'échéance de 2016, et le taux de satisfaction tombe à 70%. Si jamais une majorité d'entreprises non couvertes faisait le choix du « panier de soins ANI », à savoir une prise en charge minimale, on peut imaginer un recul encore bien plus net.

■ FRANÇOIS LIMOGES

MÉTHODOLOGIE

■ Le sondage a été réalisé par OpinionWay les 11 et 12 février 2015 auprès d'un échantillon national représentatif de 10 005 personnes âgées de 18 ans et plus.

THINKSTOCK

LA RÉFORME DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Les Français ignorent largement leurs nouvelles « responsabilités »...

SEPT FRANÇAIS SUR DIX NE SONT PAS AU COURANT DE LA RÉFORME DES CONTRATS RESPONSABLES

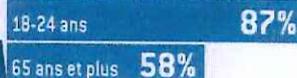
LA MESURE: À COMPTER DU 1^{ER} AVRIL 2015, LES CONTRATS SANTÉ INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DOIVENT REMPLIR DES CONDITIONS PLUS DRASTIQUES (PLANCHERS ET PLAFONDS DE REMBOURSEMENT) POUR BÉNÉFICIER DES AIDES FISCALES ET SOCIALES

Saviez-vous que les remboursements des mutuelles et complémentaires santé vont être modifiés du fait de la réforme dite des contrats responsables ?



OUI 31%

Des écarts selon l'âge ...



... des écarts selon le revenu



SOURCE: SONDAGE OPINIONWAY L'ARGUS DE L'ASSURANCE

L'âge et le niveau de revenu sont les deux critères déterminants pour le niveau d'information, à la différence de la situation familiale. Avec une corrélation linéaire et deux phénomènes distincts. Les cadres sont en général de plus grands consommateurs d'informations. Par ailleurs, comme le souligne Nadia Auzanneau d'OpinionWay (lire ci-dessous), plus on vieillit, plus on est concerné par la problématique santé. D'autant que la cotisation de la complémentaire santé augmente avec l'âge.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- 70 % des Français n'ont pas connaissance des nouvelles règles applicables à 94 % des contrats complémentaires santé.
- Le principe de plafonner les remboursements des lunettes semble largement accepté.
- Les assurés sont divisés sur les nouvelles conditions de prise en charge des consultations médicales.

XAVIER GRANET/OPINIONWAY



NADIA AUZANNEAU, directrice adjointe du département marketing d'OpinionWay

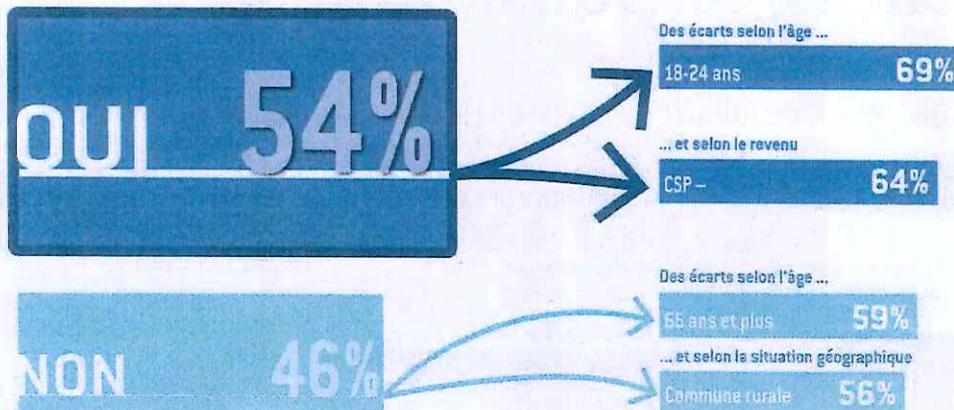
« Les seniors sont davantage concernés »

« La faible connaissance de la réforme des contrats responsables n'est pas étonnante, au vu de la communication minimale des pouvoirs publics. Si les plus de 65 ans sont les mieux informés, c'est qu'ils ont plus de temps pour cela, perçoivent mieux les complexités du dispositif et, surtout, qu'ils se sentent davantage concernés, parce que plus nombreux à être touchés par des maladies chroniques, donc grands consommateurs de soins. Ils sont aussi plus au courant de la généralisation de la complémentaire en entreprise, alors même qu'ils ne sont plus en activité. *A contrario* des jeunes, qui ont de faibles dépenses de soins parce que moins malades. Il s'agit donc d'une approche très pragmatique, que l'on retrouve dans d'autres enquêtes sur la santé : au-delà de la réforme, dans un système très déresponsabilisé, chacun réagit d'abord au regard de sa propre consommation et de ses propres préoccupations. »

UNE FAIBLE MAJORITÉ PRÊTE À PRIVILÉGIER LES MÉDECINS « RAISONNABLES »

LA MESURE : LE NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES EXIGE UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES DÉPASSEMENTS DES MÉDECINS QUI SE SONT ENGAGÉS À MAÎTRISER LEURS TARIFS (SIGNATURE D'UN CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS)

Vous-même et afin d'être mieux remboursé(e), seriez-vous prêt(e) à changer de médecin ?



Assez logiquement, les classes modestes sont les plus enclines à privilégier le niveau de remboursement sur la relation avec le médecin. Résultat qui peut conforter les critiques sur l'instauration d'un système où les plus aisés, notamment via une surcomplémentaire, pourront toujours fréquenter le praticien de leur choix. La mesure est également contestée dans les communes rurales, mais les enjeux sont cependant bien moindres, car les dépassements d'honoraires se concentrent dans les grandes zones urbaines.

UN LARGE CONSENSUS POUR FAIRE ATTENTION AU PRIX DE L'OPTIQUE

LA MESURE : LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION DES CONTRATS SANTÉ RESPONSABLES PLAFONNE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES D'OPTIQUE EN FONCTION DES PROBLÈMES DE VISION

Les Français semblent prêts à aider la ministre de la Santé dans son pari de plafonner les remboursements de l'optique afin que les clients soient beaucoup plus fermes sur les prix. Les nombreuses enquêtes ayant dénoncé les abus dans ce secteur ont sûrement contribué à cette prise de conscience. Notons que le sondage révèle un véritable particularisme de la région parisienne, qui laisse à penser que les coûts de l'optique y seraient bien plus onéreux qu'en province.

Serez-vous plus vigilant lors de votre prochain achat de lunettes, sachant que la réforme prévoit que votre complémentaire santé ne pourra plus les rembourser au-delà d'une certaine somme ?



... les actifs méconnaissent la généralisation de la couverture professionnelle...

PREMIERS CONCERNÉS, MAIS DERNIERS INFORMÉS

Résultat en trompe-l'œil : les Français les mieux informés – et les plus enthousiastes [voire graphique ci-dessous] – concernant la généralisation de la complémentaire santé des salariés sont les cadres, population active la mieux couverte, et les retraités, qui ne sont plus en activité. Bref, deux catégories qui ne sont pas concernées par cette disposition. Le faible score chez les 25-49 laisse à penser que tous les employeurs sont loin d'avoir ouvert ce dossier, en rappelant que certaines dispositions – financement patronal d'au moins 50 % – peuvent également concerner des entreprises déjà équipées.

Êtes-vous au courant de la nouvelle loi qui prévoit que tous les salariés devront avoir une mutuelle ou une complémentaire santé dans leur entreprise au 1^{er} janvier 2016 ?



SOURCE : SONDAGE OPINION/L'ARGUS DE L'ASSURANCE

CADRES... ET RETRAITÉS SONT LES PLUS FERVENTS SUPPORTERS DE LA LOI

Appréciation portée sur la loi de généralisation de la complémentaire santé



SOURCE : SONDAGE OPINION/L'ARGUS DE L'ASSURANCE

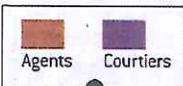
CE QU'IL FAUT RETENIR

- Une majorité de Français est au courant de la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés au 1^{er} janvier 2016.
- Mais les actifs de moins de 50 ans et les catégories socioprofessionnelles inférieures, a priori les plus concernés par la réforme, sont les moins informés et, surtout, les moins séduits.

Les 25-49 ans et les CSP-, autant dire les ouvriers et les employés, apparaissent comme les moins enthousiastes concernant l'assurance santé obligatoire des salariés. C'est au sein de ces deux populations que le taux de rejet est le plus fort et que le qualificatif de « très bonne mesure » recueille le plus faible score – par exemple, 21 % pour les CSP- contre 25 % pour les CSP+.

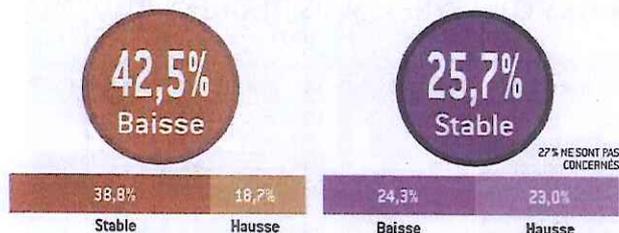
Faut-il le mettre sur le compte d'une méconnaissance de la réforme ou d'une méfiance quant aux conditions de sa mise en place dans un contexte où les avantages sociaux sont rarement revus à la hausse ?

... et pourtant, l'effet ANI est bien réel

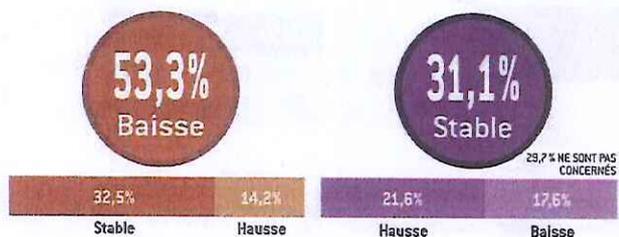


SANTÉ INDIVIDUELLE EN RECUL

AVEC MOINS D'AFFAIRES NOUVELLES...



... ET UN PORTEFEUILLE QUI SE RÉTRACTE



SOURCES : L'ARGUS DE L'ASSURANCE, OBSERVATOIRES DES AGENTS GÉNÉRAUX (COLONNE DE GAUCHE) ET DU COURTAGÉ (COLONNE DE DROITE)

« Je ne subis pas l'ANI »



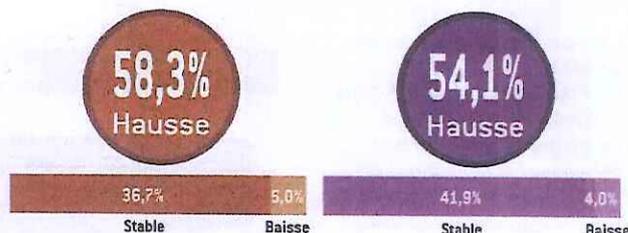
FRANK SAUWALA,
agent MMA
à Versailles, Vélizy
et Sèvres

« Mon chiffre d'affaires en santé individuelle est stable. Si les résiliations du fait de l'ANI sont croissantes, les nouvelles affaires sont en hausse, avec les demandeurs d'emploi en fin de portabilité, les jeunes en insertion professionnelle, les parents qui ne peuvent plus couvrir leurs enfants... Surtout, j'ai décidé d'anticiper cette échéance de 2016. Depuis près de deux ans, nous demandons

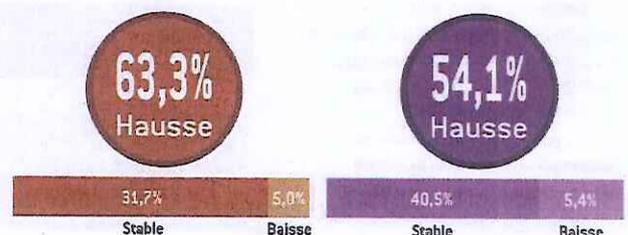
systématiquement à nos assurés salariés le contact de leur employeur et nous démarchons toute notre clientèle professionnelle. Le mouvement est en train de s'enclencher : nous avons des demandes d'information tous les jours, contre deux à trois par mois auparavant. L'accompagnement est primordial. Les chefs d'entreprise sont relativement perdus face à cette échéance, ils ont besoin d'une véritable expertise, d'autant plus avec les contrats responsables. Je ne subis pas l'ANI, bien au contraire. »

BOOM SUR LA COLLECTIVE DES TPE-PME

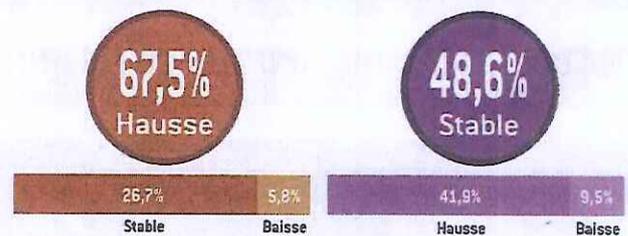
DEMANDES D'INFORMATIONS EN HAUSSE...



... COMME LES DEMANDES DE DEVIS...



... ET LES SOUSCRIPTIONS



SOURCES : L'ARGUS DE L'ASSURANCE, OBSERVATOIRES DES AGENTS GÉNÉRAUX (COLONNE DE GAUCHE) ET DU COURTAGÉ (COLONNE DE DROITE)

MÉTHODOLOGIE

■ Sondages réalisés en février 2015 par *L'Argus de l'assurance* dans le cadre de son Observatoire du courtage et de son Observatoire des agents généraux.

■ Pourcentage des répondants ayant constaté cette évolution.

Agents et courtiers n'ont pas la même position au sujet de la santé collective. Dans notre échantillon, près de 72% des premiers interviennent sur cette activité, contre 62% des seconds. Mais chez ces derniers, le poids de la collective dans leurs commissions est bien supérieur. Cela explique que l'impact de la généralisation de la complémentaire santé soit moindre dans le courtage. Il n'en reste pas moins que les agents apparaissent plus performants sur les souscriptions de TPE-PME, signe de leur motivation à investir plus fortement ce marché.

FRÉDÉRIC BIZARD

Enseignant à Sciences Po Paris

■ Cet économiste spécialiste des questions de santé livre une critique féroce des réformes de la complémentaire santé et plaide pour une réforme systémique.

« Généraliser un système déficient est grotesque »

Que pensez-vous du projet de loi de santé et de la généralisation du tiers payant en particulier ?

Cette loi est inconsistante face à sa raison d'être qui est de définir une stratégie nationale de santé. Elle est cependant en continuité avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de Roselyne Bachelot et accélère la tendance à l'étatisation du système de santé en renforçant les pouvoirs de gouvernance des entités technocratiques de l'État que sont les ARS. Quant à la généralisation du tiers payant, j'y suis opposé car je suis favorable à repenser notre modèle de santé pour l'adapter aux enjeux du XXI^e siècle, ce qui suppose de conserver un paiement direct par les patients pour les soins courants. C'est aussi une mesure opportuniste politicienne, pour ne pas dire démagogique, qui affaiblira l'assurance maladie en augmentant les coûts de remboursements et administratifs. Notre modèle a fait la preuve de sa capacité à délivrer une santé équitable, solidaire et de qualité. Sans être parfait, il reste supérieur aux quatre ou cinq autres modèles existants à travers le monde.

En quoi ?

Il répond à notre vision égalitariste de la société. Les Anglais ont comme objectif de faire au mieux, à partir d'un budget déterminé. Les Français ont comme objectif que chacun reçoive ce dont il a besoin, quel que soit son revenu. C'est ce que nous avons obtenu au XX^e siècle, et ce que nous devons continuer à nous fixer comme objectif. Notre système possède cependant une faille : il n'a pas réduit les inégalités sociales de santé, qui se trouvent en amont du système de soins. Il n'a pas été conçu pour cela, n'intègre pas la prévention ne prend pas en compte les autres déterminants de santé, l'environnement et les comportements individuels. Il faut passer d'un système de soins à un système de santé dans toutes les composantes du système, y compris le financement.

Outre la généralisation du tiers payant, François Hollande avait promis, lors du congrès de la Mutualité française en 2012, une « complémentaire santé de qualité pour tous ». Va-t-on dans cette direction ?

Le système de couverture complémentaire est devenu de plus en plus inégalitaire,

inefficace et coûteux. C'est logique puisqu'il n'a pas été conçu pour le rôle qu'on veut lui donner aujourd'hui. Ceux qui en ont le plus besoin, comme les retraités, sont les moins bien servis, tandis que ceux qui en ont le moins besoin, comme le cadre supérieur de 30 ans travaillant dans une grande entreprise, sont surprotégés. Deuxième élément, nous avons un niveau de reste à charge de l'ordre de 9 %, le plus bas au monde avec les Pays-Bas. Nous devrions donc être les mieux protégés au monde. Ce n'est pas ce que montrent les données internationales de renoncement aux soins, dans le secteur dentaire notamment.

PHOTOS: LAETITIA DUARTE



SON PARCOURS

Diplômé du MBA de L'INSEAD, de l'IEP de Paris, de l'École nationale vétérinaire de Maisons-Alfort et de la faculté de médecine de Créteil, Frédéric Bizard est économiste spécialiste des questions sociales et de santé.

■ **1996-2002 :** Économiste dans le secteur privé aux USA et en Angleterre

■ **Depuis 2003 :** Enseignant à Sciences Po Paris. Économiste conseil en politique de santé

de pays émergents et de stratégie pour diverses institutions publiques et privées.

■ **Juillet 2013 :** Auteur du rapport pour l'Institut Thomas More « *Refonder le modèle social français : Pourquoi ? Comment ?* ».

■ **Juillet 2014 :** Auteur du rapport « *Refonder le système de santé français : 40 propositions pour réformer* ».

■ **Octobre 2015 :** Sortie du livre « *Santé : conduite du changement* », Éditions Dunod.

La généralisation de la complémentaire santé était censée corriger des inégalités, en couvrant des salariés qui ne l'étaient pas... Généraliser un système déficient qui couvre déjà 96 % de la population est un objectif grotesque, là encore de nature politicienne. Cela va en fait aggraver les choses. Il y aura un transfert d'assurés de l'individuel vers le collectif qui se traduira par une moindre mutualisation dans les contrats individuels et donc leur renchérissement. Les petites entreprises qui souscriront sous la contrainte un contrat collectif se contenteront de remplir leurs obligations avec des contrats d'entrée de gamme. On voit toutes les limites de l'intervention de l'État

dans la gestion de contrats privés. C'est aussi le cas sur les contrats responsables dont les plafonnements vont instaurer un système à deux vitesses, avec une médecine *premium* réservée aux plus aisés qui pourront assumer des restes à charge élevés ou une surcomplé-

« Le système de couverture complémentaire est devenu de plus en plus inégalitaire, inefficace et coûteux. »

mentaire, et une médecine *low cost* pour la masse. Cette démutualisation du financement des soins courants va désolvabiliser une partie de la classe moyenne. Alors que ce n'est pas l'objectif de l'État certes, cette mesure est une vraie régression dans l'égalité d'accès financier aux soins et une réduction de la liberté de choix et de négociation des contrats.

Ces réformes sont donc contre-productives ? Tout cela a un sens politique. Vous avez la haute fonction publique et une caste de décideurs qui sont persuadés qu'il faut mettre fin au modèle mixte pour tous à la française. Ils sont convaincus que l'on arrivera à un ...

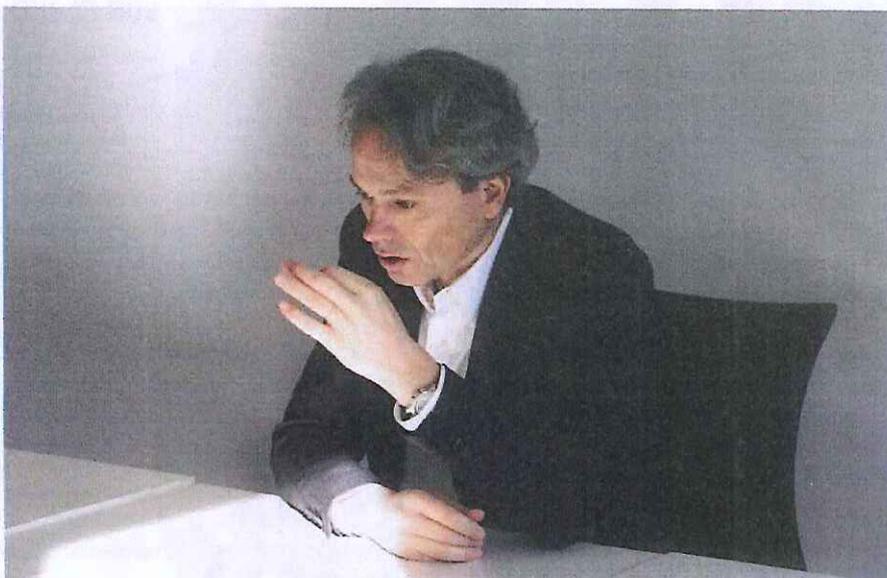
... système beaucoup moins cher, en le comparant au système anglais qui coûte 50 Md€ de moins, mais génère des inégalités d'accès aux soins de la population inacceptables pour notre société. Si on va au bout de cette logique d'étatisation du système, c'est extrêmement contre productif pour les opérateurs privés, car ils n'ont plus leur place au cœur du processus, ou alors juste pour financer et soigner une petite partie de la population qui en aura les moyens. Autant je suis critique à l'égard du système actuel de complémentaire santé, autant je suis favorable à conserver une vraie place aux opérateurs privés, à condition qu'ils agissent dans des conditions et dans l'esprit de délégation de service public.

Que préconisez-vous alors ?

J'ai écrit en 2014 pour les pouvoirs publics un rapport sur la refondation du système de santé qui doit sortir sous la forme d'un livre en octobre prochain. Pour adapter notre modèle à l'environnement du XXI^e siècle, cette refondation doit concerner toutes les composantes que sont l'organisation des soins, la gouvernance, le système de financement, les modes de paiement et l'action sur les comportements individuels. Concernant le financement, au lieu du cofinancement actuel par les régimes obligatoires et complémentaires, je propose la mise en place d'un seul financeur public pour un panier de soins solidaire, et un seul financeur privé pour le panier de soins individuel, avec une part de paiement direct par les patients qui en ont les moyens. Un seul financeur par soin rendra le système plus lisible, ce qui permettra aux Français d'être plus actifs et autonomes. C'est une condition incontournable de tout système de protection sociale. Pour les financeurs privés, je propose l'élaboration d'un contrat homogène standard obligatoire de base, avec une mise en concurrence par le prix, avec une assurance supplémentaire obligatoire.

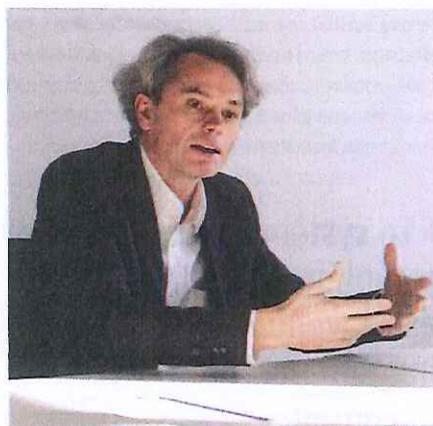
Que mettez-vous dans ces paniers de soins ?

Il ne m'appartient pas, en tant qu'économiste, de dire avec précision ce qu'il devrait y avoir dans chacun des paniers de soins. C'est à la nouvelle gouvernance, fondée sur une démocratie sociale moderne autour de l'assurance maladie, d'en décider du contenu avec les conseils d'experts comme la HAS. Mais le



« Un seul financeur par soin rendra le système plus lisible, ce qui permettra aux Français d'être plus actifs et autonomes. »

panier de soins obligatoire devra probablement se focaliser sur le gros risque et une partie des services de gestion en amont du risque santé, dont la prévention. Ensuite, pour le panier de soins individuel financé par les opérateurs privés, il doit intégrer ce que la puissance publique estime nécessaire de rendre accessible à tout le monde. Ce qui différencie ces contrats, c'est le prix. Là est l'intérêt d'avoir



des acteurs privés : ils sont mis en concurrence de telle sorte que les plus efficaces ont les prix les plus bas. Un deuxième étage serait constitué de contrats affinitaires, facultatifs, que chacun est libre de souscrire ou pas, et que chaque organisme d'assurance est libre de proposer pour améliorer la qualité de vie et la gestion du risque de ses assurés. Mon système prend en compte ce qu'il est nécessaire de faire mais aussi ce qui est possible et réaliste compte tenu de la situation actuelle.

La concentration des complémentaires santé, qui prend aujourd'hui une nouvelle dimension, peut-elle rendre ce secteur plus efficace ?

Elle me paraît plutôt défensive et motivée surtout pour faire survivre le système actuel, pourtant sans avenir. J'aimerais convaincre les décideurs des organismes complémentaires que nous sommes en fin de cycle et que c'est une réforme systémique, structurelle dont nous avons besoin. Il sera intéressant de voir si la vague actuelle de rapprochements, en particulier celui entre Harmonie Mutuelle et MGEN, sera l'amorce d'un renouveau ou la chronique d'une mort annoncée du mouvement mutualiste dans la santé. Cette dernière serait un réel affaiblissement de la protection sociale de notre pays. Si on laisse le système actuel perdurer et donc périr, on en prend pourtant le chemin.

■ PROPOS RECCUEILLIS PAR LAURE VIEL

Stratégie - Complémentaires santé - Mutuelles d'assurances

Covéa et Macif à l'épreuve du collectif

■ Très présents jusqu'alors en santé individuelle, les deux groupes mutualistes se repositionnent face au défi de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise.

La meilleure des défenses, c'est l'attaque. Après s'être développées depuis plusieurs années sur le marché de la complémentaire santé, en particulier individuelle, les mutuelles d'assurances sont poussées à l'offensive sur le terrain de la collective. Et pour cause : la complémentaire santé pesait pour près de 10 % du chiffre d'affaires de Covéa (GMF, Maaf et MMA) en 2013, soit 1,475 Md€ (+ 4,5 %) dont les deux tiers réalisés en individuelle. Un ratio proche pour le groupe Macif, avec près de 550,92 M€ de cotisations (+ 12 %), dont 80 % en individuel. À moins d'un an de la généralisation, au 1^{er} janvier 2016, de la complémentaire santé à tous les salariés (accord national interprofessionnel de janvier 2013), les deux poids lourds mutualistes affichent donc leurs ambitions en collective. D'autant que leurs portefeuilles seront secoués par le choc de l'ANI. Le groupe Macif estime qu'environ un tiers de son portefeuille en santé individuelle sera concerné. Sans donner de chiffres, Covéa indique s'attendre à un impact significatif : « Comme nous avons une clientèle individuelle plutôt jeune chez Maaf

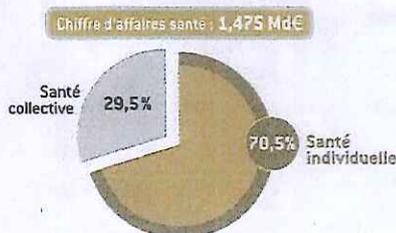


COVÉA

« Ceux qui achètent des parts de marché de manière trop offensive les perdront lorsqu'ils voudront redresser les équilibres techniques des contrats. Chez Covéa, nous avons une stratégie volontariste, patiente et prudente pour saisir l'opportunité de l'ANI, dans des conditions techniques raisonnables. »

Didier Bazzocchi, directeur général santé et prévoyance de Covéa

LA SANTÉ REPRÉSENTE PRÈS DE 10% DU CHIFFRE D'AFFAIRES 2013 DE COVÉA



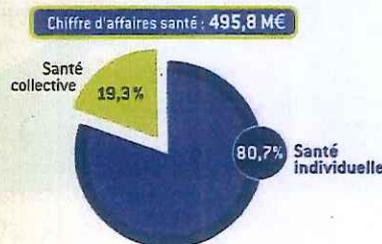
MACIF

« Nous avons constaté que l'institution de prévoyance AG2R-Macif Prévoyance ne capte pas l'intégralité des affaires du partenariat. »

Dès lors, nous étudions les moyens d'optimiser notre modèle. »

Fred Vianas, directeur du pôle santé-prévoyance du groupe Macif

MÊME PROPORTION, MAIS MACIF MUTUALITÉ ACCUSE 10 POINTS DE MOINS EN COLLECTIVE



et MMA [la GMF n'est présente qu'en individuel, NDLR], c'est une part significative de nos portefeuilles individuels qui sera concernée par l'ANI, en particulier sur la tranche 20-60 ans où le turn-over est le plus important, à la différence de la clientèle senior, plus stable», souligne Didier Bazzocchi, directeur général santé et prévoyance de Covéa.

Produits hybrides et surcomplémentaires

Dans ce contexte, les mutuelles d'assurances se sont structurées pour se préparer à ce nouvel environnement. Au-delà de Macif

Mutualité, le groupe mutualiste a musclé son pôle santé-prévoyance en intégrant des mutuelles interprofessionnelles et professionnelles (MNFCT, MPIBM et MNPAF), ou, plus récemment, avec la fusion en cours entre la Smip et la Smam, mutuelle rochelaise spécialisée en collective (280 000 personnes protégées et 171,7 M€ de chiffre d'affaires). Sans compter le partenariat avec AG2R-La Mondiale et l'institution de prévoyance AG2R Macif Prévoyance, à l'œuvre depuis 2011 et dont l'ensemble a généré 75 M€ de chiffre d'affaires en 2014, dont

80 % en dehors de l'institution de prévoyance. « Le partenariat fondé avec AG2R-La Mondiale repose sur une approche qui vise à répondre aux appels d'offres des branches, principalement dans les secteurs de l'économie sociale. La Macif s'appuie également sur les relations nouées avec les organisations syndicales », indique Fred Vianas, directeur du pôle santé-prévoyance du groupe Macif.

Au sein de Covéa, en revanche, la stratégie repose sur un partenariat opérationnel étroit entre, d'un côté, l'institution de prévoyance Apgis et la mutuelle SMI,

POIDS ÉCONOMIQUE

- Chiffre d'affaires 2013 : 15,525 Md€
- 3 165 000 personnes couvertes

RANG	ENTITÉ	CHIFFRE D'AFFAIRES (Md€)
1	Groupe Istya	2 362,0
2	Union Harmonie Mutuelles	2 320,6
3	Groupama Gan	1 886,9
4	Axa	1 785,0
5	Groupe Malakoff Médéric	1 579,2
6	Groupe Humanis	1 541,0
7	Covéa	1 475,0
8	Groupe BTP Prévoyance	1 454,0
9	Allianz	1 392,0
10	AG2R La Mondiale	1 246,0
11	Swiss Life Prévoyance et Santé	1 028,2
12	La Mutuelle Générale	806,0
13	Generali	798,0
14	Eovi MCD Mutuelle	709,3
15	Groupe des Assurances du Crédit Mutuel	603,0
16	Groupe Apicil	581,5
17	Unéo	573,3
18	Klesia	572,4
19	MNH	569,3
20	Adrea Mutuelle	557,0
21	Macif Mutualité	495,8
22	Crédit Agricole Assurances	475,0

TOP 30 SANTÉ

- Chiffre d'affaires 2013 : 5,69 Md€
- Chiffre d'affaires santé : 550,92 M€⁽¹⁾
- 957 266 personnes couvertes

1. Macif Mutualité et activités santé des autres entités du pôle santé-prévoyance (Smip, MNFCT...)

ENTITÉS ET PARTENARIATS

- GMF (santé individuelle)
- Maaf
- MMA
- Aggis : institution de prévoyance, dont 80 % de l'activité provient de la santé (adhésion fin 2011)
- SMI : mutuelle dont 80 % de l'activité sont réalisés en collective (adhésion fin 2013)

- Macif Mutualité
- Smip et Smam (fusion prévue en 2015)
- AG2R Macif Prévoyance : institution de prévoyance, outil du partenariat entre AG2R-La Mondiale et Macif depuis 2011 (appels d'offres de branche)
- Mutuelle nationale des fonctionnaires des collectivités territoriales (MNFCT)
- Mutuelle du personnel IBM (MPIBM) : intégration au 1^{er} janvier 2013
- Mutuelle nationale des personnels d'Air France (MNPAF) : intégration fin 2013

DISTRIBUTION

- 1 700 agents généraux MMA et 600 points de vente Maaf
- 2 200 courtiers partenaires de MMA (dont une centaine provenant de SMI)
- Plateaux de vente à distance

- 530 points d'accueil
- Téléconseillers
- Smam Assurance, réseau de courtage de Smam Mutuelle (2 200 courtiers, dont 1 000 en collectif)
- BPCE⁽¹⁾ : 8 000 conseillers

1. Le groupe Macif détient 25 % de BPCE Assurances

chargées de la production, et, de l'autre, les enseignes historiques, Maaf et MMA, chargées de la distribution.

Quant à la construction des offres « ANI-compatibles » (conformes au panier de soins obligatoire), les deux groupes mutualistes comptent s'appuyer sur des produits hybrides composés d'une couverture collective de base complétée par des garanties optionnelles individuelles. « Nous avons souhaité conserver un trait d'union entre l'individuel et le collectif, synthèse de ce que nous savons faire. Nous anticipons un mouvement de marché hybride.

Voilà pourquoi nous travaillons à la modularité et l'accessibilité de nos offres », précise Fred Vianas. La Macif affiche de sérieuses ambitions, puisqu'elle vise 1 Md€ de cotisations pour 2 millions de personnes couvertes à fin 2015. Du côté de Covéa, les objectifs de chiffre d'affaires ne sont pas communiqués. Mais le volume n'est de toute évidence pas la seule préoccupation. Il existe aussi une volonté de compenser une rentabilité des contrats collectifs inférieure à celle des contrats individuels : « Une fois le contrat d'entreprise signé, les réseaux commerciaux proposeront aux

salariés des surcomplémentaires pour les équiper correctement », indique Didier Bazzocchi.

Densifier et diversifier les réseaux

Reste que le nerf de la bataille commerciale entre mutuelles sans intermédiaires, mutuelles 45, institutions de prévoyance et bancassureurs sera la distribution. D'autant que la compétition risque d'être rude sur les cibles non équipées, à savoir un marché global de 600 000 TPE-PME occupant quelque quatre millions de salariés. Pour y parvenir, les mutuelles d'assurances ont

tendance à densifier leurs réseaux. Depuis le 1^{er} janvier 2015, les agents généraux MMA ne sont plus tenus à l'accord d'exclusivité à l'égard de Quatrem en collective et ont la possibilité, au même titre que leurs 2 200 courtiers partenaires, de proposer les offres que MMA porte avec l'Aggis pour les risques standards (TPE) et avec SMI pour les contrats sur mesure (PME-ETI). De son côté, Macif pourra bénéficier, en complément de BPCE et de son propre réseau, de l'apport du courtage grâce à Smam Mutuelle. La cote des courtiers est à la hausse.

■ SÉBASTIEN ACEDO

Tarification - Actulaires - Antisélection

La surcomplémentaire, entre eldorado

■ Entre l'ANI et la réforme des contrats responsables, le contexte semble favorable au développement des surcomplémentaires, proposées de manière quasi systématique. Le secteur espère y trouver une source de revenu susceptible de compenser l'érosion de l'assurance individuelle. Mais le contenu des offres et leur modèle économique posent encore question.

La surcomplémentaire avenir de la complémentaire ?

Difficile de dire s'il existe vraiment une demande pour des assurances surcomplémentaires santé. « Jusqu'à présent, on ne parlait pas beaucoup de surcomplémentaire, ce n'était pas une tendance du marché », remarque Jacques Nozach, conseiller au cabinet d'actulaires Actuaris, fort d'une longue carrière de dirigeant d'institutions de prévoyance. Hormis les options fréquentes dans les plus grands contrats collectifs et les accords de branche (boulangerie, hôtels-café-restaurants), les garanties surcomplémentaires sont restées un marché de niche, impossible à chiffrer avec précision.

Seules les études montrent une certaine appétence des Français. Selon une enquête menée en 2012 par l'Institut de recherches et de documentation en économie de santé (Irdes), 69 % des salariés déclarent avoir choisi la couverture la plus élevée lorsque plusieurs niveaux leur sont proposés en collectif. En mars 2014, Deloitte relevait « le potentiel très intéressant » de la surcomplémentaire santé. Une enquête d'opinion menée par l'Ifop pour ce cabinet de conseil indiquait que 49 % des



Français pourraient avoir recours à une surcomplémentaire pour améliorer la prise en charge de leurs dépenses de santé, 26 % pouvant aussi y avoir recours pour profiter de nouveaux services.

Un sondage réalisé par Opinion Way pour la Maaf en novembre 2014 auprès de 1 000 salariés et 400 patrons de très petites entreprises (TPE, de 1 à 9 salariés) traduisait une inquiétude précise : 60 % des salariés se disaient prêts à souscrire une surcomplémentaire si le niveau de la couverture proposée par leur employeur leur semblait insuffisant. Une crainte à confronter à un autre résultat de cette étude, selon laquelle 56 % des dirigeants interrogés envisageaient de ne proposer qu'une couverture *a minima*.

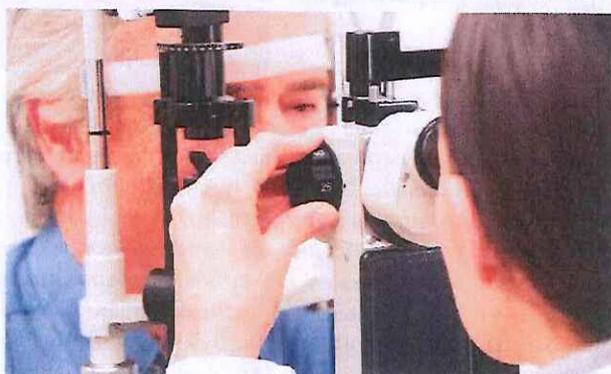
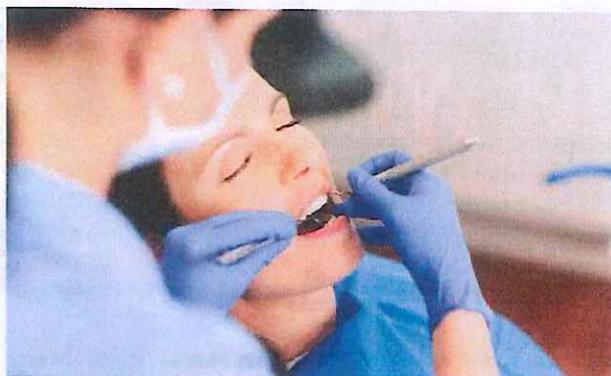
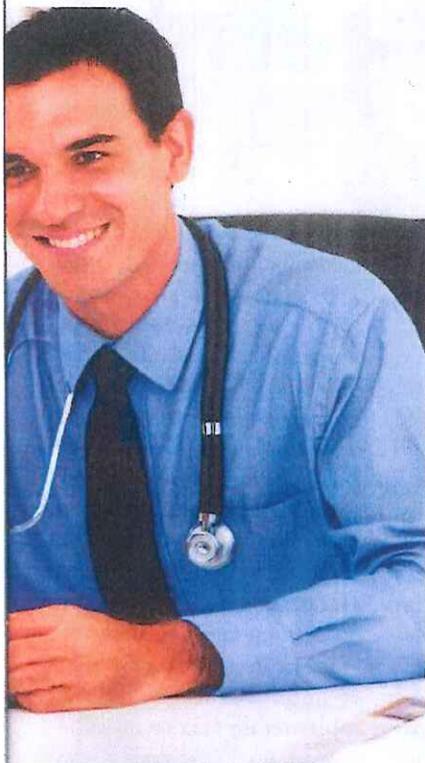
Une surcomplémentaire pour quoi faire ?

À ce jour, les surcomplémentaires étaient principalement de deux types. D'une part des garanties optionnelles renforçant la base au sein de contrats collectifs - une logique susceptible de concerner aussi bien l'optique que le dentaire, les consultations de soins de ville ou l'hôpital. D'autre part, des offres individuelles. Elles portaient non seulement sur les postes mal remboursés par l'Assurance maladie, mais aussi sur les prestations dites « de confort », les médecines « douces » ou « alternatives ». La liste en est longue : acupuncture, ostéopathie, thalassothérapie, coaching santé, patches de

60 %

Le pourcentage de salariés prêts à souscrire une surcomplémentaire si le niveau de la couverture proposée par leur employeur leur semblait insuffisant, selon un sondage Opinion Way pour la Maaf.

et mirage



sevrage tabagique. C'est le domaine de l'innovation au pouvoir : parmi les offres les plus originales, on a pu voir la Mutuelle UMC intégrer en 2010 un forfait «luminothérapie» qui rembourse à hauteur de 100 € l'achat d'un appareil s'il est recommandé par un médecin. La surcomplémentaire de demain devrait revenir aux fondamentaux, comme semblent l'indiquer les annonces qui se succèdent depuis quelques mois. En novembre, Adrea Mutuelle a lancé une gamme de surcomplémentaires santé, baptisée Surco'Adrea, qui comprend cinq niveaux de garanties améliorant les remboursements sur les postes de besoins essentiels comme les consultations,

l'optique ou le dentaire – les deux derniers incluant notamment les opérations de l'œil ou l'orthodontie pour adulte. En janvier, le groupe de protection sociale Apicil a lancé Apicil Profil Santé, une offre destinée aux TPE et PME. Composée de onze niveaux de garanties, elle propose dès le troisième un «pack confort» incluant acupuncture, diététique, sevrage tabagique, etc. Chez le courtier Alptis, la nouvelle Complémentaire Santé Entreprise (CSE) peut être renforcée par trois packs, dont l'un améliore les remboursements en matière de dépassements d'honoraires ou de chambre particulière à l'hôpital. Certains acteurs annoncent clairement des limites. Il s'agit essentiellement de mutuelles du

livre II, qui préfèrent se contenter de garanties optionnelles facultatives restant liées au contrat socle. Présentant fin janvier sa nouvelle offre collective dédiée aux TPE, Macif Mutualité a ainsi clairement affirmé qu'elle ne proposerait pas d'assurance surcomplémentaire dépassant le plafond des contrats responsables.

À quel prix les vendre ?

Comment tarifier une surcomplémentaire ? Le sujet taraude les actuaires. Dans le domaine de la tarification aussi, l'accord national interprofessionnel de janvier 2013 est venu bousculer les repères. «*Avant l'ANI, nous tarifions du collectif ou de l'individuel. Demain, nous allons ...*



« Jusqu'à présent, on ne parlait pas beaucoup de surcomplémentaire, ce n'était pas une tendance du marché. »

Jacques Nozach, conseiller au cabinet d'actuaire Actuaris

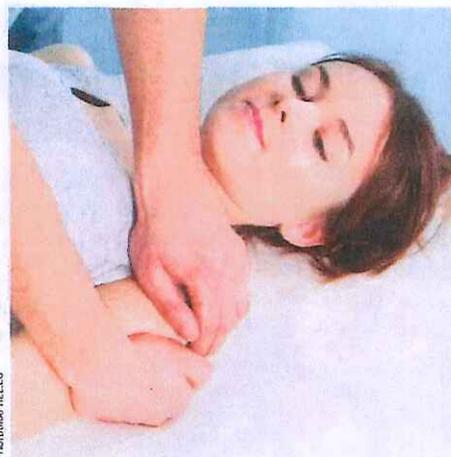


« Dans la surcomplémentaire, la proportion de faibles, moyens et forts consommateurs diffère par rapport à ce que l'on observe sur les garanties de base. »

Cécile Paradis, actuaire et directrice produits prévoyance et santé chez Actuaris

... tarifier des surcomplémentaires avec des bases collectives obligatoires de bas niveau», explique Cécile Paradis, actuaire et directrice produits prévoyance et santé chez Actuaris. Les approches évoluent donc, dans la mesure où, au lieu de contrats hier difficilement comparables, une multitude d'acteurs vont attaquer le marché du « petit collectif » dédié aux TPE-PME, un produit totalement comparable sur lequel ils se livrent à une guerre des prix assez forte, et auquel pourront s'ajouter des surcomplémentaires. « Il y a donc bien un sujet concernant ces dernières, mais il s'englobe dans cette transformation du marché », poursuit Cécile Paradis.

Elle fait état d'une évolution en profondeur des approches de tarification : « Nous avons beaucoup travaillé l'an dernier sur des modèles statistiques d'analyse du profil du consommateur sur un portefeuille de 800 000 personnes. Ces profils permettent d'évaluer le bon tarif des surcomplémentaires en partant du principe que les faibles consommateurs vont moins se couvrir à l'inverse des plus forts consommateurs. Aujourd'hui, nous travaillons égale-



PHOTODISC/PHOTOFEST



STIMMETS/GETTY IMAGES

ment sur le panier de soins ANI : tout le monde cherche à proposer le meilleur tarif. Il me semble important de conserver une segmentation des tarifs pour intégrer les différences de consommations observées en fonction des catégories socioprofessionnelles, de la proportion d'hommes et de femmes dans l'entreprise, de la localisation. Nous pouvons encore optimiser nos modèles en intégrant d'autres variables externes, comme la densité médicale ou les niveaux de revenus, ou le taux de chômage, dont on sait qu'ils ont un impact sur la consommation médicale de certains. Nous testons des variables. »

La surcomplémentaire est-elle rentable pour les organismes d'assurances ?

Pour les gens du marketing, l'assurance surcomplémentaire devient l'un des derniers espaces de liberté et d'innovation. Les actuaires voient les choses d'un tout autre œil, car la surcomplémentaire présente un risque d'antisélection élevé. Les modèles d'analyse de données utilisés par le cabinet Actuaris pour la tarification lui ont aussi permis de cerner ce risque. « Dans la surcomplémentaire, la proportion de faibles, moyens et forts consommateurs diffère par rapport à ce que l'on observe sur les garanties de base. Il y aura davantage de forts consommateurs sur les produits de plus haut de gamme, individuels ou collectifs », explique Cécile Paradis. Ainsi, le coefficient d'antisélection atteint 40 % pour des surcomplémentaires complètes très haut de gamme, entre 30 et 40 % pour des renforts élevés sur un poste, entre 10 et 20 % pour des surcomplémentaires complètes de moyen à haut de gamme et entre 5 et 10 % sur des produits complets de milieu à bas de gamme. De quoi rencherir sérieusement les

contrats par manque d'équilibre technique. Dans ce contexte, « le seul moyen de limiter l'antisélection est de proposer des surcomplémentaires "complètes" de niveau modéré », remarque Cécile Paradis.

Les opérateurs ont aussi intérêt à rester sur des niveaux modérés pour ne pas dépasser le plafond des contrats responsables. Faute de quoi, leur offre se verrait appliquer un taux de taxe spéciale sur les conventions d'assurance de 14 %. Entre la TSCA, la taxe CMU à 6,27 %, des frais de gestion et d'acquisition supérieurs à ceux du contrat de complémentaire de base, on pourrait atteindre des taux de chargement de l'ordre de 30 %, voire plus.

Cela va-t-il de rendre les surcomplémentaires dissuasives ?

« Tout dépend de ce qu'il y aura dedans. S'il s'agit de couvrir des restes à charge importants, un tel prélèvement sera supportable pour l'assuré », répond Jacques Nozach. Mais il faut tout de même tout faire pour réduire l'antisélection. Car, sinon, « l'industrie de l'assurance n'y trouvera pas forcément son compte ».

■ LAURE VIEL

UN CADRE JURIDIQUE CLAIR

■ Avec la parution, le 5 février, d'une circulaire de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) précisant les règles que les contrats responsables doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales et sociales, les surcomplémentaires ont enfin un cadre clair. La DSS stipule que « le respect des critères de responsabilité [...] s'apprécie pour chaque contrat ». Ainsi, un contrat surcomplémentaire qui ne respecterait pas les règles des contrats responsables, par exemple en dépassant les plafonds de prise en charge des dépassements d'honoraires, ne rendrait pas le « contrat socle » [celui qui intervient après la Sécurité sociale] non responsable. Entre autres précisions, la circulaire établit une distinction claire entre les garanties optionnelles et les surcomplémentaires : « Un contrat avec des options est un contrat unique. Les options souscrites dans le cadre d'un contrat ne constituent pas un contrat juridiquement distinct dudit contrat », peut-on y lire.

Mutuelles - Courtiers - Accès aux soins

Quand les communes réinventent la solidarité

■ Coup de communication ou réelle volonté sociale, la négociation de complémentaires santé par les élus pour les habitants de leur commune leur demande de bien réfléchir aux besoins. Trouver le bon contrat peut donc être complexe.

Plus d'un Français sur quatre « a renoncé à au moins un soin pour raisons financières » et ce sont « plus fréquemment » des personnes sans complémentaire santé, selon une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), parue en 2014. Les élus des communes constatent au quotidien ce non-recours au soin. Certaines collectivités ont décidé d'agir en proposant une complémentaire santé à leurs administrés. L'idée est parfois devenue un argument fort sur les professions de foi des candidats lors des élections municipales de mars 2014. Aux heureux élus, il a fallu ensuite mener des démarches pour trouver le bon contrat. Mais leur cahier des charges s'est parfois révélé imprécis. « Ils ciblent souvent les retraités, parlent d'une garantie spécifique, mais, en fait, sans évoquer de besoins spécifiques », observe Daniel Theiller, responsable région Centre-Ouest de la mutuelle Intégrance. De fait,

les collectivités méconnaissent souvent les modèles des complémentaires santé. Il n'est donc pas étonnant que le groupement de courtiers Sofraco voie affluer les demandes de communes, intéressées par son offre « clés en main ».

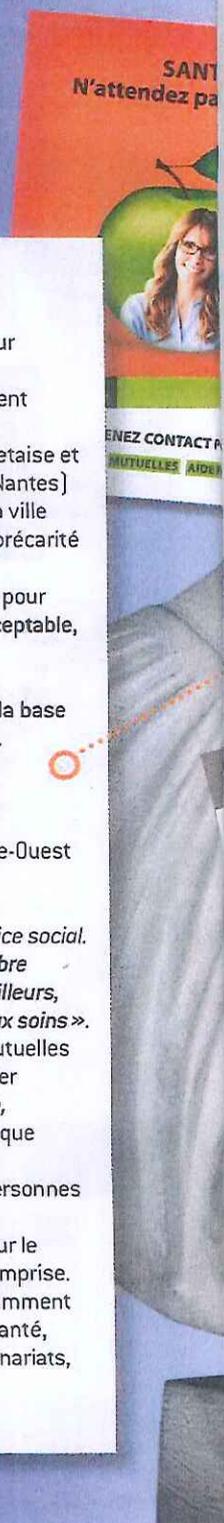
Adaptation mutuelle au changement

Contrats réservés aux habitants d'une commune ou à certains publics, issus d'une ou plusieurs structures, l'assurance santé et les valeurs mutualistes sont réinventées sur le terrain. Toutefois, le bouleversement réglementaire en cours - la nouvelle procédure de sélection des contrats ouvrant droit à l'aide à la complémentaire santé (ACS) mise en place à partir du 1^{er} juillet, la réforme des contrats responsables et l'obligation pour chaque entreprise de mettre en place une complémentaire santé collective à partir du 1^{er} janvier 2016 - devrait inciter les collectivités et leurs partenaires à adapter leur copie.

■ FABIENNE COLIN ET LAURE VIEL

À NANTES, LES PRÉCAIRES SONT ORIENTÉS VERS CINQ CONTRATS

■ Nantes a travaillé plus de deux ans pour concevoir son dispositif d'aide à l'accès aux soins. Ce dernier comprend notamment cinq contrats issus de quatre mutuelles (Harmonie Mutuelle, Intégrance, La Choletaise et Mutuelle des cheminots de la région de Nantes) vers lesquelles les services sociaux de la ville orientent les personnes en situation de précarité depuis fin 2012 [lire L'Argus n° 7289]. Ce panel de garanties, voulu par les élus pour proposer à la fois un choix et un prix acceptable, est le fruit d'un appel à partenariats. Le document décrivait un contrat idéal, avec une liste de garanties établies sur la base d'une moyenne des offres de mutuelles. Aujourd'hui 180 contrats ont été signés. « Cela répond à un besoin particulier, de personnes en précarité », se réjouit Daniel Theiller, responsable région Centre-Ouest d'Intégrance, qui précise protéger plus de 130 bénéficiaires. « Il s'agit d'un partenariat global, qui passe par un service social. Notre objectif prioritaire n'est pas l'équilibre technique, qui peut être compensé par ailleurs, mais de répondre à un besoin d'accès aux soins ». D'ailleurs, la démarche demande aux mutuelles partenaires un investissement particulier de proximité. « En termes de pédagogie, cela prend beaucoup de temps », remarque Daniel Theiller. Dans une seule journée, une salariée d'Intégrance a reçu cinq personnes illettrées. L'équipe doit alors s'adapter, notamment en ciblant son explication sur le besoin du moment pour espérer être comprise. Compte tenu du contexte juridique, notamment au sujet de l'aide à la complémentaire santé, Nantes prépare un nouvel appel à partenariats, prévu en juin. Il devrait mettre l'accent sur la qualité du travail de proximité.





CAUMONT-SUR-DURANCE INSPIRE D'AUTRES COMMUNES DE SA RÉGION

■ C'est sans doute la ville qui a le plus fait parlé d'elle à propos de sa « mutuelle communale ». Quand Caumont-sur-Durance (Vaucluse) se rend compte qu'un nombre croissant de ses 4 600 administrés renonce aux soins faute de moyens pour financer une complémentaire santé, l'élue chargée des Affaires sociales prend le taureau par les cornes. Le processus a été long. Tout d'abord, un questionnaire est publié dans le bulletin municipal pour cerner les attentes. Puis un comité de pilotage est mis en place. Il rédige un cahier des charges adressé à plusieurs mutuelles pour trouver une offre spécifique ouverte à tous les Caumontois. Un accord est finalement trouvé avec la Mutuelle générale d'Avignon, qui propose depuis fin 2013 une garantie à prix unique (47 €). Aujourd'hui, « environ trois cents familles en bénéficient », explique Nathalie Meyer, directrice de MGA. Sollicitée par d'autres élus, la mutuelle a, depuis, créé une nouvelle offre mutualisée dans plusieurs communes de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Cheval Blanc, La Bastide-des-Jourdans et Mourières ont déjà été séduites. Organisée autour de cinq garanties et quatre tranches d'âge, son tarif va de 14 à 84 € par mois. Des prix qui nécessitent beaucoup de pédagogie : encourager à faire établir des devis de soins, à recourir à des médecins de secteur 1...

- Une garantie au prix unique de 47 € mise en place avec la Mutuelle générale d'Avignon
- 300 familles adhérentes

- Cinq contrats de quatre mutuelles (Harmonie Mutuelle, Intégrance, La Choletaise, Mutuelle des cheminots de la région de Nantes) sélectionnés
- 180 adhésions

- Trois garanties standards proposées par le groupe de courtiers Sofraco et portées par deux mutuelles, Miel Mutuelle et Pavillon Prévoyance.
- 102 communes clientes, dont Bayonne (46 000 habitants).

UNE OFFRE CLÉS EN MAIN CHOISIE PAR PLUS DE CENT COMMUNES

■ Il n'en revient toujours pas. « Nous avons reçu 680 visites en trois jours au Salon des maires ! », s'enthousiasme Renaud Berezowski, président de l'association d'assurés Actions de mutualisation pour l'amélioration du pouvoir d'achat (Actiom). Celle-ci a choisi comme partenaire le groupe Sofraco, qui rassemble plus d'une centaine de courtiers en assurance de personnes. L'histoire est récente. Juste après les municipales de mars 2014, des nouveaux maires en quête d'une mutuelle communale contactent des courtiers de Sofraco. Dans la foulée, Sofraco monte un modèle et lance un appel à candidatures auprès d'une dizaine de structures. Les offres de Miel Mutuelle et Pavillon Prévoyance sont retenues. Dès l'automne, Actiom a pu proposer à tous les citoyens des collectivités partenaires trois niveaux de garantie, scindés en trois tranches d'âge, sous le nom de Ma commune, Ma santé.

Le processus est simple. Sans prendre le moindre engagement, la commune signe une lettre d'accréditation et organise une réunion d'information. Ensuite, le courtier référent Sofraco assure des permanences et le suivi des dossiers. Début février, 102 communes avaient déjà signé, dont Bayonne et Lostanges, respectivement de 46 000 et 129 âmes. « Compte tenu du temps de mise en place du système, je suis surpris du nombre d'affiliations », explique le directeur général de Miel Mutuelle, Didier Courier. Actiom et son partenaire Sofraco estiment le potentiel d'affiliés entre 10 000 et 30 000. Mais d'ici là, il faudra s'adapter au nouveau cadre réglementaire de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Face au succès de l'offre, Ma Commune Ma Santé voudrait se doter d'une plate-forme d'appels entrants.

Santé - Objets connectés

Les nouvelles frontières de l'e-santé

■ Les objets connectés et les applications mobiles investissent le terrain de la santé et du bien-être. Le Conseil de l'ordre des médecins et la Cnil restent vigilants.

Les chiffres donnent le tournis : 15 milliards d'objets connectés sont en circulation à travers le monde. Ils seront probablement cinq à six fois plus nombreux dans cinq ans. Sigfox, la *start up* toulousaine spécialiste de la connectivité des objets, vient de lever 100 M€ pour accélérer son développement international. Demain, tous nos objets seront connectés : de la voiture qui se conduit toute seule aux vêtements maintenant le corps à une température constante en passant par le collier pour chien capable de mesurer sa faim et son bonheur...

La santé et le bien-être sont des champs d'investigation particulièrement féconds. C'est ainsi qu'un vrai sportif ne peut plus courir sans son bracelet mesurant les distances qu'il parcourt, la longueur de ses foulées, son rythme cardiaque, ses dépenses caloriques, l'historique de ses entraînements... S'il lui permet de partager ses performances sur les réseaux sociaux, c'est encore mieux!

Plus qu'une mode...

Simple gadgets? Bien sûr que non : les *trackers* d'activité peuvent aussi mesurer et analyser votre poids, votre indice de masse grasse, votre rythme cardiaque, votre taux de glycémie, votre capacité respiratoire, la qualité de votre sommeil, votre



Ce glucomètre *design* et ultraléger permet à une personne diabétique de mesurer en temps réel son taux de glucose, d'en suivre l'évolution sur son smartphone et de recevoir une alerte au moment de ses prises de médicament. Lancé par iHealth, Align n'est encore commercialisé qu'aux États-Unis mais ne devrait pas tarder à arriver en France.

IHEALTH ALIGN :
LE NOUVEL AMI DES DIABÉTIQUES

niveau de stress... Ils aident ainsi les patients à mieux vivre avec une maladie chronique : les tensiomètres et les glucomètres (mesurant le taux de glucose des personnes atteintes de diabète) sont en plein développement. Le cabinet américain Research2guidance estime que le marché mondial de la santé mobile représentera plus de 23 Md€ en 2017 : c'est 11 fois plus qu'il y a deux ans ! La santé mobile ne repose pas seulement sur les objets connectés : les applications mobiles sont également en plein *boom*. Il en existerait plus

de 100 000 à travers le monde. Sept millions de Français sont déjà des adeptes de la santé mobile⁽¹⁾. Notamment les patients atteints de maladies chroniques : un tiers des « *mobinautes* » seraient concernés par le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, l'asthme... Des milliers d'« *applis* » ont été conçues pour les aider à gérer leur régime alimentaire, suivre leur traitement, répondre à leurs interrogations, enregistrer l'évolution des indicateurs de leur maladie... Néanmoins, il en reste encore beaucoup à inventer : seulement



PHARMAGEST

MA PHARMACIE MOBILE : POUR UNE MEILLEURE OBSERVANCE

L'observance des traitements étant un véritable problème de santé publique, Pharmagest Interactive a conçu l'application « Ma Pharmacie Mobile » : le patient reçoit sur son téléphone portable la posologie et les conseils d'utilisation de ses

médicaments ainsi qu'une alerte à l'heure prévue de la prise. Le système de géolocalisation lui permet également de repérer la pharmacie de garde la plus proche. Cette appli a été téléchargée par 160 000 patients.



BOUGEZ AVEC ARTHMOUV

Cette application conçue par le groupe Sanofi-Aventis est destinée aux patients souffrant d'arthrose du genou : ArthMouv leur permet d'évaluer le niveau de leur douleur, présente des exercices physiques adaptés à leur situation, les aide à gérer leur agenda médical et répond à toutes leurs questions relatives à cette pathologie et sur l'attitude à adopter pour mieux vivre avec.

SMART BODY ANALYZER : LA BALANCE À TOUT FAIRE

La balance reste le *must* des objets connectés. Smart Body Analyzer, de Withings, est l'un des pèse-personnes proposant le plus de fonctionnalités : il quantifie le poids, mais aussi l'indice de masse corporelle, le ratio masse grasse/masse maigre (qui aide à cibler les « bons » kilos), le rythme cardiaque et le taux de CO₂ dans la pièce. Ces données sont synchronisées après chaque pesée sur l'appli mobile qui propose un suivi hebdomadaire.



FAUST TAUBERT

« Laissons au marché le temps de s'approprier les objets connectés. Pas parce qu'ils sont follement innovants mais parce qu'ils peuvent avoir un impact considérable sur l'organisation de notre système de soins. »

Guillaume Marchand, médecin et cofondateur de DMD Santé

22% des mobinautes français ont déjà téléchargé une telle appli ; si les autres ne l'ont pas (encore) fait, c'est parce qu'ils n'ont pas trouvé celle qui correspond à leurs attentes. Du reste, plus de la moitié des mobinautes santé atteints d'une maladie chronique aimerait que leur médecin leur conseille des « applis santé ».

Ce n'est pas encore gagné : bien que la quasi-totalité des médecins aient un usage professionnel de leur smartphone, ils restent sinon réticents, du moins attentistes face au développement de la santé mobile. « Les médecins ne sont pas

moteurs dans la diffusion de ces nouveaux outils », constate Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins et délégué général aux systèmes d'informations en santé. Guillaume Marchand parle même de « réticences culturelles ». Il sait de quoi il parle : lui-même

médecin psychiatre, il a cofondé et préside DMD Santé, une plateforme collaborative d'évaluation des dispositifs de santé mobile (appli et objets connectés). « On attend encore le socle scientifique validant la pertinence de ces outils », reconnaît-il.

À défaut de convaincre le corps

médical, DMD Santé a pris le parti de guider les utilisateurs dans cette nouvelle jungle qu'est la santé mobile : « Il est primordial de créer de la confiance. Elle ne se développera que par l'évaluation des applications mobiles et des objets connectés de santé par des professionnels de santé et des usagers ».

Le Conseil national de l'ordre des médecins s'est lui aussi emparé de la question en publiant un « Livre blanc de la santé connectée » où il préconise un encadrement et une régulation de la santé mobile. De son côté, la Commission ...

82 % des patients atteints de maladies chroniques ou d'affections de longue durée estiment que les objets connectés devraient être pris en charge par les complémentaires santé, contre seulement 53% des médecins.

Source : « Baromètre Santé 360 » par Odoxa pour Orange et MNH.

TROIS PROJETS DU MÉDICAL AU BIEN-ÊTRE

**CARDIAUVERGNE :
DES BALANCES INTELLIGENTES
POUR LES CARDIAQUES**

■ L'insuffisance cardiaque chronique est la première cause d'hospitalisation des personnes de plus de 60 ans. Le réseau de soins CardiaUvergne expérimente depuis 2012 le suivi à domicile de 2 000 patients ayant été hospitalisés en cardiologie. Ces patients sont équipés d'une balance connectée à une cellule de coordination qui centralise les informations transmises par la balance (poids et pourcentage de masse grasseuse) et les observations faites par l'infirmier libéral (fréquence cardiaque, tension, œdèmes). En cas d'anomalie (une prise de poids supérieure à 2 kg, par exemple, qui signale une rétention hydro-sodée), le système d'information déclenche une alerte. Ce suivi à domicile devrait permettre de réduire les décès de 20 à 30 % et les réhospitalisations de 30 à 40 %.

**PREMIERS PAS HASARDEUX
POUR AXA PULSE**

■ En juin dernier, Axa France a offert un Pulse 02, le capteur de mouvements de Withings, aux 1 000 premiers clients de la complémentaire santé Modulango en proposant aux assurés ayant marché plus de 7 000 pas par jour pendant un mois de recevoir un chèque de médecine douce d'une valeur de 50 € (deux chèques pour ceux qui ont dépassé les 10 000 pas). L'opération a suscité un tollé dans l'opinion publique. « Les réactions nous ont surpris par leur virulence, observe Hervé Franck, directeur de l'activité Santé collectives d'Axa France. Est-ce parce que nous étions le premier assureur à franchir le pas ? » Cofondateur de DMD Santé, Guillaume Marchand y voit plutôt une erreur de timing : « Axa Pulse a été lancé quelques jours après la publication par la Cnil d'un cahier Innovation et prospective consacré au « Corps, nouvel objet connecté ». Il est donc difficile de tirer des conclusions de cette expérience. »

**ENTREPRISES AMÉRICAINES :
RUÉE VERS LE BIEN-ÊTRE**

■ Partant du principe que la santé des salariés est un facteur de performance, de nombreuses entreprises américaines ont distribué des bracelets connectés. C'est ainsi que le géant pétrolier BP a lancé le « million step challenge » : les salariés et leurs conjoints peuvent gagner jusqu'à 1 000 \$ de crédit sur un « compte d'assurance santé » (health savings account) s'ils suivent les différentes étapes d'un parcours de santé reposant notamment sur la marche à pied. Le groupe informatique Autodesk a placé le bracelet connecté au cœur de sa stratégie de santé au travail, au même titre que les massages, les cours de gym et les programmes de régime : la moitié des salariés l'utilisent quotidiennement et en ont fait l'un de leurs sujets de conversation préférés. Quant à la start up californienne Buffer, elle a misé sur l'esprit de compétition de ses salariés en les équipant d'un bracelet connecté et en les invitant à partager leurs performances sur le réseau social interne.

... nationale informatiques et liberté (Cnil) affiche une vigilance sans faille à l'égard de la protection des données de santé. L'un de ses cahiers « Innovation & prospective » était consacré l'an passé au « Corps, nouvel objet connecté ». « Le flou des frontières qu'introduit le quantified self (NDLR: littéralement « moi quantifié », ce terme désigne tous les outils de mesure des données personnelles), en permettant simultanément le développement de pratiques liées à l'hygiène de vie, qui relèvent de l'univers du bien-être, et l'émergence d'autodiagnosics et de soins, est à la fois

source de questionnements et de promesses pour une nouvelle médecine 2.0 », y est-il expliqué.

Danger pour la vie privée ?
Les assureurs le reconnaissent tout à fait volontiers : il est hors

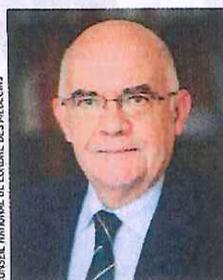
de question de s'aventurer sur le terrain médiatiquement sensible des données de santé. Mieux vaut aborder l'Everest de l'exploitation des données personnelles par la face moins risquée du bien-être : d'où leur stratégie

de valorisation des bracelets connectés et autres moniteurs d'activité.

La Cnil n'est pas dupe : en s'appuyant sur l'avis rendu par les autorités européennes de protection des données le 17 septembre 2014 sur l'Internet des objets, elle rappelle que « ces objets du quotidien, très proches de l'intimité des personnes, doivent rester sous le contrôle de celles-ci ».

■ SABINE GERMAIN

[1] Source : Étude « À la recherche du e-patient » réalisée par LauMa communication pour Patients & Web, TNS Sofres, Doctissimo en avril 2013.



CONSEIL NATIONAL DE LYONNE DES MÉDECINS

« Il doit d'abord y avoir un débat public, organisé et structuré, sur les données de santé car cela regarde et concerne tous les citoyens, et pas seulement les experts. »

Jacques Lucas, vice-président du Conseil national de l'ordre des médecins, délégué général aux systèmes d'information en santé

Complémentaire santé - Prévoyance collective - Entreprise

Vers la transparence des recommanda

■ Par sa généralité, le processus par lequel les organismes complémentaires seront recommandés à l'issu de la nouvelle procédure de mise en concurrence est un terrain à contestations.

Après la censure des clauses de désignation effectuée par le Conseil constitutionnel, le législateur a réformé le cadre juridique des accords collectifs professionnels organisant la couverture des garanties collectives des salariés. Selon le nouvel article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale, issu de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, les partenaires sociaux instituant au sein des branches professionnelles, des garanties collectives présentant un haut degré de solidarité, peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs. Dans ce cadre, ces derniers devront offrir un même niveau de garanties et un tarif unique.

Un décret du 11 décembre 2014⁽¹⁾ a précisé le contenu des régimes pouvant être considérés comme présentant un degré élevé de solidarité, moyennant, notamment, l'attribution de prestations non contributives, d'actions sociales ou de prévention. Il n'apporte pas aux négociateurs un inventaire précis et exhaustif du contenu possible d'un accord de branche. Il offre plutôt aux partenaires sociaux, un guide général illustré d'exemples, pour définir librement des prestations présentant un haut degré de solidarité. Le travail réglementaire est quasiment achevé avec la publication au *Journal officiel*, le 10 janvier 2015, du décret définissant les critères d'une mise en concurrence transparente et impartiale des organismes assureurs candidats à une recommanda-

tion⁽²⁾. Cette procédure doit présider à la sélection initiale des organismes, mais également aux travaux de réexamen quinquennal des recommandations. Le texte décrit le processus d'appel à la concurrence, et les modalités de règlement des conflits d'intérêt.

Mise en concurrence

Jusqu'à présent, aucun texte ne déterminait l'organe compétent pour sélectionner l'organisme assureur chargé de couvrir les salariés d'une branche professionnelle, les partenaires sociaux organisant librement le processus de sélection. Cette question a d'ailleurs fait l'objet d'un contentieux, porté devant la Cour de cassation, dans la branche des pharmacies d'officine (CA Paris, 16 octobre 2014, n° RG 12/17007).

Il appartiendra désormais à la commission paritaire chargée, au niveau de chaque branche, de la négociation et de la conclusion des conventions et accords professionnels, d'organiser la procédure de sélection des organismes assureurs



en vue de leur recommandation. Elle seule a compétence pour procéder au choix final, sans pouvoir la déléguer. Le nouvel article D. 912-1 du code de la Sécurité sociale l'autorise cependant à mandater, sous son contrôle, une commission paritaire spéciale, au sein de laquelle au moins quatre de ses membres doivent siéger, pour la mise en œuvre de la procédure de sélection. Ces deux commissions pourront être assistées par un ou plusieurs

AVIS D'APPEL À CONCURRENCE

■ L'avis d'appel doit notamment définir :

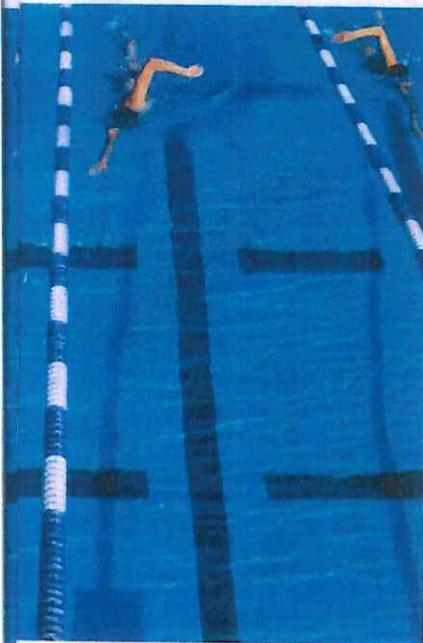
- les délais et modalités de dépôt des candidatures ;
- les conditions d'éligibilité des candidatures.

Sont cités, à titre d'exemples, l'agrément requis pour assurer les garanties en cause, des critères de solvabilité ou d'expérience

dans la couverture des risques objet de l'appel d'offres.

■ Les critères d'évaluation des offres, leur pondération et leur poids respectif, le nombre maximum d'organismes assureurs susceptibles d'être recommandés.

tions



experts. La confidentialité de leurs travaux s'impose à tous les participants qu'ils en soient membres, consultants ou experts. Le contenu de leurs réunions devra être consigné dans un procès-verbal approuvé par leurs membres. On peut supposer que ces PV devront être communiqués en cas de contestation sur le déroulement de la procédure. Les commissions paritaires ne sont pas dotées de la personnalité morale. Aussi, leurs membres devraient individuellement endosser la responsabilité du bon déroulement du processus de sélection.

La procédure de mise en concurrence est inspirée de celle des marchés publics. Elle garantit une publicité préalable et la transparence des critères de sélection.

La publicité de la mise en concurrence doit être réalisée dans un journal d'annonces légales à diffusion nationale et dans une publication spécialisée dans le secteur des assu-

rances. Elle ouvre un délai minimal de 52 jours pour déposer une candidature (voir encadré ci-contre : « Avis d'appel à concurrence »).

Le cahier des charges devra préciser les caractéristiques du régime conventionnel : les risques à couvrir, les garanties et services, l'assiette et la structure des cotisations, les objectifs de sécurité et de qualité, les modalités d'organisation et de financement des éléments de solidarité, les obligations d'informations incombant aux organismes recommandés vis-à-vis des employeurs, salariés et des commissions paritaires. L'article D. 912-6 du code de la Sécurité sociale détaille le déroulement de la procédure et le calendrier de sélection.

Prévention des conflits d'intérêts

Sont considérés comme étant en situation de conflit d'intérêts, les membres des commissions paritaires nationales ou spéciales qui exercent une activité salariée ou bien exercent ou ont exercé, au cours des cinq dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes, au sein des organismes candidats ou des groupes auxquels ils appartiennent.

Ils doivent déclarer l'existence d'un conflit d'intérêts, dans les huit jours de l'arrêt de la liste des candidats éligibles, ou à tout moment si leur situation le justifie. Ils ne peuvent participer à aucuns travaux de sélection des offres, mais l'organisation syndicale ou patronale qu'ils représentent à la commission peut les remplacer.

Les consultants intervenant dans la procédure doivent déclarer avant leur désignation, les situations de conflits d'intérêts dans lesquelles ils pourraient se trouver vis-à-vis des membres des commissions paritaires ou des organismes assureurs en lice. Les candidats devront joindre à leur candidature, la liste

À RETENIR

■ L'encadrement des recommandations procède :

- d'un processus placé sous l'égide des commissions paritaires de branche ;
- d'un mode de sélection impartial et transparent inspiré des règles applicables à la commande publique ;
- d'une obligation de déclaration des conflits d'intérêts, par tous les acteurs : partenaires sociaux, consultants et organismes candidats.

des relations commerciales et des conventions financières les ayant liés aux organisations syndicales ou patronales de la branche concernée, au cours de l'année précédant l'appel d'offres.

Le décret ne prévoit pas d'incapacité de droit née de la situation de conflit d'intérêts des consultants, experts et organismes assureurs candidats. Il semble laisser aux partenaires sociaux le choix des conséquences à tirer d'une telle situation. De même, le texte ne prend pas en compte les liens pouvant exister entre les intervenants et les organisations syndicales de salariés ou d'employeurs également représentatives au sein d'autres professions. Cette approche s'avérerait certainement nécessaire pour garantir la pluralité des offres. Ainsi, le régime juridique du dispositif de recommandation est quasiment finalisé⁽³⁾. La méthode adoptée par le pouvoir réglementaire, consistant à dresser un cadre général qui pourra être adapté aux caractéristiques de chaque profession était probablement la seule envisageable, compte tenu de la diversité des possibilités. Elle présente toutefois l'inconvénient de laisser une grande place au pouvoir d'appréciation de l'administration et des juges, au risque de contestations sur le recours à une recommandation, le caractère suffisamment solidaire des différentes prestations retenues, ou la conduite de la procédure d'appel d'offres.

■ LAURENCE CHRÉBOR,
AVOCAT ASSOCIÉ CHEZ FROMONT BRIENS

[1] Décret n° 2014-1498, relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale.

[2] Décret du 8 janvier 2015, n° 2015-13, relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre

de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale.

[3] Les pièces à joindre à une demande d'extension des accords comportant une clause de recommandation seront précisées dans un arrêté à paraître.

PAGES COORDONNÉES
PAR JÉRÔME SPERONI