

CONTRIBUTION DU CRCF
à la Mission d'information sur les
complémentaires santé, mutuelles :
l'impact sur le pouvoir d'achat des Français

SOMMAIRE

I. Complémentaires santé : le rôle des courtiers en assurance	page 04
II. Santé des Français : le CRCF fait 3 constats	page 06
III. Santé des Français : le CRCF fait 4 propositions	page 08
IV. Pour ne pas occulter le débat sur les frais	page 12

I. Complémentaires santé :

le rôle des courtiers en assurance

Le territoire national est maillé par 24 470 courtiers en assurance qui sont des intermédiaires d'assurances. Près de 90% d'entre eux sont des acteurs de moins de 11 salariés, avec un fort ancrage local et un maillage territorial précieux pour les zones où les acteurs traditionnels sont de moins en moins présents. Ce maillage permet de couvrir l'ensemble des départements, et d'apporter une proximité inédite dans un monde de réduction de la présence des grands réseaux et du secteur public dans les territoires, avec de surcroît un modèle économique soutenable et adapté à ces différentes réalités, allant de petites structures d'indépendants à des grandes entreprises.

Ils interviennent sur le marché de l'assurance en étant mandatés par l'assuré ; une fois le contrat d'assurance souscrit, pour éviter un double paiement tout en sécurisant l'assureur sur le paiement de la prime, leur rémunération est versée par l'assureur.

Ils apportent un triple service aux assurés :

- **Un service de conseil** pour les aider à déterminer leurs besoins, identifier et souscrire l'offre la plus adaptée.
- Un service d'intermédiation et de **négociation** pour la souscription du contrat et la redéfinition éventuelle des garanties.
- Enfin, ils les accompagnent souvent lors de la **survenue d'un sinistre**.

Son accompagnement se matérialise par son **devoir de conseil**. Cette obligation légale impose au prestataire de fournir toutes les informations nécessaires aux clients pour choisir des garanties adaptées à leurs risques et vérifier si le contrat d'assurance répond à leurs besoins exprimés ou évalués.

Actuellement, 2/3 des contrats complémentaires en France sont commercialisés par un courtier en assurance, **qui assure également leur suivi pour le compte des assureurs**. Les courtiers assument en effet la charge de la distribution dont ils ont industrialisé l'activité différemment entre assurance collective et assurance individuelle.

Le recours aux courtiers éventuellement gestionnaires s'explique par un souhait d'efficience de la profession :

- L'activité est alors opérée en coût marginal variable optimisé, et non en coût fixe, ce qui permet d'être, au global, moins coûteux pour l'assureur ; l'activité est majoritairement réalisée par des TPE/PME optimisant les coûts.
 - Ainsi les 24 470 courtiers représentent un réseau commercial maillant intégralement le territoire, sans pour autant que le coût d'un tel maillage ne soit directement supporté par l'assureur.
 - Souvent les assureurs ont maintenu une activité de distribution ou de gestion interne correspondant à leur position sectorielle historique et aux segments sur lesquelles leurs réseaux de distribution restent performants.
- Les activités de courtage et de gestion de contrat d'assurance ne relèvent pas de la même convention collective et de ce fait **le courtage est mécaniquement plus productif**.
- La forte **concurrence entre les courtiers** a amené ceux-ci à investir dans un outil industrialisé et productif pour les deux activités de distribution et de gestion : étant en étroite proximité avec les clients, ils ont investi sur le service au client (entreprise ou particulier), l'expérience client.
- La dématérialisation des flux, ainsi que la digitalisation des services clients ont permis des gains de productivité.
 - Les gains de productivité sont réinvestis dans la maintenance réglementaire incessante nécessitant l'adaptation de l'ensemble des contrats : généralisation de la complémentaire santé en 2013, réforme du contrat responsable en 2015, mise en conformité Solvabilité II en 2016, mise en œuvre du RGPD en 2018, application du Règlement sur l'Intermédiation en Assurance en 2018, mise en place des paniers 100% santé en 2020, ...

II. Santé des Français : le CRCF fait 3 constats

1^{ER} CONSTAT

La prise en charge du vieillissement représente un enjeu économique croissant pour le système de santé et les finances publiques.

- Alors que **1/5 de la population a plus de 65 ans** (21,5% contre 16,1 % en 2003).
- En 2022, les dépenses de santé pour cette tranche d'âge représentaient environ **60 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)**.

Si leur **taux d'effort** pour le financement de la protection sociale est 15 à 20 points inférieur à celui des actifs, **la contribution des seniors au financement de la protection sociale est celle qui a le plus augmenté dans les 10 dernières années.**

- Les taux de CSG restent plus élevés sur le salaire (9,2%) vs la pension de retraite (entre 0 et 8,3% selon le montant).

Octroyer demain plus d'avantages aux seniors serait alors à contre-courant de la logique de rééquilibrage actuelle.

D'autant plus que **les seniors bénéficient en moyenne d'une situation financière comparativement confortable** avec un taux de pauvreté de 8,6% vs 14,8 % pour l'ensemble de la population.

- 1/3 des Français disposent de moins de 100 € de « reste à vivre » vs 22% pour les plus de 65 ans.

2^E CONSTAT

Les solutions et initiatives existantes pour aider les seniors les plus en difficulté (C2S, portabilité Evin, financement par les collectivités locales) ont une efficacité limitée.

Le dispositif C2S dans sa forme gratuite et payante (moins de 30€ par mois jusqu'à 1093 € de retraite mensuelle) offre une couverture complémentaire de qualité à prix imbattable. Cependant, le taux encore élevé de non-recours à la C2S (taux net estimé à 22% soit plus de 2 millions de personnes dont 1,5 millions pour la C2S payante) démontre l'importance d'une distribution efficace.

Pour améliorer l'efficacité du système de financement, nous proposons d'**adopter une approche réellement responsable** dans laquelle les dispositifs existants sont réellement déployés grâce à la mobilisation de la distribution – quitte à les faire évoluer pour prendre en compte les évolutions sociologiques (évolution des plafonds).

3^E CONSTAT

Nos efforts de prévention ne sont pas à la hauteur de leurs enjeux. La prévention s'inscrit dans une obligation de moyens plus que dans une obligation de résultat.

L'efficacité de la prévention est régulièrement prouvée par de nombreuses études cliniques et sur de nombreuses pathologies. Les Français ont d'ailleurs bien intégré cette réalité et 80% d'entre eux jugent important de développer les actions de prévention pour limiter les problèmes de santé.

Pourtant les indicateurs de prévention ne sont pas satisfaisants en France et année après année, tous les acteurs le déplorent sans pour autant parvenir à en résoudre l'équation en forme de triangle des Bermudes : **l'acteur qui en supporte le coût, n'est pas celui qui en retire les bénéfices.**

Pour rappel, les **actions de prévention sont divisées en trois catégories** définies par l'OMS, chaque catégorie visant à intervenir à différents stades de la maladie ou du problème de santé :

- Prévention primaire : elle désigne les efforts et les mesures visant à prévenir l'apparition d'une maladie. Ex : vaccination, messages de santé public, lois et réglementation.
- Prévention secondaire : elle vise à détecter et à traiter une maladie à un stade précoce. Ex : dépistage et des interventions précoces.
- Prévention tertiaire : concerne le traitement des maladies et des conditions chroniques pour ralentir ou arrêter leur progression, réduire les symptômes, minimiser les handicaps et améliorer la qualité de vie des personnes affectées. Ex : programmes de réadaptation cardiaque pour les personnes ayant eu un arrêt cardiaque, programmes de gestion du diabète, etc.

Sur l'ensemble des indicateurs, notre performance est loin d'atteindre nos objectifs de santé publique.

Afin que ces actions de prévention soient efficaces, il est nécessaire de les réaliser dans une **logique d'accompagnement de bout en bout des assurés** vs le recours à des messages passifs avec des angles morts et des populations réellement éloignées de la prévention. Une étude de l'Assurance Maladie en 2019 a ainsi montré que les femmes qui ont bénéficié d'un accompagnement dans le cadre du dépistage du cancer du sein ont été 1,7 fois plus susceptibles de participer au dépistage que celles qui n'ont pas été accompagnées.

L'enjeu devient alors **l'espérance de vie en bonne santé** qui reflète d'une part le recul de l'âge auquel surviennent les maladies chroniques handicapantes et d'autre part l'amélioration de leur prise en charge. En 2020, les Français peuvent espérer, à l'âge de 65 ans, vivre 21 ans dont la moitié seulement en bonne santé (11,1 ans).

III. Santé des Français : le CRCF fait 4 propositions

OBJECTIF N°1 : LA DIMINUTION DU NON-RECOURS À LA C2S

>>> Proposition n°1

Mobiliser notre distribution pour diminuer le non-recours à la C2S.

Les courtiers en assurance pourraient s'engager à **identifier les personnes éligibles** à la C2S payante et **les orienter vers le guichet adéquat** via un commissionnement de distribution réduit accepté par la profession.

Ainsi nous pourrions,

- Identifier sur la base de critères validés avec les pouvoirs publics les éligibilités, ces critères pouvant être intégrés dans l'IPID (ressources du foyer et nombre de personnes composant le foyer).
- Orienter de façon qualifiée ces citoyens en transmettant à un guichet prédéfini les informations connues ainsi que les coordonnées (avec l'accord du citoyen).
- Piloter avec les pouvoirs publics la transformation en souscription.

Cette orientation, dès lors qu'elle est traduite en souscription, pourrait être rémunérée à un coût marginal préétabli à définir en concertation avec les pouvoirs publics.

OBJECTIF N°2 : RÉUSSIR LE DÉFI DE LA PRÉVENTION ET AUGMENTER L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ

>>> Proposition n°2

Utiliser nos forces vives pour intensifier l'organisation des actions de prévention active avec un accompagnement de bout en bout des assurés dans une logique de résultats évalués.

Il s'agit d'opérer une promotion active de la prévention – coordonnée avec les objectifs de santé publique et évaluée - en mobilisant les moyens de distribution et de relation client des courtiers en assurance.

Les acteurs de l'assurance santé pourraient s'engager à **intégrer dans leurs frais actuels (sans surcoût) l'organisation des actions de prévention** ainsi que leur évaluation, en capitalisant sur leurs opérations de distribution et surtout de gestion/relation client.

Ce plan de promotion active d'actions de prévention sera nécessairement ajusté en fonction du type de contrat individuel ou collectif :

- Pour les contrats collectifs, l'entreprise est clé pour relayer les actions auprès de ses salariés, avec par exemple l'organisation de campagne de vaccination ou de dépistage au sein de ses locaux.
- Pour les contrats individuels, il est nécessaire de s'appuyer sur le gestionnaire du contrat qui a la maîtrise de la relation avec l'assuré.

Voici nos propositions pour dépasser les intentions et être réellement acteurs de la prévention :

- Définir en concertation avec les pouvoirs publics (HAS, Santé publique France, CNAM) les objectifs poursuivis : personnes cibles, actions de prévention associées (examen de dépistage, consultation, ...), et modalités de financement de ces actions (voir proposition 3).
- Définir les objectifs associés à ces campagnes (en lien notamment avec les objectifs de l'OMS lorsqu'ils sont définis) ainsi que les méthodes d'évaluation (données permettant l'analyse avant/après) de façon à :
 - Passer de 50% actuellement à 75% de vaccination grippe
 - Passer de 45% actuellement à 60% de vaccination HPV
 - Passer de 48% actuellement à 70% de dépistage cancer du sein
 - Passer de 58% actuellement à 80% de dépistage cancer du col de l'utérus
 - Passer de 33% actuellement à 45% de dépistage cancer colo-rectal
 - Passer de 38% actuellement à 20% de sédentarité
 - Diminution de 20% du nombre de chutes des personnes âgées
- En fonction des objectifs, mettre en œuvre les campagnes et actions permettant l'atteinte de ces objectifs :
 - Démarches proactives, personnalisées et omnicanal incluant l'organisation des rendez-vous prévention santé.
 - Mise en œuvre de programmes de prévention digitaux en continu et personnalisés, notamment sur la prévention secondaire par exemple autour de la santé mentale des jeunes.
 - Déclenchement systématique d'actions de prévention tertiaire en lien avec les indemnités (prise en charge systématique dans des dispositifs d'accompagnement pour les maladies chroniques par exemple).

La prévention active a pour objectif d'**augmenter l'espérance de vie en bonne santé** : en 2020, les Français peuvent espérer, à l'âge de 65 ans, vivre 21 ans dont la moitié seulement en bonne santé (11,1 ans).

>>> Proposition n°3

Pour financer les actions de prévention (hors leur organisation), nous proposons d'intégrer leur coût dans le risque (et non dans les frais).

Nous pensons responsable d'**intégrer les actions de prévention dans la charge sinistre** et de doubler cet effort de 2 à 4%.

- 2% lié au HDS pour les actifs à passer à 4%
- 4% pour les autres

Pour financer ces montants tout en permettant aux citoyens d'accéder à des contrats moins coûteux, nous proposons de **permettre une modularité des garanties du fiscalement aidée (contrat responsable)**.

Ainsi :

- Des garanties planchers ont eu un impact important sur la hausse des cotisations. Afin de proposer des contrats d'entrée de gamme éligibles à un cadre fiscal et social optimisé, il serait pertinent de réduire ces garanties planchers sur les postes du 100% santé (optique, dentaire, audioprothèse). Les montants des plafonds pouvant quant à eux être maintenus.
- Les options souscrites au-delà du contrat plafond pourraient ne pas être éligibles à un taux de taxe réduit sans pour autant remettre en question l'éligibilité du contrat de base.
- La réduction de la TSCA pour les contrats incluant une prévention responsable, c'est-à-dire évaluée, pourrait également être envisagée.

>>> Proposition n°4

Pour une meilleure articulation entre professionnels de santé et organismes complémentaires, nous proposons des ajustements réglementaires.

Nous pensons nécessaire de **mener des actions cohérentes avec la stratégie de santé publique**, les recommandations de l'OMS en parfaite articulation avec les médecins traitants. Ceci sous-entendant une **faculté d'articulation et de contractualisation avec les médecins du parcours de soins** ainsi que l'usage systématisé de Mon Espace Santé pour inscrire nos services digitaux dans un cadre sécurisé, éthique et interopérable promu par les pouvoirs publics et la CNAM.

De surcroît, certaines garanties sont particulièrement utiles en termes de réduction du reste-à-charge de l'assuré mais présentent un risque inflationniste pour ce qui concerne les tarifs pratiqués. Ainsi serait-il vertueux de permettre que ces garanties soient liées et conditionnées aux accords que pourraient passer les acteurs de l'assurance avec les professionnels de santé pour ce qui concerne les actes non médicaux : optique, dentaire, audioprothèse chambre particulière.

- **Permettre un assouplissement de la Loi Leroux** permettant ainsi :
 - L'extension de la contractualisation aux activités hospitalières (notamment la chambre particulière), aux honoraires médicaux (notamment les dépassements) en particulier dans le cadre des actions de prévention.
 - De permettre de conditionner l'application des garanties au recours à des professionnels non médicaux (optique, dentaire, audioprothèse) ayant conclu des accords de réseaux : cela limiterait en effet les effets d'aubaine observés sur certains postes, tout en permettant de maintenir un bon niveau de couverture pour les assurés.

- **Garantir la possibilité de référencement des services numériques de santé et de prévention** proposés par les complémentaires santé dans le dispositif Mon Espace Santé de telle sorte que les solutions numériques soient articulées avec le parcours de soins et les actions de la CNAM.
 - Aujourd'hui rien ne l'interdit mais les pouvoirs publics restent ambigus limitant les investissements des complémentaires santé dans ce domaine.
 - Les acteurs de la complémentaires santé, courtiers en tête, s'inscriront évidemment strictement dans les règles éthiques posées dans la doctrine de Mon Espace Santé.

IV. Pour ne pas occulter le débat sur les frais

Pour rappel, le risque assuré pèse pour 80% dans la question du coût de la complémentaire santé. Sur cette partie, nos coûts sont directement liés aux politiques publiques dont l'inflation récente a été en grande partie due aux décisions publiques (100% santé, négociations conventionnelles, transferts de charge etc.) ou à l'inflation des dépenses de santé et d'arrêt de travail.

- Les **frais de gestion administrative ne peuvent être comparés à ceux de la CNAM** dans la mesure où, outre le périmètre et l'assiette différents, ceux-ci ne recouvrent pas les frais de recouvrement des cotisations (gérés par l'Urssaf), ni la dette qu'elle génère chaque année (7,1 Mds sur la seule branche maladie en 2023) ou la charge de cette dette. Par ailleurs, ne sont pas non plus inclus dans ses frais le coût des actions de prévention ou de son action sociale.
- Les frais de distribution couvrent les coûts commerciaux d'**un produit qui ne s'achète pas spontanément** mais se vend par des professionnels chargés de la découverte du besoin, du conseil au choix du produit le plus adapté, ainsi qu'à la mise en place de régimes collectifs performants et négociés avec les partenaires sociaux.
 - Cette activité est régulée par la Directive sur la distribution d'assurance (formation, pilotage de l'activité) et contrôlée par l'ACPR.
 - Avec la RIA, le législateur a acté de l'intérêt pour le citoyen de bénéficier de la facilité de changement de contrat, rendue possible par cette activité commerciale qui évite que ne s'installe des situations de rente.
 - Peut-on faire sans ou autrement ?

Sans activité de distribution on constate systématiquement une **incapacité à diffuser** des couvertures même si celles-ci sont extrêmement avantageuses : c'est le cas de la C2S payante ou même gratuite – au global 45% de non-recours.

Les contrats complémentaires santé portés par des municipalités ou même par des régions (la performance possible étant peu sensible à l'échelle) ont déjà ou auront le même sort si ces produits ne sont pas assortis d'une distribution proactive vers les personnes éligibles.

L'offre de complémentaire santé de **La Poste** peut s'apparenter à une **offre publique** puisque assurée par un assureur détenu indirectement à 100% par l'État et distribué dans ses bureaux de Poste. Sa structure de coût est comparable à celle des autres acteurs.

La distribution de l'assurance est **optimisée** par une organisation avec des **indépendants** (notamment courtiers) et des activités de grossistes qui leur fournissent de façon industrielles les outils dont ils ont besoin (produits, IT, back offices)

- Ces frais incluent aussi des **activités de services** ayant permis l'innovation et son déploiement historique. Ainsi fort de sa proximité avec ses clients et de l'écoute de leurs besoins, les courtiers ont su améliorer l'expérience client, optimiser les processus et offrir des produits plus adaptés aux besoins des assurés.

Les courtiers ont été à l'origine ou déterminant dans la diffusion des services suivants :

- Digitalisation des parcours clients, avec l'émergence de nouveaux standards : souscription en ligne, espaces clients permettant la déclaration des sinistres et son suivi.
- Mise en place et promotion du **tiers-payant**.
- Mise en place et promotion des **réseaux de soins** par ailleurs créés initialement en France par des acteurs du courtage.
- Généralisation des services santé tels que la **téléconsultation**.
- Mise en place des services d'accompagnement et contrôle de **l'absentéisme**.
- Accompagnement santé des entreprises via la mise en place de programmes de **prévention** définis au regard des spécificités de l'entreprise et pilotés finement : lutte anti-tabac et addictions.

Explication de la différence de coût de distribution entre assurance collective et individuelle (7% collectif vs. 9% individuel).

- Le coût unitaire de la distribution d'un contrat collectif est bien supérieur à celui d'un contrat individuel dans la mesure où l'assurance collective requiert :
 - Un accompagnement de l'entreprise (employeur / IRP) dans la définition d'une stratégie sociale et dans la mise en place de programmes permettant de recruter et fidéliser ses salariés, en tenant compte notamment du secteur d'activité, de la population salariée, des enjeux locaux.
 - Pour les plus grandes entreprises :
 - Une adaptation des garanties et du tarif pour apporter des réponses techniques à ces enjeux, nécessitant de l'ingénierie sur les modes de tarification et la définition de la part patronale permettant d'avoir une marque employeur la plus pertinente.
 - La mise en place d'un pilotage fin du contrat, avec intégration des résultats économiques permettant de vérifier sa pertinence et si besoin d'orienter les évolutions futures.
 - La définition et la mise à disposition d'outils de communication à destination des IRP et des salariés pour promouvoir le régime et les actions de prévention.

- Cependant deux réalités présentent une **équation économique têtue** qui explique la différence :
 - Les coûts commerciaux de l'assurance collective **s'amortissent sur le nombre de personnes assurées** (particuliers d'un côté, ensemble des salariés de l'autre) : en moyenne 1,5 pour l'assurance individuelle contre en moyenne 4 pour l'assurance collective mais plus de 80 pour les ETI et grandes entreprises.
 - Les coûts commerciaux de l'assurance collective **s'amortissent sur le nombre d'années de vie du contrat** : en moyenne sur 6 à 7 années en individuelle contre 10 années en collective. En collective le changement de contrat est opérationnellement complexe (négociation avec les IRPP, ajustement des chaînes de cotisation, déploiement auprès de l'ensemble des salariés...) ; l'assurance individuelle épouse quant à elle les évolutions des situations de vie qui génèrent des changements de contrat : fin de la vie étudiante, alternance de périodes d'activité salariée vs chômage, ruptures familiales, passage à la retraite...

Concernant la gestion du tiers-payant :

Les courtiers ont massivement recours aux **principaux opérateurs de tiers-payant** du marché (Cegedim, Almerys, Viamedis, Actil, Korelio) dans une recherche d'efficacité et de capacité à proposer une offre nationale.

Ces acteurs ont défini et déployé des normes et référentiels de **contrôle des droits en ligne**. Il s'agit de contrôles ponctuels et systématiques réalisés par le professionnel de santé au moment de sa réalisation). Ces contrôles permettent de supprimer quasiment intégralement les rejets, dès lors que le professionnel les effectue.

Il existe encore quelques systèmes propriétaires – surtout dans le monde de la mutualité – qui polluent la perception par les professionnels de santé de la performance et la facilité du tiers-payant des complémentaires santé.

L'obligation qui pourrait être faite pour le tiers-payant **d'utiliser les normes et référentiels de contrôle des droits en ligne** résoudrait à moindre impact la problématique de rejet rencontrée par les professionnels de santé.

Le Cercle de Réflexion des Courtiers Français (CRCF) est composé d'entreprises du courtage en assurances ayant décidé de se réunir pour réfléchir aux enjeux de leur métier. Son objectif est de promouvoir une vision qualitative portée par des acteurs installés dans les territoires, insérés dans le tissu économique et proches de leurs clients. Le Cercle de Réflexion des Courtiers Français est composé de 9 courtiers français : April, AUGroup, Bessé, Conseil et Courtage en Assurance de Lyon (CCAL), Diot-Siaci, Finaxy, Kereis, Verlingue et Henner.

Paris, mai 2024.

Contact

CERCLE DE RÉFLEXION DES COURTIERS FRANÇAIS (CRCF)

41-43 rue Saint Dominique, 75007 Paris

01 44 18 64 66