

Annexe 5 :

ATD Quart Monde
France



Laboratoire d'usage²

Des contrats complémentaires santé pour les populations en situation de précarité

Le 20 Février 2013

Présents : Caroline D. médecin anthropologue; Marion D. enseignant chercheur Rennes ; Magali L. CISS ; Dupré J. UNCASS ; Huguette B. ATD Quart-Monde, Jeanneret J. AGIR ABCD ; Sylvie B. Acoris mutuelle ; Pascale C., adhérente mutuelle Réseau Acoris ; Marilynne C. adhérente Intégrance handicapée ; Denise A., militante ATD Quart-Monde ; Philippe V., militant ATD Quart-Monde adhérent mutuelle réseau SMI ; Oriane et Olivier C. militants ATD Quart-Monde adhérents Acoris ; Rachid K. militant ATD ; Micheline A. militante ATD Quart-Monde, Corinne F. assistante dentaire ; Nathalie C. CNAMTS ; Jean-Luc G. Harmonie mutuelle ; Sophie M. mutuelle SMI ; Catherine H. CARSAT ; Jean-Pierre D. Société Française de Santé Publique ; Mathilde B. enseignante économie de la santé ; David R. mutuelle SMI ; Judith P. Croix Rouge

Présentation :

Grande étape : Plan national de lutte contre la pauvreté : l'accès à des complémentaires de qualité est un élément du plan et doit être mis en place en septembre.

Avec le relèvement du plafond de la CMU et de l'ACS, beaucoup de personnes nouvelles vont y entrer et nous nous posons la question du « comment accueillir, informer, rencontrer, et faire accéder à leurs nouveaux droits » ces personnes qui en ont besoin. L'expérience de l'ACS et son faible déploiement nous incite à anticiper la réflexion en partenariat avec des usagers du système de soin qui sont concernés et avec les associations, les organismes complémentaires et les institutions qui ont accepté de venir.

Un label a été voté dans la loi de financement de la sécurité sociale de novembre 2011 et doit être mis en œuvre. L'idée est de réfléchir en amont pour que les personnes qui bénéficient de l'ACS sachent qu'elles y ont droit et qu'elles soient guidées dans leurs démarches.

Le label sur les contrats de complémentaire santé doit :

- permettre qu'au delà de l'aide financière les personnes concernées puissent savoir vers quels contrats ils peuvent se tourner dans les organismes complémentaires pour y trouver un produit qui leur correspond et qui répond à leurs préoccupations de santé dans des conditions de vie et de ressources précaires de l'aide.

Questions à aborder

1. Comment accompagner les personnes adhérentes :
 - face à un reste à charge,
 - face aux frais qui ne sont pas couverts par le panier de biens,
 - face à l'impossibilité de payer les cotisations de la complémentaire,

² Les laboratoires d'usage regroupent des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels dans l'objectif de travailler ensemble sur la conception de nouveaux produits ou services, de tester « grande nature » des services, des outils ou des usages nouveaux. Ils sont fondés sur le développement de partenariats et impliquent les utilisateurs dès le début de la conception.

- lorsqu'elles n'ont pas de compte bancaire.
- 2. Comment gérer un fond social de solidarité (enveloppes des mutuelles) et un fond d'urgence (pour payer les cotisations, attente de l'ouverture des dossiers ACS) [...]
- 3. Lisibilité et compréhension des documents :
 - Mieux expliquer ce qu'est la mutualisation (ce n'est pas un dispositif) / la responsabilisation / les remboursements (comprendre comment on est remboursé) / le parcours de soin (comprendre les limites pour être remboursé) / hospitalisation (les différences entre une hospitalisation médicale, chirurgicale ou psychiatrique) / les maisons de repos

[...]

Pour mémoire l'expérimentation faite par la FNARS en Lorraine avec ATD Quart-Monde et les partenaires du réseau santé avait mis en place un contrat de groupe ouvert avec un panier de biens :

- une convention spécifique,
- un délai de carence.

Extrait de la convention spécifique du contrat expérimental

– L'organisme complémentaire s'engage à :

L'organisation de réunions conjointes dans l'objectif de :

- 1) Sensibiliser le personnel de la mutuelle aux problématiques spécifiques induites par la population particulière visée par le projet ;
- 2) Informer les bénéficiaires des garanties obtenues avec ce contrat en expliquant ce que ça comporte dans un langage compréhensible et apprendre aux bénéficiaires comment utiliser au mieux leur contrat ;
- 4) Former les membres des associations qui le désirent pour mieux répondre aux questions des usagers potentiels
- 5) Permettre une gestion appropriée des cas particuliers qui pourraient intervenir pendant la durée du contrat
- 6) L'affectation d'une personne de Mucim-Stanislas³ dans le cadre de la gestion des adhérents, afin d'éviter que ceux-ci ne soient amenés à expliquer leur parcours souvent difficile à différents intervenants. Il s'agit d'installer une relation de confiance entre les bénéficiaires et la mutuelle.

Le suivi de ce projet expérimental a lieu dans le cadre de réunions entre les différentes parties.

[...]

- **Accompagnement des personnes adhérentes face à un reste à charge :**

[...]

- **Problème de l'optique :** problème des prix élevés sur les verres ou les montures.

Un accord est passé avec une grande part d'opticiens dans le réseau Qualivia (plus de 4 200 sur 11 000), concernant les personnes qui bénéficient de contrats labélisés ACS, pour pratiquer les prix de la convention qui correspondent à ce que la mutuelle rembourse et ainsi supprimer les restes à charge (effort des opticiens qui vendent quasiment au prix coûtant).

³ Intégrée depuis dans ACORIS Mutuelles.

C'est une possibilité offerte aux bénéficiaires de l'ACS [...]

Comment informer les bénéficiaires des contrats labélisés de cette possibilité ?

[...]

La seule solution serait de rassembler les différents acteurs, travailler ensemble pour avoir toutes les informations (opticiens, mutuelles, personne bénéficiaire)

[...]

Risque :

- Ne se faire soigner que dans des réseaux à part (ATD se bat pour rester dans le droit commun)

- L'objectif de ces négociations en amont pour le volume important de patientèle qui va être concernée par la labellisation, est de baisser le reste à charge tout en restant dans le droit commun. Avec la labellisation, le contrat sera inscrit comme étant labélisé mais rien n'empêchera quelqu'un d'autre de prendre ce contrat, ce n'est pas un label réservé aux personnes titulaires de l'ACS.

La difficulté d'un dispositif comme la CMU ou autre qui ne serait ouvert que pour les personnes qui ont l'ACS pose la question de la sortie du contrat labélisé.

Ce qui est compliqué ce sont les réseaux très fermés.

- Et si on parle de réseau, *quid* des zones éloignées et des inégalités sociales territoriales...

[...]

- **Utilisation des fonds sociaux, de solidarité et des fonds d'urgence :**

[...]

Le premier problème est de trouver le moyen d'assurer la pérennité du contrat pour que les adhérents ne soient pas victimes de cotisations excessives.

D'où l'idée :

- Mutualiser le risque entre le maximum de mutuelles (pour une garantie axée sur les besoins) ;
- Mais pour cela il faut en même temps un fond social au plus proche des gens (avec des associations et des organismes financiers).

C'est un peu paradoxal mais il faudrait à la fois une assurance unique pour les mutuelles au niveau national et qu'un plan local se mette en place pour une gestion au plus près des gens

L'idée d'une labellisation permet un panier moyen national, un équilibre financier et un suivi de l'augmentation des frais.

Mais il y a le problème de la prise en compte des besoins supplémentaires qui ne sont pas couverts pas le panier de bien, il n'y a aucune solution dans le droit commun.

Mission à créer pour collectiviser (que les multiples acteurs financiers se retrouvent autour d'une même table) : un lieu régional, départemental ou local avec une instance de gouvernance de ces fonds.

- **Comment faire des documents faciles à lire ?**

« *Ce qui est difficile à comprendre ?* »

- « *supprimer les **pourcentages** pour les remboursements (mais on ne peut pas toujours comme par exemple pour les dents)* »
- « *qu'est-ce qu'un **ticket modérateur**...* »
- « *tiers payant, qui est ce tiers qui paie pour nous ?* »
- « *on ne se rend pas compte de ce que ça représente* »

- « on nous dit qu'il faut comparer les mutuelles mais comparer quoi ? »

Il serait possible de **parler en termes de « reste à charge »** mais cela demanderait d'inverser le raisonnement actuel.

[...]

- La solution pourrait être l'information donnée par les professionnels de santé.

[...]

- Comment s'approprier les connaissances nécessaires pour pouvoir poser les questions ensuite ?
- Quelle est l'importance d'un accompagnement individualisé ?
- Est-il possible de donner un minimum d'informations dans un document [...] ? Pourquoi ne pas mettre dans un document explicatif uniquement les cas les plus classiques de remboursement à un niveau basique pour donner des indications sans que ce soit trop compliqué (médecin généraliste, hospitalisation...) ?
- Faire des réunions d'information collectives puis par petits groupes pour approfondir ?

[...]

Source : Compte-rendu du *Laboratoire d'usage - Des contrats complémentaires santé pour les populations en situation de précarité*, février 2013, ATD Quart-Monde

Annexe 6 :

Code de la sécurité sociale - Partie législative

- Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé
 - Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé
 - [...] Chapitre 3 : Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Article L863-7

- Créé par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 55

Bénéficiaire du label intitulé " Label ACS " les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'Etat, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Les ressources santé d'ATD Quart-Monde présentées au Congrès des Centres Sociaux

Micheline Adobati et Marie-Agnès Iung du Groupe Santé d'ATD Quart Monde sont intervenues dans l'atelier portant sur l'accès aux droits du Congrès des Centres Sociaux le 21 juin dernier à Lyon

[...]

Le mouvement ATD Quart-Monde a réfléchi aux conditions d'accompagnement et d'accès à la complémentaire santé garantissant la meilleure couverture possible. [...] D'autre part la réforme Fillon sur les contrats collectifs favorisait fortement ces contrats à la fois par des réductions d'impôt pour les entreprises, par des contrats négociés, moins chers et mieux couverts, où les personnes ne sont pas prises en fonction de leur état de santé mais parce qu'elles appartiennent à un collectif. Nous nous sommes donc orientés vers un contrat de groupe ouvert collectif avec entrée individuelle négociée comme dans les entreprises. Le projet a été de fédérer différentes associations au sein d'un collectif. Lors d'une réunion du Réseau Santé Précarité, animé par le service de Nancy ville santé ce projet a été présenté et l'écho a été favorable. Les participants du Réseau Santé Précarité sont des personnes qui se trouvent en situation précaire et assument un rôle d'accompagnateurs, des associations qui travaillent en lien avec les populations en précarité, des professionnels de la santé et du social, des administratifs et des institutionnels comme la CPAM, le CHU, le CHRS, la maternité, le CCAS, le Conseil général, et des politiques.

Pourquoi un contrat collectif et quels en sont les avantages ?

- Le coût global moyen des contrats collectifs est moins élevé que celui des contrats individuels.
- Ils permettent une économie d'échelle, donnent un pouvoir de négociation et bénéficient d'exonérations de charges sociales et fiscales.
- L'adhésion est obligatoire, ils sont mutualisés et ils assurent les salariés indépendamment de leur état de santé.

Méthode de recueil de la parole des militants Quart-Monde et de leurs préconisations :

Dans un premier temps deux focus groupes d'usagers ont été réalisés. Nous avons formulé des recommandations et des préconisations à partir du constat du partage d'expériences personnelles de ces usagers ou de leurs proches. La méthode a consisté à enregistrer les débats, à les décrypter et les analyser puis à réaliser l'écrit. L'écrit a été validé par les participants puis présenté aux professionnels santé du Réseau Wresinski Santé du Mouvement ATD Quart-Monde. Les expériences ont été croisées. Le travail conjoint a ensuite été validé par les participants. Le panier de biens idéal a été ainsi déterminé ainsi que la démarche d'accompagnement nécessaire à la mise en place d'une complémentaire santé d'après les participants.

Dans un deuxième temps une rencontre a ensuite eu lieu entre les associations partenaires du réseau précarité santé de Nancy, puis les résultats des focus groupes ont été présentés. Les responsables des associations caritatives intéressées ont été rencontrés individuellement et leurs constats et préconisations ont été recueillis.

Dans un troisième temps une démarche commerciale a été menée en lien avec l'Institut de commerce de Nancy auprès des organismes complémentaires assurantiels et mutualistes et de prévoyance à partir de la proposition validée par les participants au focus groupe, les

professionnels en lien avec le mouvement ATD Quart-Monde et les membres du réseau santé précarité de Nancy.

Le projet a ensuite été présenté aux partenaires institutionnels de la politique de la ville, de la communauté urbaine, de la ville de Nancy, de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) et du fonds CMU en présence des associations partenaires. Une présentation a également été faite au Conseil général. Le panier de biens a été validé et un appel d'offre à diffuser a été préparé.

Nous n'avons pas oublié de présenter le projet à un cabinet d'avocats pour obtenir un conseil juridique sur l'adéquation de l'appel d'offre avec les juridictions existantes.

Les réponses à l'appel d'offre ont ensuite été réceptionnées et sélectionnées puis signées. La convention de partenariat des associations du réseau de santé qui le désirent avec le porteur de projet a été signée. Une convention d'accompagnement spécifique par la mutuelle complémentaire a été officialisée. Un fonds d'urgence pour aider les personnes à honorer leurs cotisations en cas de détresse a été mis en place. Enfin, une campagne de sensibilisation a été menée avec les phrases et les images faites par les usagers eux-mêmes pour leurs pairs. Le contrat n'est pas à l'équilibre financièrement, il est fragile et a révélé que l'hôpital endette effectivement, 60 % de la valeur du contrat passe dans les remboursement de frais hospitalier non remboursés car les ALD ne sont pas mises en place ou les patients sont hors parcours de soins, n'ayant pas de médecin traitant, venant de la rue, et on rembourse les frais à hauteur de 60 % de l'hospitalisation médicale. Les impayés sont importants, 7 500 euros en deux ans. La situation se régularise peu à peu.

Voilà le résumé de notre première action à Nancy.

Puis nous avons ouvert un partenariat national avec une association AGIR ABCD pour un accompagnement sur le territoire français avec le contrat négocié avec une mutuelle parisienne SMI. Cette expérimentation a montré tout son intérêt, le contrat est équilibré, les personnes bénéficiant d'un fort accompagnement par les deux associations, le coût du contrat est faible, 29,50 euros mensuel, dont il ne reste après l'ACS que 30 à 60 euros annuels à charge pour l'adhérent.

Puis nous avons travaillé avec Harmonie mutuelle dans cette même démarche pour construire avec les usagers en situations précaires un contrat ACS qui corresponde à leurs besoins. D'autres mutuelles nous ont rejoint, et nous avons ainsi organisé quatre temps de travail avec les usagers, les collectivités territoriales, les institutions, la société Française de santé publique les chercheurs et des professionnels de santé. Les recommandations de ces laboratoires d'usage sont sur le site du Fonds CMU. Parallèlement la conférence de lutte contre les exclusions et pour l'inclusion des populations précaires nous délivrait un calendrier dans ce domaine avec une augmentation du seuil de l'attribution de la CMUC et de l'ACS et le devoir de produire pour le 1^o juillet 2013 des contrats référence. Nous pouvons d'ores et déjà vous faire parvenir le communiqué de presse sur cette nouvelle action et les conditions de ce nouveau contrat valable sur la France et les DOM TOM :

Une association pour l'accès A LA COMPLEMENTAIRE SANTE DES POPULATIONS EN PRECARITE et un contrat dédié construit avec les usagers en situation précaire par cinq mutuelles

[...]

C'est à partir de la société civile, en travaillant avec des usagers en situation précaires d'ATD Quart-Monde que 5 grands groupes mutualistes : Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi mutuelle, Harmonie mutuelle et mutuelle Ociane, ont décidé avec l'Association ATD Quart-Monde de promouvoir un type de contrat d'assurance complémentaire santé adapté et pensé avec les utilisateurs. C'est au travers d'une association regroupant ces 6 membres fondateurs que l'association « ACS-P » créée le 12 juin dernier (« Association pour l'accès à la complémentaire santé des populations en précarité ») proposera ce contrat avec une garantie spécifique proposée par Adréa mutuelle, Apréva mutuelle, Eovi mutuelle, Harmonie mutuelle et mutuelle Ociane.

[...]

L'association ACS-P regroupera, au delà des membres co assureurs, et des membres d'honneur :

- **Des membres actifs, associations ou institutions œuvrant dans le champ de la solidarité et de la protection de la santé qui le désirent** (mutuelles ou unions relevant du code de la Mutualité, ou autres organismes agréés pour effectuer des opérations d'assurance dans le domaine de la complémentaire santé, et relevant du code de la Sécurité sociale (institutions de prévoyance) ou du code des assurances (entreprises d'assurances), les organismes de Sécurité sociale ainsi que les organismes agréés pour participer à la gestion d'un régime légal ou obligatoire d'assurance maladie et maternité, les associations et fédérations impliquées dans des domaines d'activité en relation avec l'objet de l'association et les associations d'usagers, des collectivités territoriales,
- **Des membres de droit, bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé,** (personnes physiques, adhérant aux contrats collectifs)

Seuls les trois collègues membres co assureurs, actifs et de droits ont des voix délibératives. Cette gouvernance permettra d'activer une pleine participation des différents acteurs de l'action. C'est l'engagement de leurs président et vice présidente.

Source : *Marie Agnès IUNG ; Micheline ADOBATI, Les ressources santé d'ATD Quart-Monde, Message présenté au 8ème Congrès des centres sociaux de France, LYON 21, 22 et 23 juin 2013*