

Observatoire

DE L'ÉVOLUTION

DES MÉTIERS DE L'ASSURANCE



Étude de Métier

Les métiers de la santé

février 1998

Les métiers de la santé

L'évolution des métiers de la santé dans l'assurance : de Sésam Vitale aux réseaux et filières.

Les métiers pratiqués par les assureurs dans le cadre de la couverture de l'assurance maladie, sont en pleine mutation. Ce phénomène devrait s'accélérer sous la pression de la crise des systèmes de protection sociale et des évolutions technologiques.

Depuis le milieu des années 80 l'ensemble des pays industrialisés, dont la France, sont confrontés à une évolution de leurs dépenses de santé qui progressent de façon beaucoup plus rapide que leur produit intérieur brut (P.I.B), sous l'effet conjugué de facteurs démographiques liés au vieillissement de la population, au ralentissement de la croissance et à la montée du chômage, mais aussi d'une demande nouvelle, plus exigeante, de la part des patients.

Pour y faire face dans un premier temps, les Gouvernements, notamment en Europe, ont pris des mesures s'appuyant principalement sur deux variables : l'alourdissement des cotisations et le déremboursement. Aujourd'hui, ils semblent se diriger vers une articulation agissant sur les différents acteurs à travers l'élaboration d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. En France entre autres, la réflexion autour des filières et réseaux de soins s'inscrit dans ce contexte. Elle devrait conduire prochainement à la mise en place des premières expériences.

Une autre "révolution" a eu un impact considérable pour les assureurs sur la gestion et l'emploi : la dématérialisation à travers les échanges de données informatisées (E.D.I) qui a allégé la gestion et amélioré la qualité du service.

La généralisation, selon un calendrier encore incertain, de l'attribution à chaque assuré social d'une carte à microprocesseur, dénommée "Vitale", aura pour effet à terme, liée à la mise en place d'une "carte de professionnel de santé" (CPS), de libérer les professionnels de l'envoi des feuilles de soins aux organismes gestionnaires du risque obligatoire. Elle pose le problème de la présence des assureurs complémentaires dans l'élaboration du réseau de santé sociale (RSS) qui aura un effet structurant global sur l'organisation générale du système de soins dans notre pays.

Pour les assureurs, l'enjeu est d'importance et la place qu'ils y occuperont sera déterminante pour l'évolution et la création de nouveaux métiers. La santé n'est pas à vendre, mais l'assurance maladie est un marché qui recouvre d'ores et déjà de multiples intervenants déjà en forte concurrence sur la partie complémentaire. Mais c'est aussi un problème sociétal à forte charge émotive, qui rend très délicat le débat sur une ouverture plus grande à la concurrence, d'autant que l'analyse des expériences étrangères n'entraîne pas une conclusion définitive sur la pertinence d'un modèle... Mais c'est bien de l'issue de celui-ci, de la place et du rôle qu'auront à jouer les compagnies d'assurances dans le domaine de la couverture santé, que dépendra l'évolution des métiers qui y sont liés.

Sommaire

Etude

1. L'organisation de l'assurance sociale en France	P 4
I. La notion d'assurance sociale : aperçu historique	P 4
a) <i>les deux modèles</i>	P 4
b) <i>la création de la Sécurité Sociale en France</i>	P 4
II. L'assurance maladie : les intervenants	P 5
a) <i>les régimes obligatoires</i>	P 5
1. le régime général des travailleurs salariés non agricoles (industrie, commerce, services)	P 5
2. les régimes spéciaux	P 6
3. le régime des exploitants agricoles (Amexa) (Loi du 21.01.1961)	P 6
4. le régime des professions indépendantes (A.M.P.I)	P 7
L'Organisation des Régimes d'assurance Maladie Obligatoire	P 8
b) <i>Les organismes complémentaires</i>	P 9
- les entreprises régies par le code des assurances	
- les sociétés mutualistes	
- les institutions de prévoyance	
- les institutions relevant du code rural	
III. Les assureurs et la santé	P 10
a) <i>La consommation médicale en France</i>	P 10
b) <i>La place des assureurs dans le financement des dépenses de soins et de biens médicaux en 1996</i>	P 10
c) <i>Le financement des dépenses de soins de santé par les régimes</i>	P 12
d) <i>Le financement des dépenses de soins de santé par les organismes complémentaires</i>	P 12
e) <i>L'indemnisation en cas de décès, d'incapacité ou d'invalidité</i>	P 12
f) <i>Les assureurs dans l'ensemble de la protection décès-maladie-accident</i>	P 12
2. Les métiers de la santé	P 13
I. Le contexte et les modes d'intervention	P 13
II. L'analyse du passé	P 13
a) <i>L'échange de données informatisées (EDI)</i>	P 13
b) <i>La carte Santé Pharma et le réseau Assurnet</i>	P 14
c) <i>Les conséquences sur l'emploi</i>	P 14
3. Les perspectives	P 15
I. Les nouvelles évolutions technologiques : la carte Vitale et la Carte de Professionnel de Santé	P 15
a) <i>Les principes de base et leur mise en route</i>	P 15
b) <i>Les conséquences sur l'emploi</i>	P 16
c) <i>Les assureurs et les effectifs santé</i>	P 17
1. Caractéristiques générales de la population	P 17
2. Les décompteurs "Régime Obligatoire" (sur les plans quantitatif et qualitatif)	P 18

II. Les évolutions structurelles de l'organisation générale du système de santé	P 24
- Notion de filière de soins -	P 24
- Les réseaux de soins	P 24
III. L'évolution des produits	P 26
IV. Les évolutions de la concurrence	P 26
a) <i>Les intervenants</i>	P 27
b) <i>Les distorsions de concurrence</i>	P 27
V. L'évolution de l'environnement international et plus particulièrement européen	P 28

<u>Conclusion :</u> pour demain? Deux visions possibles	P 30
--	-------------

<u>Bibliographies -</u> <u>Publications et Revues</u>	P 32
--	-------------

<u>Remerciements</u>	P 33
-----------------------------	-------------

<u>Témoignages</u>	P 35
---------------------------	-------------

Monsieur Didier Brulé Secrétaire général adjoint Fédération des services CFDT	P 37
---	------

Monsieur Michel Charton Directeur des opérations - Pôle Développement Maîtrise des Frais médicaux CNP Assurances	P 41
---	------

Monsieur Jean Claude Jolain Président Mutuelles du Mans	P 47
---	------

Monsieur Jean de Kervasdoué Professeur au CNAM SANESCO	P 53
--	------

Madame Solange Morgenstern Déléguée de la direction Assurances Collectives UAP Présidente FNCATA - CFE - CGC	P 55
--	------

1 . L'organisation de l'assurance sociale en France

I) la notion d'assurance sociale : aperçu historique

Créée en France au lendemain de la libération, la Sécurité Sociale traduisait l'aboutissement de près de 50 ans d'initiatives publiques et privées en vue de faire bénéficier les travailleurs salariés d'un système de protection sociale. Cette nécessité découlait des changements économiques et sociaux liés à la "révolution industrielle" du 19^{ème} siècle et du débat des idées philosophiques et politiques qui avaient marqué en particulier l'histoire de la pensée économique et sociale en Europe occidentale.

a) Les deux modèles

De ce mouvement ont émergé deux systèmes de protection sociale qui ont servi de référence pour la mise en place institutionnelle de l'assurance sociale dans les pays développés : le système Bismarck et le système Beveridge.

- Le système Bismarck, né en Allemagne en 1881, dit "assurance sociale", repose sur l'assurance professionnelle obligatoire. Les droits sociaux y tirent leur justification de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un lien de pérennité avec le travailleur ; activité dont la protection sociale est la contre-partie et à laquelle s'impose le versement de cotisations définies en proportion du salaire.

- Le système Beveridge dit de Sécurité Sociale ou système national, est issu d'un rapport publié par William Beveridge en 1942 et repose sur la solidarité entre les citoyens ; il est financé par l'impôt. Les droits sociaux y découlent de la citoyenneté et sont définis par rapport aux besoins. Il s'inscrit dans un concept "d'Etat providence" (Welfare State), et de protection minimum obligatoire.

b) La création de la Sécurité Sociale en France

En France, il est communément admis de considérer que l'extension et la généralisation du concept de Sécurité Sociale, découlant du plan de 1945, s'inspirait des deux modèles précités. Il posait le principe d'une garantie à tous les éléments de la population de revenus suffisants pour assurer leur subsistance familiale en toutes circonstances.

Mais il existait déjà des systèmes antérieurement. La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail constitue en effet le premier acte d'une garantie sociale obligatoire des travailleurs salariés. La première généralisation d'assurance sociale au sens propre découle des lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 protégeant les salariés du commerce et de l'industrie à faible revenu, en cas de maladie, maternité, invalidité, décès.

Mais c'est bien l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui institua pour les travailleurs et leur famille, la Sécurité Sociale au sens où nous la connaissons aujourd'hui.

Le législateur souhaitait élaborer un régime unique pour tous les Français, mais il dut laisser subsister, soit pour des raisons de refus idéologique de certaines catégories soit

par l'existence d'un système corporatiste antérieur, une partie de la population hors de ce champ d'application notamment certains régimes de fonctionnaires, les agriculteurs, les professions libérales et indépendantes.

Depuis la mise en place du régime général en 1945, l'extension des systèmes de Sécurité Sociale obligatoire s'est faite progressivement pour aboutir aujourd'hui à un ensemble complexe posant des problèmes d'organisation, de gestion et de financement, et qui voit intervenir, tant sur la partie obligatoire de la couverture que sur la partie complémentaire, des organismes multiples juridiquement distincts d'origines diverses.

II) L'assurance maladie : les intervenants

Pour comprendre l'organisation de l'assurance maladie en France, il faut d'abord distinguer les organismes gestionnaires de régime obligatoire, de ceux intervenant en complémentaire tels que les a définis la Loi Evin du 31 décembre 1989. A l'intérieur de ces deux groupes, il existe aussi différentes subdivisions selon la nature de la population concernée ou de la structure juridique de l'organisme intervenant.

a) les régimes obligatoires

Les organismes obligatoires proposent des garanties au premier franc en matière de maladie, maternité, décès ou accident du travail. Ils peuvent être classés en 4 groupes.

1. Le régime général des travailleurs salariés non agricoles (industrie, commerce, services).

Au titre de l'article L311-2 du Code de la Sécurité Sociale "sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes, quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre, salariés ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la firme, la nature ou la validité de leur contrat".

En 1994, le régime général couvrait près de 47,7 millions de personnes soit 82,2% de la population protégée par les régimes obligatoires. Sont couverts non seulement les salariés du commerce et de l'industrie mais aussi les adultes handicapés, assurés personnels, étudiants, praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés...

L'organisation de l'Assurance Maladie s'articule en trois niveaux :

- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a pour rôle, selon l'article L 222-1 du Code de la Sécurité Sociale :

a) d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement d'une part des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, et d'autre part des accidents du travail et maladies professionnelles et de

- maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions ;
- b) de promouvoir la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- c) d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie... ;
- d) d'organiser et de diriger le contrôle médical ;
- e) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses régionales et des caisses primaires et sur la gestion de leur patrimoine immobilier.

La Caisse Nationale exerce un pouvoir de contrôle sur les caisses régionales et primaires d'assurance maladie."

- *Les 16 Caisses régionales d'Assurance Maladie (CRAM)* fixent notamment les tarifs des accidents du travail et des maladies professionnelles.

- *Les 129 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)*, assurent le service des prestations d'assurance maladie, maternité en espèce et nature ainsi que les pensions d'invalidité. Elles gèrent aussi les immatriculations des assurés sociaux et exercent l'action sanitaire et sociale de l'assurance de santé.

2. Les régimes spéciaux

Les régimes spéciaux de sécurité sociale assurent pour l'essentiel la protection sociale de travailleurs employés ou ayant été employés sous statut. C'est le cas notamment des fonctionnaires civils ou militaires de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics hospitaliers, des mineurs, des marins, des employés de la Banque de France, des ouvriers de l'Etat ou des agents des entreprises publiques des secteurs de l'énergie et des transports. Chacun de ces régimes dispose d'une législation et d'une réglementation propres dont l'essentiel n'est pas codifié.

La Cour des comptes dénombre 137 régimes spéciaux dont 16 d'entre eux enregistrent l'adhésion de nouveaux actifs et 112 sont en extinction. Seuls 11 de ces régimes ont plus de 20.000 cotisants de bénéficiaires de droits directs. Au total, les régimes spéciaux concernent 4,6 millions d'actifs, 2,4 millions de retraités de droits directs et 600.000 ayants droit. En 1995, ils ont versé un peu plus de 269 milliards de F. de prestations (dont 150 milliards réglés par l'Etat au profit des anciens fonctionnaires civils et militaires).

(Source : Cour des comptes : rapport annuel au Parlement sur la Sécurité Sociale - Septembre 1997)

3. Le régime des exploitants agricoles (AMEXA) (Loi du 21 janvier 1961)

L'ensemble des professions agricoles, salariés et exploitants sont couvertes par la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A). Cependant, l'assurance maladie maternité, invalidité des exploitants agricoles ou AMEXA n'est pas gérée exclusivement par la MSA.

Au sein du régime AMEXA, il n'y a pas de monopole de gestion de la MSA, à la différence du monopole créé en 1945 au profit de la Sécurité Sociale pour la gestion du régime général. La loi de 1961 a prévu au contraire le principe d'une liberté de choix

par l'assuré de l'organisme gestionnaire.

MSA et GAMEX, Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants agricoles, sont les deux gestionnaires du régime. Le GAMEX est une association, loi de 1901, qui rassemble les entreprises d'assurances ayant sollicité et obtenu l'habilitation pour gérer le régime AMEXA. Chaque exploitant agricole choisit d'être affilié soit à la MSA soit au GAMEX et peut changer d'organisme tous les deux ans. Le GAMEX couvre ainsi de manière collective pour les sociétés d'assurances 10% de la population des exploitants agricoles.

4. Le régime des professions indépendantes (commerçants, artisans, professions libérales) A.M.P.I

La loi du 12 juillet 1966 a créé un régime spécifique d'assurance maladie, maternité des travailleurs non salariés. Les membres des professions artisanales libérales, industrielles et commerciales y sont obligatoirement assujettis. Le régime des travailleurs non salariés est organisé selon trois niveaux :

- *La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)* gère les fonds, crée, anime et contrôle l'action des Caisses Maladie Régionales, coordonne le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.

- *Les 31 Caisses Maladie Régionales (CMR)* sont responsables de la gestion administrative du régime dans leur circonscription, fixent les tarifs et immatriculent les assurés.

- Les organismes conventionnés (O.C) sont chargés, par habilitation de la CANAM, de l'encaissement des cotisations et de la liquidation des prestations.

Les O.C sont librement choisis par l'assuré et sont soit des sociétés mutualistes soit des sociétés d'assurances.

La CANAM a ainsi délégué sa gestion par convention aux sociétés d'assurances soit directement, soit par l'intermédiaire d'une association loi de 1901, la RAM, Réunion des Assureurs Maladie des travailleurs non salariés.

* la R.A.M couvre 26% de la population des TNS (D.O.M compris)

* les A.G.F, 10%

* les Mutuelles du Mans, 8%

* la Strasbourgeoise, 0,5%

Chronologie des régimes obligatoires

1945 : mise en place de la Sécurité Sociale pour les travailleurs salariés (Loi du 04.10.45)

GESTION PAR LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE

1961 : mise en place du régime agricole (Loi du 25.01.61)

LIBRE CHOIX DE L'ORGANISME DE GESTION

1969 : entrée en vigueur de l'obligation d'assurance "Accident agricole - loi de 66"

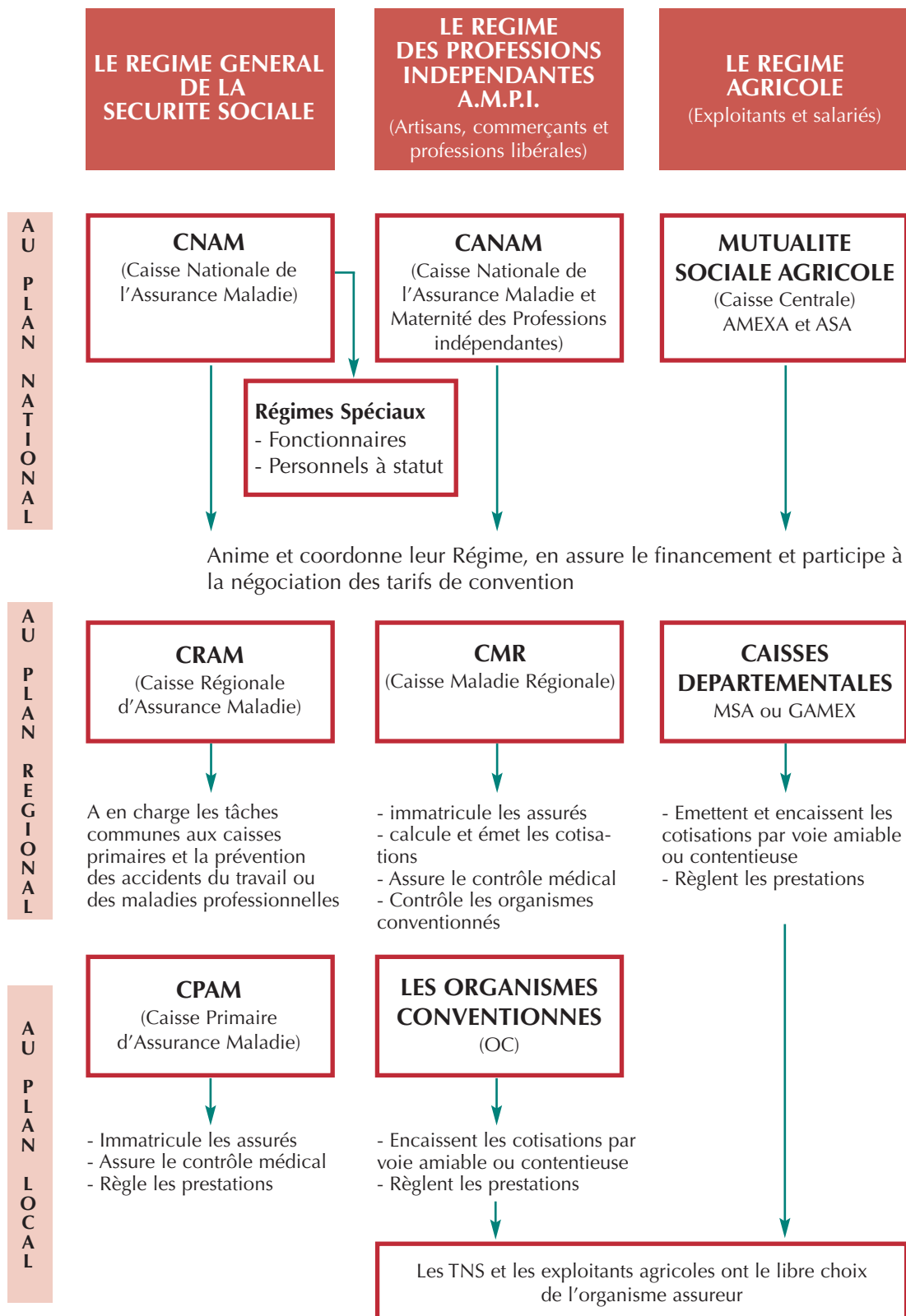
(Loi du 22.12.66)

LA "LOI DE 66" INSTITUE UNE OBLIGATION D'ASSURANCE ET NON UN RÉGIME OBLIGATOIRE.

1969 : mise en place du régime obligatoire des travailleurs non salariés (TNS) pour les professions suivantes : commerçants, artisans, professions libérales (Loi du 12.07.66)

Libre choix de l'organisme conventionné

L'ORGANISATION DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE



b) Les organismes complémentaires

La Loi EVIN du 31 décembre 1989 a clarifié en matière d'assurance complémentaire une situation juridique confuse qui existait depuis 1946 et qui limitait aux seules institutions découlant de l'article L 732-1 du Code de la Sécurité Sociale et aux sociétés mutualistes, le droit de gérer les régimes de prévoyance complémentaire. Dans la réalité ce monopole, contraire aux principes du droit communautaire de libre concurrence, avait été contourné par les sociétés d'assurances par le biais des contrats collectifs de groupe.

Depuis 1990, grâce à l'article 1 de la Loi précitée, une clarification est intervenue définissant les opérateurs habilités à présenter des opérations de prévoyance complémentaire.

* **Les entreprises régies par le code des assurances**, sous la tutelle du Ministère de l'Economie et des Finances, pratiquant la branche maladie et accident. Elles ont vu leur nombre passer d'une cinquantaine au début des années 80 à 158 à la fin 1996.

* **Les sociétés mutualistes** sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales, sont régies par le code de la Mutualité. Ce sont des groupements "à but non lucratif qui essentiellement, au moyen de cotisations de leurs membres, se proposent de mener dans l'intérêt de ceux-ci ou de leurs familles, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide".

On en dénombre 5962 qui sont réunies au sein de Fédérations qui encadrent plus ou moins leur activité.

Elles sont généralement connues sous la dénomination de "Mutuelle 45" par référence à l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui règlemente leur statut (conseil d'administration, assemblée générale, etc). Elles recouvrent des aspects différents selon leur champ de compétence territoriale, professionnelle, leurs types de risques (sportifs ou scolaires) ou d'entreprises.

* **Les institutions de prévoyance** relevant de l'article L 732-1 du code de la Sécurité Sociale dont leur création à l'origine était liée à la gestion des systèmes de retraite complémentaire à la Sécurité Sociale. Les sociétés d'assurances ont souvent permis leur création et leur développement. Mais celui-ci a eu pour effet de les éloigner des sociétés d'assurance et de les rapprocher des organismes de compensation technique de retraite (AGIRC et ARRCO).

Souvent dénommées institutions L4 du nom de l'ancien article du Code régissant leur statut, elles sont 87 et fonctionnent à partir d'un conseil d'administration où siègent à parité des représentants des salariés bénéficiaires et des employeurs.

Les institutions de prévoyance n'exercent pas toutes une activité en individuel mais elles sont souvent amenées à le faire afin de pouvoir proposer la poursuite des garanties à leurs adhérents lorsqu'ils sortent du champ de couverture collective.



*** Les institutions relevant du code rural**

Quelle que soit leur nature juridique, ces 4 organismes sont soumis à des règles communes en matière de sélection des risques mais aussi en matière prudentielle avec l'obligation de provisionner une couverture de leur engagement par des capitaux suffisants. Cette dernière règle est une nouveauté pour les institutions de prévoyance et les mutuelles qui en étaient dispensées antérieurement.

III - Les assureurs et la santé (1)

La couverture de la protection sociale des ménages par les sociétés d'assurances revêt diverses formes.

Les sociétés d'assurances de personnes interviennent pour une grande part en complément des régimes d'assurances obligatoires, en concurrence avec les autres organismes d'assurances habilités à intervenir dans la couverture de ces risques sociaux : mutuelles relevant du code de la mutualité et institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité Sociale.

Cette protection permet une couverture complémentaire :

- du risque vieillesse, avec la possibilité de compléter le financement de sa retraite ,
- des risques décès, maladie et accident par le remboursement de frais de soins en complément de la Sécurité sociale ou le versement d'indemnités en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de dépendance et le paiement d'un capital décès.

a) la consommation médicale en France

La consommation médicale totale française représente les valeurs des biens et services médicaux utilisés en France pour la satisfaction directe des besoins individuels.

Elle s'est élevée à 716,6 milliards de Francs en 1996, soit 12 276 Francs par habitant, soit un taux d'évolution de + 2,9% contre 4,5% en 1995.

Deux éléments principaux composent la consommation médicale totale :

- la consommation de soins et de biens médicaux (701,4 milliards de Francs) qui se répartit en soins hospitaliers (50%), soins ambulatoires (28%), médicaments (18%) et les autres services (transports et prothèses) pour 4%.
- la consommation de services de médecine préventive (15,2 milliards de Francs).

b) la place des assureurs dans le financement des dépenses de soins et biens médicaux en 1996

En 1996, les dépenses totales de soins et de biens médicaux atteignent 700 milliards de Francs soit une progression de +2,8% par rapport à 1995. (Source : *Comptes nationaux de la santé*)

Avec 22 milliards de Francs de prestations versées en 1996 (*hors réassurance*) , les sociétés d'assurances couvrent 3,1% des dépenses totales de santé pour l'année 1996, soit une part supérieure de 0,1 point à celle observée en 1995.

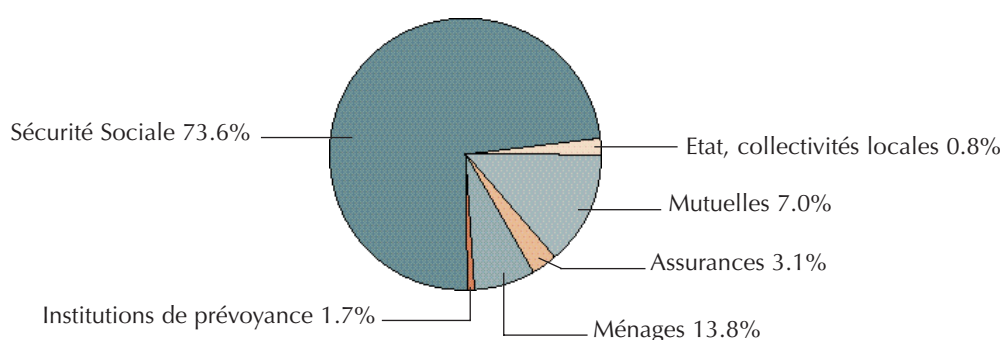
Cette part relative de 3,1% correspond environ à près de la moitié de celle détenue par les mutuelles régies par le code de la Mutualité (7,0%) et environ au double de celle

Les métiers de la santé

des institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité Sociale (1,7%).

Ainsi les organismes complémentaires, avec 82 milliards de Francs, couvrent globalement 11,8% des dépenses de soins et de biens médicaux en France, contre 11,4 % en 1995. Les sociétés d'assurances représentent 26% du financement complémentaire des dépenses de santé.

Financement des dépenses de soins et de biens médicaux - 700 milliards de Francs -



La place des sociétés d'assurances dans le financement global des dépenses de santé varie fortement selon le type de prestations.

Si elles interviennent peu dans le financement des dépenses hospitalières (0,9%), en revanche elles occupent un poids important pour les frais d'analyses (5,9%), de médecins (4,9%) et de pharmacie (4,8%) et encore plus important pour les frais des dentistes (9,6%) et d'optique orthopédie (9,0%).

Part du financement des organismes complémentaires dans les dépenses de santé en % (1)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Mutuelles (code de la Mutualité)	6	6.3	6.2	6.1	6.1	6.2	6.3	6.8	6.91	7
Sociétés d'assurances (1)	2.2	2.4	2.4	2.7	2.8	3	3	3.1	3	3.1
Institutions de prévoyance	-	-	-	-	-	1.3	1.3	1.5	1.5	1.7

(1) Source : Comptes nationaux de la santé

En dix ans le montant des prestations versées par les assureurs a plus que doublé puisqu'il est passé de 9 milliards de Francs en 1987 à 22 milliards de Francs en 1996, soit un taux d'évolution annuel moyen de plus de 10.4% au cours de cette période tandis que la dépense globale de santé est passée de 414 milliards de Francs en 1987 à 700 milliards de Francs en 1996, soit un taux d'évolution annuel moyen de plus de 6%.

La part des assureurs dans le total des dépenses de santé qui s'élevait à 2.2% en 1987 n'a cessé d'augmenter jusqu'en 1992 (3.0%) pour rester stable ensuite.

c) Le financement des dépenses de soins de santé par les régimes

Les prestations en nature versées par les régimes de base
(maladie, maternité, accidents du travail)

RÉGIME	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (p)
Cnamts	347.7	372.2	393.3	407	427.2	443
Canam	19.3	20.3	21.7	21.9	22.9	23
Agricoles	41.9	44	45.7	45.7	47.8	48
Autres régimes	24.7	26.2	27	27	27.1	27.2
TOTAL	433.6	462.7	487.7	501.6	525	541.2

Sources : Cnamts et FFSA (en milliards de Francs)

d) Le financement des dépenses de soins de santé par les organismes complémentaires

Les prestations en nature financées par les organismes complémentaires

ORGANISME	1991	1992	1993	1994	1995	1996 (p)
Sociétés d'assurances	15,7	17,7	19	20,3	20,2	21,6
Mutuelles du code de la Mutualité	34,2	36,8	39,9	44,4	46,9	49,1
Institutions de prévoyance	7	7,9	8,4	9,5	10,5	11,6
TOTAL	56,9	62,4	67,3	74,2	77,6	82,3
ENSEMBLE	490,5	525,1	555	575,8	602,6	623,5

Sources : Comptes nationaux de la santé (en milliards de francs)

(p) : provisoire

e) L'indemnisation en cas de décès, d'incapacité, ou d'invalidité

En 1996, les régimes de base ont versé 87 milliards de Francs d'indemnité pour arrêts de travail, invalidité ou décès au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail.

Cette même année, environ 52 milliards de Francs de prestations supplémentaires ont été versées par l'ensemble des organismes complémentaires, assurances (*non compris les indemnités versées au titre des contrats d'épargne-assurance comportant une contre-assurance en cas de décès*), mutuelles du code de la mutualité et institutions de prévoyance dont 71% par les sociétés d'assurances (37 milliards de Francs). La part des sociétés d'assurances dans le total des indemnités versées en 1996 s'élève à 27%.

f) Les assureurs dans l'ensemble de la protection décès-maladie-accident

Si l'on cumule à la fois le montant des prestations versées par les assureurs au titre des dépenses de soins et de biens médicaux ainsi que le montant des indemnités versées en cas de décès (*non compris pour les assureurs les indemnités versées au titre des contrats d'épargne-assurance comportant une contre-assurance en cas de décès*) d'incapacité ou d'invalidité (*hors accidents de la route indemnisés au titre des garanties automobile*), soit au total 59 milliards de Francs, la part des assureurs atteint, pour l'année 1996, 7.0% de l'ensemble de la protection sociale décès-maladie-accidents en France devant les mutuelles (6.1%) et les institutions de prévoyance (3.0%).

2. Les métiers de la santé

L'Observatoire des métiers a été saisi par les Directeurs des relations sociales des entreprises d'assurance ressortissant de la FFSA et du GEMA, membres de son Conseil d'administration, d'une demande d'analyse de l'impact quantitatif sur l'emploi des conséquences de la mise en place de la carte Sésam Vitale.

I. le contexte et les modes d'intervention

L'intervention des assureurs en assurance santé s'effectue selon des modalités différentes. Tout d'abord, elle peut s'inscrire dans un contrat de type individuel ou bien dans un contrat collectif où l'assurance maladie est accompagnée d'autres garanties telles que décès et invalidité.

Elle se situe généralement au niveau d'une intervention sur la partie complémentaire du risque non couvert par les garanties obligatoires des régimes de base. Mais certains assureurs interviennent aussi par délégation de gestion sur le risque obligatoire en ce qui concerne essentiellement les professions libérales, artisanales et commerciales mais aussi les exploitants et salariés agricoles.


En ce qui concerne le risque obligatoire (RO), les compagnies agissent par délégation de gestion en tant qu'élément du service public sur des bases définies par les Ministères de tutelle (Finance, Santé, Agriculture).

La situation est aussi différente lorsque l'assurance santé est pratiquée par des groupes d'assurances multirisques ou par un organisme spécifique dédié à la santé.

II. l'analyse du passé

La constatation effectuée principalement par le groupe de travail est qu'en matière quantitative d'emplois la réduction des effectifs est déjà en partie du passé, surtout en gestion du risque complémentaire. En effet, les conséquences principales de la réduction des effectifs ont été liées à la mise en place des systèmes d'échanges de données informatisées (EDI).

a. L'échange de données informatisées (EDI)

Pendant plus de 30 ans, la gestion tant en risque obligatoire qu'en complémentaire, a vu très peu d'évolution. Ils avaient d'ailleurs tendance à évoluer de manière séparée : l'assureur complémentaire étant dépendant pour son intervention du "système papier" du régime obligatoire de base. Avec l'introduction de l'EDI (Electronic Data Interchange, traduit en français par échange de données informatisées) qui est une transmission de données électroniques d'information reposant à la fois sur les techniques de l'informatique et de la télécommunication, une révolution s'est engagée. En effet son objectif, à travers la suppression des échanges papier, est d'accroître la rapidité, la qualité des services en engendrant des gains de productivité qui permettent à effectif constant, voire en diminution, de gérer l'augmentation croissante du nombre de feuilles maladie et de prestations liées au développement de la consommation médicale. 

La mise en place de la télétransmission de type EDI a engendré du point de vue des assureurs complémentaires, deux procédures d'application : la carte Santé Pharma et le réseau Assurnet.

b. La carte Santé Pharma et le réseau Assurnet

La carte Santé Pharma, créée par la FFSA et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France pour simplifier l'accès du patient au médicament prescrit et alléger la gestion administrative, a célébré son dixième anniversaire en octobre 1996. Cette application s'appuie sur une logistique informatique très élaborée qui a permis d'accéder, dès 1992, à une qualité d'échanges en zéro papier entre les pharmaciens et les assureurs complémentaires.

Depuis cette date, la part de la télétransmission a progressé régulièrement, au fur et à mesure de l'équipement des pharmaciens, jusqu'à atteindre 50% des flux en mars 1997.

L'application Assurnet Santé a pour objet d'organiser la transmission automatique des décomptes des caisses de régime obligatoire vers les assureurs complémentaires par le biais de la procédure Noémie (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). Elle évite à l'assuré d'avoir à envoyer son décompte de Sécurité Sociale à son assureur. Elle accélère fortement les délais de règlement et réduit les coûts de traitement administratif.

Assurnet Santé, qui a transporté plus de 18 millions de décomptes en 1996, devrait en transmettre 30 millions en 1997.

Grâce à ces deux applications, l'information, matière première du service des assureurs santé aux clients, est aujourd'hui dématérialisée aux alentours de 70% pour les sociétés les plus performantes. Ces procédés sont la base d'une bonne qualité de service, de règlements rapides et d'une gestion économique.

c. Les conséquences sur l'emploi

Sur le plan de l'emploi, il apparaît, en effet, que la mise en place de ces systèmes (EDI-Santé Pharma-Assurnet) ont déjà engendré en moyenne, depuis la fin des années 80, une suppression selon les entreprises concernées de 40 à 50% des effectifs. Les postes touchés ont été essentiellement les décompteurs des prestations d'assurance complémentaire.

Les problèmes sociaux générés par ces nouvelles procédures de gestion ont été peu nombreux, à l'exception d'un organisme professionnel spécifique qui a eu à traiter un plan social. La plupart des sociétés ont réglé le problème par des reconversions internes à travers les autres branches en développement. Certaines avaient d'ailleurs anticipé et continuent à anticiper les évolutions potentielles (Vitale) par des contrats à durée déterminée ou par le recours à des intérimaires.

3. Les perspectives

L'évolution quantitative en tout état de cause découlera d'une manière directe du développement de ce marché, de la place des assureurs, des nouveaux produits, des progrès technologiques, de la mise en place des filières et des réseaux, etc.

I. Les nouvelles évolutions technologiques : la carte Vitale et la carte de professionnel de santé

Dans cette seconde phase, il s'agit de passer d'une informatique basée essentiellement sur la production à un traitement plus qualitatif.

a) les principes de base de leur mise en route

Cette seconde révolution concerne le développement de la télématique et du poste multifonction, le développement à moyen et long terme de la saisie à la source par les professionnels de santé avec le projet Sésam-Vitale. Elle s'inscrit in fine dans un système de transport des données communes aux médecins, laboratoires d'analyses, pharmaciens, organismes de Sécurité Sociale (Risque Obligatoire), sociétés mutualistes et assureurs complémentaires qui aura un aspect fédérateur et structurant aux normes intranet - non propriétaires -.

Projet déjà ancien (1978), il avait comme objectif de répondre à la croissance exponentielle des feuilles de soins à liquider.

De discussions, d'expérimentations, de tergiversations, petit à petit le projet d'un simple outil pour les gains de productivité s'est transformé à travers les ordonnances du 24 avril 1996 en un instrument de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé où l'informatique constitue une des clés de voute de la nouvelle réforme du système.

L'ordonnance précitée relance le projet "Sésam Vitale" dont les effets au niveau des Régimes Obligatoires seront la quasi suppression des transmissions de documents papiers (feuilles de soins - ordonnances...) et de la saisie manuelle des données.

SESAM : "Système Electronique des Saisies de l'Assurance Maladie" dénomme le système informatique lui-même.

La carte Sésam vitale sera celle de l'assuré social. dans une première étape, cette carte à micro-processeur ne contiendra uniquement que les données administratives familiales (Vitale 1), correspondant à la carte papier actuelle. A l'horizon de l'an 2000, Vitale 2, carte individuelle, par bénéficiaire prendra progressivement le relais. En plus des données administratives concernant le régime obligatoire, elle devrait comporter un volet de données administratives concernant l'assurance complémentaire et un volet d'informations médicales personnelles appelé à prendre la suite de l'actuel carnet de santé papier

De son côté, le professionnel de santé se voit attribuer une carte également à micro-processeur appelée **carte de professionnel de santé** (CPS). Cette carte qui lui est strictement réservée est indispensable pour la lecture et l'utilisation de celle de tout assuré social (la carte Vitale). Le but est en premier lieu de sécuriser l'accès à ces informations à caractère confidentiel, mais aussi de signer les feuilles de soins électroniques (FSE).

Les professionnels de santé doivent se doter de matériels leur permettant de se "brancher" sur le système micro-ordinateur, lecteur de carte, logiciel habilité afin de lire la carte Vitale et élaborer une feuille de soins dématérialisée et sécurisée, la feuille de soins électronique (FSE).

Le déploiement de ce dispositif s'inscrit dans un calendrier prévisionnel qui a déjà fait l'objet de nombreuses modifications et retards. A titre indicatif et sous réserve, à ce jour, il devrait se situer entre le deuxième semestre 98 (phase de généralisation en Bretagne de Vitale 1) à décembre 99 (38 millions de cartes Vitale 2 distribuées). Vitale et CPS s'inscrivent dans un projet plus global : **le réseau santé-social**.

***Le réseau santé-social** assurera la transmission des données administratives et médicales. Par ce réseau "Intranet", les professionnels de santé transmettront électroniquement les feuilles de soins (près d'un milliard par an) vers les caisses d'assurance-maladie. Les praticiens pourront aussi communiquer entre eux, les données étant codées et des règles très strictes de confidentialité édictées.*

L'informatisation des cabinets médicaux ne se limitera pas uniquement aux besoins de l'assurance maladie et des régimes complémentaires de santé. Le praticien pourra également développer un véritable "tableau de bord" de son activité, se connecter sur d'autres sources d'informations (veille sanitaire, banque de données médicament, aides à la prescription, réseaux épidémiologiques, comptabilité du cabinet ou de l'établissement).

A ce stade, un certain nombre de questions doivent être posées. Au delà de la problématique du calendrier, **les assureurs complémentaires doivent-ils être présents à travers une carte unique Régime Obligatoire / Régime Complémentaire ou une carte spécifique aux Assureurs Complémentaires ?** La réponse non tranchée à ce jour dépend du coût d'acquisition et de gestion, de la fiabilité, de l'accès aux informations auprès des professionnels de santé, à la préservation du métier d'assureur complémentaire.

D'autre part aussi restent flous : la place du "tiers payant" au profit des assurés, l'accès direct par les assureurs complémentaires au professionnel de santé de saisir les données permettant de suivre l'évolution des actes non pris en charge par les gestionnaires du régime obligatoire, l'avenir de Santé Pharma, la télémise à jour des droits de l'assurance : obligatoire et complémentaire.

La pratique professionnelle des assureurs santé va donc changer profondément. La réflexion sur ces bouleversements est engagée.

b. Les conséquences sur l'emploi

Le débat qui agite employeurs et partenaires sociaux depuis l'origine du projet Sésam Vitale est celui de l'emploi.

L'analyse montre que le problème quantitatif concerne par essence uniquement les gestionnaires des régimes obligatoires qui sont : la CNAMTS, la CANAM, la MSA, les Mutuelles et les Assureurs délégataires de la gestion du régime obligatoire.

Depuis son lancement, le contexte a changé. Les enjeux se sont transformés. Sésam Vitale est maintenant considérée comme un instrument de la gestion du risque et de la maîtrise des dépenses, même si l'aspect gain de productivité reste un élément non négligeable. Il ne nous appartient pas, en ce qui concerne les organismes non dépendant de la FFSA et du GEMA, de prendre position dans la bataille des chiffres. Il ressort des différents documents ou déclarations que l'impact, pour la CNAMTS, en suppression de postes est de l'ordre de 8742 équivalents temps plein (ETP) soit 25% de gains de productivité dans le cadre d'une montée rapide (80% de décomptes traités **sous forme de Feuilles de Soins Electroniques (FSE)**). En cas de montée en charge lente due en particulier aux réticences des professionnels de santé - hypothèse vraisemblable - les gains seraient réduits à 13% soit 4500 ETP. Par ailleurs, 9000 départs à la retraite sont prévus entre 1997 et 2005 (*Source : Rapport CCECRSP 1996*).

La Mutualité Sociale Agricole a elle aussi révisé à la baisse ses prévisions à 700 ETP dans l'hypothèse haute. D'ores et déjà, les départs ne sont remplacés que partiellement. La Mutualité n'est affectée que sur la partie du risque obligatoire essentiellement pour la gestion de ses fonctionnaires. A ce jour, aucun chiffre précis n'est avancé.

c. Les assureurs et les effectifs santé

S'il est vrai que Sésam-Vitale impact en premier la gestion du risque obligatoire qui ne concerne qu'un petit nombre d'assureurs : 3 sociétés et 2 organismes professionnels, des effets restructurants, ne manqueront pas de se produire sur l'ensemble de l'activité des assureurs complémentaires, selon des modalités et aux intensités variables en fonction notamment de l'utilisation ou pas du volet ou pas de l'assurance complémentaire de la carte Vitale 2. La phase transitoire, liée à la mise en œuvre des régimes obligatoires de la carte Vitale 1, très difficilement utilisable par les assureurs complémentaires, ne sera pas non plus sans incidences pour ces derniers qui devront se positionner pour organiser au mieux la migration de leurs procédures actuelles de gestion vers le système vitale 2.

A partir de l'enquête sur les métiers et les formations des salariés des entreprises d'assurances effectuée par notre Observatoire, une approche des effectifs impliqués directement dans la gestion de protection sociale et de la Santé a pu être réalisée.

1. Caractéristiques générales de la population

Le personnel affecté à la gestion des risques maladie-décès-invalidité est de 6 400 personnes environ ventilées entre 3 500 personnes en santé individuelle et 2 900 personnes en assurance collective (*cf tableaux 1 et 2, p. 21-22*).



Un peu plus de 60% de cette population se trouve dans la famille "gestion de contrats". L'âge moyen est légèrement inférieur en assurances collectives (39 ans) qu'en individuelle (41 ans) ; il en est de même pour l'ancienneté (15 ans en collectives, 18 ans en individuelle).

Les commerciaux sont plus nombreux en santé individuelle qu'en collective pour un chiffre d'affaires par tête 5 à 10 fois supérieur. Le chiffre de personnels en collective ne tient pas compte des salariés travaillant en délégation de gestion chez les courtiers.

Il semble communément admis que les conséquences directes de Sésam Vitale seront d'un impact faible du point de vue quantitatif, aux environs de 15 à 20% des effectifs actuels mais très impactés en risque obligatoire Maladie.

Ce chiffre doit être pris avec prudence sachant encore une fois qu'il varie très sensiblement d'une entreprise à l'autre en fonction des garanties pratiquées et de l'organisation du travail.

2. Les décompteurs "Régime Obligatoire "

A l'intérieur de la population des métiers de la Santé, nous nous sommes penchés plus spécifiquement sur les décompteurs RO (*cf tableau 3, p.23*), qui sont directement affectés par la mise en place de Sésam Vitale. Cette sous-famille concerne environ 1 300 salariés, soit 1.07% des effectifs totaux recensés dans l'enquête précitée et 20.49% des métiers de la Protection sociale et de la santé.

Quel est le profil du gestionnaire de décomptes Maladie Régime Obligatoire ?

C'est une femme (89.3%) travaillant en province (95%) ayant 41 ans avec une ancienneté de 19 ans, de niveau BEPC (66%) ou inférieur au BAC (82%), en contrat à durée indéterminée (CDI) (99.6%), mais parfois en temps partiel (16.1%).

Cette population sera donc affectée de plein fouet par Sésam Vitale qui a des conséquences quantitatives et qualitatives :

- **sur le plan quantitatif**, on retrouve dans les mêmes termes mais de nature différente, les effets déjà connus en complémentaire lors de la mise en place de l'EDI qui avait eu pour conséquence (*cf chapitre Analyse du passé*) une diminution d'environ 40 à 60% des effectifs gestionnaires du Risque Complémentaire.

Pour le Risque Obligatoire, la problématique est plus complexe pour chiffrer les gains de productivité, de nombreux facteurs externes intervenants : le calendrier de déploiement de la carte Vitale, l'acceptation de l'informatisation par les professionnels de santé, etc.

En tout état de cause, les gains de productivité portent uniquement sur les prestations en nature. La suppression de la saisie n'élimine pas la liquidation et les opérations de contrôle qu'elle implique : contrôle de cohérence des lots émis, contrôle aléatoire de la qualité de la liquidation et détection des anomalies.

Au delà du simple problème de calendrier, des inconnues demeurent aujourd'hui sur certains points essentiels :

- Comment va s'organiser la montée en régime de l'informatisation des professionnels de santé ? A lui seul, le sujet se subdivise en plusieurs sous ensembles majeurs : disponibilité de logiciels labellisés, formation des P.S. à l'informatique, maintenance des matériels et logiciels, disponibilité du réseau santé social (R.S.S.),...

- Dans quel délai parviendra-t-on à mettre au point une solution convenable pour la télémise à jour des cartes Vitale 1, puis Vitale 2, concernant tant les informations relatives aux droits des assurés en régime obligatoire que vis-à-vis de l'assurance complémentaire ?

Il faut savoir enfin qu'actuellement, les télétransmissions des professionnels de santé vers les caisses de régimes obligatoires se doublent encore d'un circuit d'envoi parallèle des documents papiers (ordonnance notamment vers les caisses!...)

De même, la création de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) et le transfert à travers la Contribution Sociale Généralisée (CSG) des cotisations assises sur le salaire vers l'impôt peut réduire plus ou moins fortement l'activité du recouvrement amiable et contentieux des cotisations risques obligatoires.

Cette diminution annoncée en volume de l'emploi s'inscrit a priori dans une perspective lente, 5 à 10 ans, permettant de lisser dans le temps ces effets en postes de travail.

Au delà de la difficulté rencontrée par tous les gestionnaires de risques obligatoires pour chiffrer des gains de productivité directs, l'adhésion des médecins au système, condition sine qua non de ces gains, est très loin d'être acquise. Même si le choix de l'opérateur vient d'être fait en janvier 1998 par les Pouvoirs Publics, l'informatisation des cabinets médicaux reste à faire ...

Compte tenu d'une politique déjà engagée de non remplacement partiel et / ou total des départs naturels pour anticiper un calendrier encore flou, certains de nos interlocuteurs ont fait remarquer qu'en plus d'un risque de sur-effectif, si les professionnels de santé "trainent les pieds ", un problème temporaire de sous-effectif pourrait aussi exister.

- **sur le plan qualitatif**, les évolutions sont déjà perceptibles dans les analyses qui précèdent.

Elles s'orienteront en partant de la suppression des tâches répétitives de la saisie des données par les décompteurs (phase en fin de processus de disparition), vers des métiers d'audit, de contrôle de gestion, statistiques et gestion du risque...

De même, elles impliqueront la nécessité d'une maîtrise des circuits informatiques en même temps qu'une connaissance des procédures, des contrats et des garanties. Parallèlement, elles devront s'orienter vers le conseil à l'assuré, à partir de sa situation, de ses besoins, en particulier en matière de Risque Complémentaire.

On voit ainsi poindre des projets et des expériences de créations de plateformes de télé-acteurs capables de répondre en temps réel, au delà de la gestion quotidienne, aux sollicitations de l'assuré.

La gestion prévisionnelle se doit de répondre à ce double enjeu quantitatif et qualitatif.



L'ensemble des activités que nous venons de percevoir implique un **saut qualitatif important** par rapport au type de population travaillant antérieurement sur le risque santé.

Partant du métier antérieur de décompteur, femme de plus de 40 ans, de niveau BEPC, concentrée sur des activités répétitives, on se dirige vers des métiers réclamant plus de connaissances, une maîtrise de l'outil informatique, une expertise médico-juridique, une capacité relationnelle avec la clientèle et avec les offreurs de soins, etc., entraînant un niveau de compétence d'expertise accru.

C'est une problématique à prendre en compte dans la définition des profils futurs.

En matière de gestion prévisionnelle de l'emploi, la réponse à apporter n'est pas évidente. Elle implique une réflexion en matière de formation, de conversion, de substitution. Certaines activités impliquent à l'évidence la recherche d'expertises non actuellement détenues au sein des entreprises.

Le problème de l'emploi dans ses deux dimensions, quantitative et qualitative, devra être traité différemment selon que l'on se trouve devant des entreprises ayant un caractère multi-produits, multi-risques, ou celles pratiquant le risque santé uniquement, en particulier avec gestion quasi exclusive du risque obligatoire. Il implique de se pencher dans cette perspective sur l'avenir de l'organisme professionnel spécifique.

Un autre problème reste sous-jacent : le calendrier de mise en place des structures Sésam Vitale, essentiellement en ce qui concerne la carte Vitale 2, ne sera pas neutre quant au traitement social des effectifs, compte tenu des pyramides démographiques des sociétés, même si elles sont peu nombreuses à être concernées (5) et les effectifs limités.

Tableau 1 - Assurance collective*

environ 2 900 personnes

Définition de la sous-population

La sous-population est définie sur les critères suivant :
- la branche d'activité est l'assurance collective ('C')

Elle comprend 2568 salariés sur 108 652, soit 2,36%, soit environ 2 900 salariés ramenés à la population totale*

* 121 200 salariés Groupama exclu, FFSA "Evolution de l'emploi salarié au 31.12.96"

Caractéristiques individuelles

Répartition :

hommes : 30,8% femmes : 69,2%

Age moyen : 39 ans

Proportion de salariés ayant plus de 42 ans : 75%

Ancienneté médiane : 15 ans

Activités

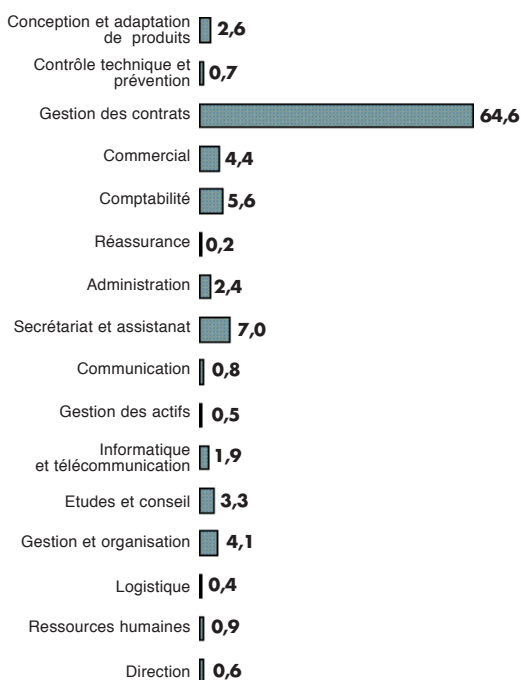
Répartition

Ile-de-France : 85,1%

Province : 14,9%

Temps partiel : 11,5%

Répartition par familles de métiers (en %)



Modes d'emplois

Répartition par catégories

Cadres administratifs : 27,4%

Non cadres administratifs : 70,1%

Autres : 2,5%

Types de contrat

CDI : 96,2%

CDD : 2,6%

autres : 1,2%

Répartition par niveaux de qualification :

1 : 1,3%

2 : 12,7%

3 : 35,1%

4 : 21,0%

5 : 17,5%

6 : 8,5%

7 : 2,8%

Autres conventions : 1,1%

Formation

71,0% des salariés ont un niveau de diplôme inférieur ou égal au bac*

10,6% des salariés ont un niveau de diplôme supérieur à la maîtrise*

* sur la base des 83,4% de répondants

Tableau 2-Branche d'activité Santé*

environ 3 500 personnes

Caractéristiques individuelles

Répartition :

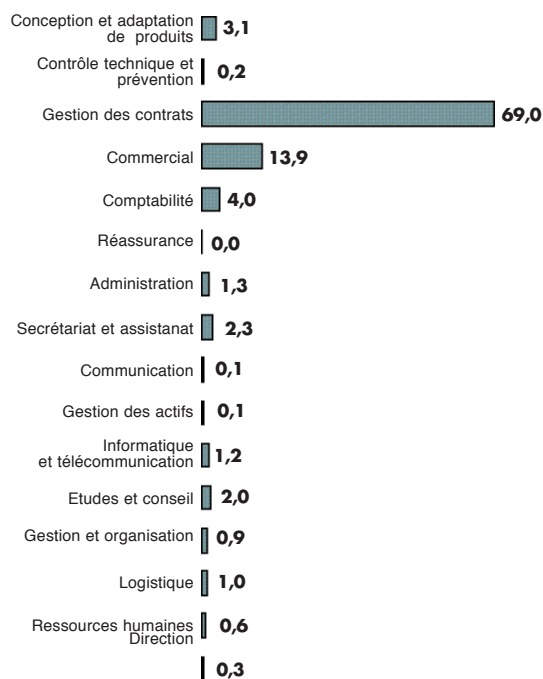
hommes : 24,8% femmes : 75,2%

Age moyen : 41 ans

Ancienneté médiane : 18 ans

Activités

Répartition par familles de métiers (en %)



Répartition

Ile-de-France : 17,0%

Province : 83,0%

Temps partiel : 14,9%

(37% de décompteurs)

Modes d'emplois

Répartition par catégories

Cadres administratifs : 8,7%

Non cadres administratifs : 78,2%

Producteurs : 9,3%

inspecteurs : 2,4%

Autres : 1,4%

Répartition par niveaux de qualification :

1 : 1,6%

5 : 6,8%

2 : 34,7%

6 : 3,0%

3 : 27,2%

7 : 0,7%

4 : 12,2%

Autres : 13,8%
conventions

Types de contrat

CDI : 99,0%

CDD : 1,0%

Formation

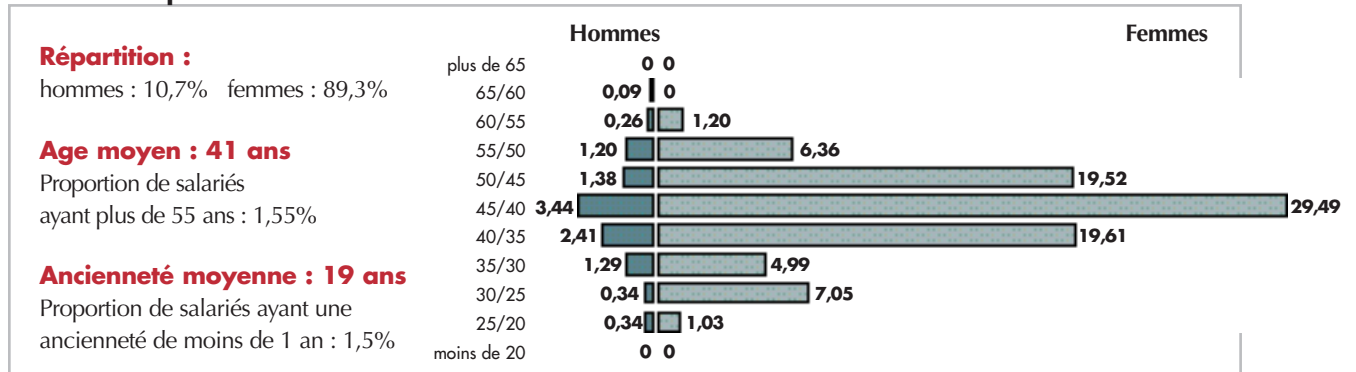
82,3% des salariés ont un niveau de diplôme inférieur ou égal au bac*

* sur la base des 34,9% de répondants

Tableau 3 - Gestion des décomptes maladie (RO)*

environ 1 300 personnes

Caractéristiques individuelles



Activités

Répartition

Ile-de-France : 5,2%

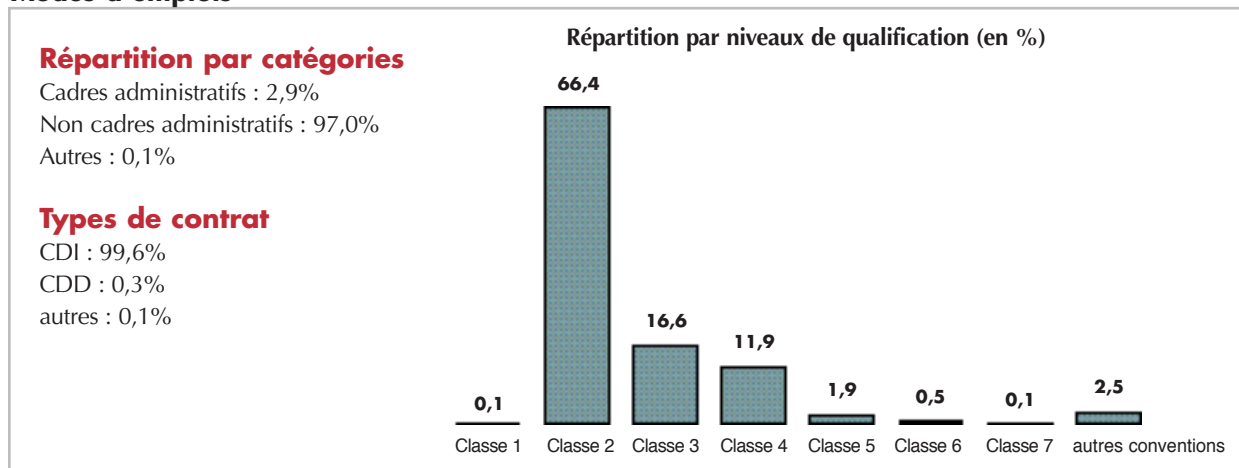
Province : 94,8%

Principales branches d'activité

Santé : 98,7%

Proportion de temps partiel : 16,1%

Modes d'emplois



II. Les évolutions structurelles de l'organisation générale du système de santé

La mise en place de Sésam Vitale n'est qu'un des aspects de la réforme de l'organisation de la distribution des soins de notre pays. L'expérimentation de nouvelles filières et de réseaux de soins coordonnés visant à améliorer la qualité des soins et la maîtrise des coûts en est un autre volet.

L'ordonnance 96345 du 26 avril 1996 en définit le cadre juridique.

"Pendant une durée de cinq ans, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance-maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. " (Art.L.162-31.I)

La notion de filière de soins à partir de deux objectifs, qualité des soins et maîtrise des coûts, a pour objet d'organiser une prise en charge verticale du patient (toutes pathologies), à partir en principe du médecin généraliste (réfèrent) qui, placé au centre du dispositif, est chargé d'orienter et de faire la synthèse du dossier médical du patient.

Les réseaux de soins visent quant à eux la prise en charge de pathologies lourdes (cancer, maladies cardiaques, diabète, etc) d'une manière transversale impliquant les divers acteurs du traitement (généralistes, spécialistes, auxiliaires, cliniques et hôpitaux).

La mise en place des filières et des réseaux, à titre expérimental, s'inscrit dans un cadre réglementaire définissant les promoteurs autorisés et les formes de l'adhésion des bénéficiaires :

- Peut promouvoir des expériences, toute personne morale ou physique ayant un intérêt médical ou économique : médecin, caisse de sécurité sociale, mutuelle, sociétés d'assurances, etc.

Les assurés des régimes obligatoires et complémentaires doivent adhérer volontairement à une filière. En cas de refus, ils continuent à bénéficier du régime de droit commun actuel.

Dans un tel système expérimental, un certain nombre de dérogations au code de sécurité sociale sont possibles : le système de rémunération du médecin (forfait, capitalisation), le tiers payant systématique pour le patient volontaire, etc. Mais le recouvrement des cotisations du risque obligatoire reste identique.

Pour mettre en œuvre ces expériences, les projets doivent recueillir l'agrément des Pouvoirs Publics, après avis d'un conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux composé de 18 membres permanents dont 1 représentant de la FFSA, prenant en considération :

- a) son intérêt économique au regard notamment de l'objectif de maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance-maladie ;
- b) son intérêt médical au regard de l'organisation de la qualité et de la continuité des soins ;
- c) les conditions de prise en charge financière des prestations ;
- d) la qualité du système d'information mis en place en vue de l'évaluation du projet ;

e) la justification des dérogations demandées aux dispositions législatives réglementaires et conventionnelles en vigueur.

A ce jour, aucun projet n'a encore reçu d'agrément. Tous les acteurs potentiels autorisés par la Loi réfléchissent, que se soient les caisses primaires de Sécurité Sociale, la mutualité, les assureurs. Car chacun est conscient que ces filières constituent **un enjeu vital pour les opérateurs de demain**, lorsque la gestion de la protection maladie sera "multipolaire".

Si aucune expérience n'est accréditée, à ce jour des projets sont connus : certains sont déposés, d'autres non.

L'objet de cette étude ne porte pas explicitement sur ce sujet, mais il ne peut pas omettre de s'y référer, car de l'importance donnée ou pas aux expériences futures dépendra la place des assureurs dans la couverture du risque Maladie et donc des emplois y afférent.

En effet, la mise en place des filières et des réseaux devra être axée sur la création d'expertises nouvelles. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé est un enjeu majeur pour le long terme sur les risques santé. La mission d'expertise médico-sociale est fondée sur l'utilité médicale des prestations faites par un bénéficiaire. Ceci implique la concertation permanente avec les professionnels de santé et l'analyse des données médico-administratives.


Elle permet de dégager des éléments représentatifs de la qualité et du prix des services rendus par le système de soins, les actions ciblées qui sont ensuite engagées faisant l'objet d'une évaluation à l'aide d'indicateurs médico-administratifs.

Cette évolution posera à terme le problème de la relation médecins-assureurs, celui du statut des médecins référents, de leur rémunération mais aussi des compétences qu'ils peuvent apporter du point de vue de la gestion du risque en santé pour les assureurs complémentaires.

La connaissance de l'ensemble des prestations de soins, que ce soit dans le domaine médical ou paramédical, est nécessaire à l'établissement de statistiques permettant de mieux connaître les risques santé et d'évaluer la qualité des prestations des soins réalisés, à définir une qualité face à l'offre multiple de prestations sanitaires.

Les progrès thérapeutiques et l'innovation technologique sont tels, que la qualité de ces relations avec les professionnels de santé est une possibilité de meilleure garantie pour les clients par des prestations mieux adaptées à la protection de leur santé.

Dans ce cadre, la place et le rôle de médecins (salariés ?) dans l'organisation des branches santé au sein des sociétés d'assurance devra être repensée. La définition des garanties des contrats, la gestion du risque et l'implication des assureurs dans les expériences de filières et réseaux exigeront sans aucun doute une participation très étroite et plus permanente des professionnels de santé dans l'activité des sociétés.

L'assureur partenaire dans la gestion du risque se doit d'être un acteur prépondérant dans la gestion du capital santé, de la prévention au traitement. 

Si aucune expérience au sens de l'ordonnance 96 n'a débuté, des expériences sont actuellement engagées en particulier sur l'analyse et le conseil, à partir de devis fournis par les assurés en matière de prothèses dentaires et d'optique qui représentent aujourd'hui le coût principal de l'intervention des assureurs complémentaires dans les dépenses de santé.

A partir d'une plate-forme téléphonique, une entreprise étudiée offre aux assurés volontaires de bénéficier d'une assistance, d'informations sur les tarifs, de références de bonne pratique. Ces assistants-santé, spécialement formés, ont acquis ainsi un nouveau métier situé à l'interface de la gestion et de l'expertise, élément clé de la qualité du service commercial rendu au client.

Sur le plan de la formation supérieure et universitaire, les métiers de la santé suscitent un attrait nouveau chez les économistes et les ingénieurs (création de l'association "Central-Santé"). L'école supérieure de commerce de Paris a créé un "pôle santé", sans parler de la quarantaine de formations de 3ème cycle (DESS, Master) en gestion, commercialisation, ingénierie ou droit de la santé.

III. L'évolution des produits

L'allongement de la durée de la vie humaine, le passage du troisième vers le quatrième âge engendrent des besoins nouveaux.

Actuellement, sur le marché des risques complémentaires, on voit poindre des contrats spécifiques aux retraités qui s'inscrivent non seulement dans la couverture des garanties médicales mais au delà vers l'assistance et les services. De même, une réflexion est engagée sur la notion de dépendance.

On peut d'ailleurs considérer que compte tenu de la banalisation de la gestion traditionnelle par la mise en place d'une structure informatique commune à tous les organismes complémentaires, la différence entre eux se fera de plus en plus sur le service aux clients, le conseil, la relation mais aussi par un élargissement de l'offre globale pouvant inclure des indemnisations sous forme de réparation et/ou de prestations en nature.

La prévention est aussi un axe de développement potentiel et de maîtrise du risque qui élargit les perspectives novatrices de service à la clientèle. L'utilisation d'internet peut servir de support à cette action préventive et commerciale. Des expériences, de nouveaux contrats "sans frontière" se mettent en place, à partir de la couverture des frontaliers (Allemagne, Suisse, Luxembourg) la mise en place prochaine de l'Euro devant accélérer la réflexion sur ce type de produits.

Cette évolution des produits nécessite le recrutement et / ou la formation de salariés axés sur le marketing, la conception de produits, etc.

IV. Les évolutions de la concurrence

Le débat philosophique et politique n'est pas clos sur ce point. La tendance depuis quelques années au désengagement relatif des régimes obligatoires et plus particulièrement du régime général des salariés a eu pour effet d'augmenter la demande de garantie d'assurance complémentaire.

a) Les intervenants

Corrélativement, les 15 dernières années avaient vu arriver de nouveaux acteurs en assurance complémentaire. En 1982, parmi les sociétés adhérentes à la FFSA, 50 possédaient l'agrément "dommages corporels". Elles sont aujourd'hui 122 à pouvoir pratiquer l'assurance maladie complémentaire.

Dans le même temps, l'activité des institutions de prévoyance et des mutuelles a progressé. Mais on assiste certainement, aujourd'hui, à l'inversion du processus pour ce qui concerne le nombre des opérations "actifs" sous l'effet conjoint de la réduction des marges et des chargements, de l'accroissement de la technicité du métier et de la forte progression des investissements informatiques nécessaires. Au cours des dernières années, on a assisté à une forte concentration des mutuelles "actives", le même processus est perceptible, bien que de moindre ampleur chez les institutions de prévoyance. Et si l'on s'attache à la distribution des chiffres d'affaire des assureurs santé, on constate qu'il est également en marche dans notre profession.

Ceci n'exclut pas toutefois l'émergence de nouveaux acteurs sur ce marché jugé à fort potentiel ou possédant les vertus d'un produit d'appel... Des réseaux de ventes spécifiques se mettent en place impliquant le recrutement de vendeurs (pour certains issus du secteur pharmaceutique) et la mise en place de réseaux commerciaux adaptés. Il conviendrait de souligner également le développement important des "associations de prévoyance".

Dans le cadre de la bancassurance, de nombreuses banques se lancent dans la commercialisation de produits Santé. Au 31 décembre 96, 21 sociétés distribueraient par le biais de guichets d'établissements financiers ce type de garanties. La banalisation de la gestion administrative, une clientèle plus exigeante, attisent la concurrence des nouveaux intervenants, même si les marges sont faibles. L'absence d'antériorité dans la gestion des effectifs et des systèmes administratifs, le coût de distribution marginale pour certains sont de leur point de vue des facteurs positifs pour tenter leur implantation.

De fait, le caractère concurrentiel de l'assurance santé s'affirme et vient d'être confirmé.

Dans une décision du 8 avril 1997 traitant de pratiques anticoncurrentielles dans le domaine du remboursement de frais médicaux, le Conseil de la Concurrence a confirmé que "l'assurance de la part des dépenses de soins médicaux non couverte par l'assurance maladie constitue une activité de service" et qu'il s'agit donc d'un marché sur lequel les différents acteurs, notamment les sociétés d'assurances et les mutuelles du code de la mutualité sont "concurrents dans l'exploitation de l'offre de prestations d'assurance complémentaire à l'assurance maladie".

b) Les distorsions de concurrence

Ce rappel est important mais il ne règle pas un autre aspect de l'égalité de concurrence, **les distorsions d'origine fiscale**. En effet, les contrats santé complémentaires des sociétés d'assurances sont soumis à une taxe spéciale de 7%, sauf les contrats groupe relevant de l'article 998 du CGI.

En revanche, ceux des mutuelles en sont exonérés (A.995 du code de la mutualité) de même que ceux des institutions de prévoyance (A.L 732-1 du code de la sécurité sociale et 1050 du code rural).

De même, en ce qui concerne l'impôt sur les sociétés, les mutuelles et les institutions de prévoyance ne sont pas soumises à cet impôt et bénéficient d'une imposition réduite de leurs revenus fonciers et mobiliers (A 206-5 du CGI).

Mais aussi, les mutuelles sont exonérées totalement ou partiellement :

- du droit de timbre et de droits d'enregistrement à l'exception des transmissions de propriété, d'usufruit ou de jouissance de biens meubles ou immeubles soit entre vifs soit par décès (A 1087 du CGI) ;
- de la taxe professionnelle (A 1461-1 du CGI) ;
- de la taxe d'apprentissage (A 224-2-2) ;
- de la taxe sur les salaires (A 1679-A du CGI) ;
- de l'imposition forfaitaire annuelle (A 223 septièmes du CGI) ;
- de la taxe sur les excédents de provisions des sociétés d'assurance ;
- de la taxe sur les véhicules de sociétés.

IV. L'évolution de l'environnement international et plus particulièrement européen

Quelle que soit l'origine historique de leur système de santé : Bismarck ou Beveridge, toutes les sociétés occidentales d'Europe, d'Amérique du Nord, du Pacifique (Japon), sont confrontées à une augmentation massive des dépenses de santé liée au chômage, à la démographie, à la consommation médicale.

Sous des aspects différents, intégrant leur approche culturelle et politique, tous les gouvernements prennent, en accentuant plus ou moins l'une ou l'autre, des mesures de désengagement des remboursements par les régimes obligatoires, une informatisation et une rationalisation des structures d'offre de soins, une maîtrise des dépenses, un certain degré de concurrence entre les organismes de couverture du risque.

Une constante revient partout. L'informatisation des systèmes de santé correspond à une préoccupation majeure dans tous les pays développés.

La dématérialisation de l'information en matière de santé est un mouvement de fond général à travers le monde. L'EDI touche l'ensemble des acteurs médicaux, financiers et logistiques.

Le Danemark, la Finlande, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas sont les plus avancés, mais des programmes en gestation ou en expérimentation se mettent en place dans toute l'Union Européenne ; ils concernent généralement assurance obligatoire et couverture complémentaire.

Une réflexion est engagée sur la création d'une carte sanitaire.

Le Parlement européen a voté en 1996 une recommandation d'un "*passport de santé*" (Health Passport), permettant la prise en charge d'un patient à partir de son historique médical par un médecin dans n'importe quel pays de l'Union Européenne. En France, l'expérience de la carte Santal à Saint-Nazaire constitue un bon point de départ pour ce "*passport de santé*". Santal est d'ailleurs partenaire du projet européen "Cardlink" qui réunit déjà des acteurs de plusieurs pays de la Communauté.

Mais au-delà de ces études "technologiques", aucune directive européenne ne contraint à une harmonisation des systèmes de santé qui restent, hors certaines conditions de concurrence en matière de libre prestation de service (LPS), du domaine de la subsidiarité.

Le degré de concurrence entre public et privé est très variable d'un pays à l'autre. Les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, l'Allemagne pour partie, laissent une large part à l'initiative privée.

L'introduction de l'Euro aura vraisemblablement des conséquences à plus ou moins long terme au moins sur le marché des complémentaires. Une réflexion devrait s'engager en terme commercial et en terme d'emploi.

POUR DEMAIN ? DEUX VISIONS POSSIBLES.

Au terme de cette analyse, l'ensemble des éléments recueillis conduisent à envisager d'une manière synthétique deux hypothèses en ce qui concerne l'évolution des métiers de la santé.

Une version plutôt optimiste qui prendrait en considération d'une part la mise en place du système Sésam Vitale qui aurait globalement des conséquences limitées à la gestion du risque obligatoire en matière de disparition de postes de travail dans le cadre d'un calendrier suffisamment échelonné pour lisser à travers les départs naturels, ou les reconversions après formation, les effectifs ainsi dégagés.

D'autre part, à travers le développement des filières et des réseaux, la création de nouveaux emplois axée sur une présence accrue des assureurs dans le système de la santé.

A contrario, et cette hypothèse ne peut être évacuée, la mise en place globale du système de maîtrise médicalisée des dépenses de santé pourrait remettre en cause la place des assureurs complémentaires (mais aussi des institutions de prévoyance et des mutuelles) qui ne trouveraient ni leur place, ni leur indépendance au sein du système Sésam Vitale, se trouvant exclus de la base technique nécessaire à la gestion du risque par une impossibilité d'accès direct aux professionnels de santé. Les assureurs ne pourraient accepter d'être transformés en payeurs aveugles non maîtres de leurs coûts.

Ce scénario pourrait d'ailleurs, à travers le développement des filières et des réseaux, se trouver amplifié par la concurrence des caisses primaires d'assurance maladie sur le risque complémentaire, celles-ci étant dégagées par l'informatisation des échanges d'informations d'une grande partie du traitement des feuilles de soins, cet allègement de leur charge pourrait les pousser à se positionner au-delà du risque obligatoire sur le risque complémentaire et à devenir ainsi un concurrent des organismes qui le gèrent actuellement.

D'autant que, par rapport à la masse, cet aspect pourrait se faire à un coût de gestion marginal et régler pour partie leurs propres problèmes d'effectifs. En effet, il est à remarquer que les ordonnances de 1996 sur l'expérimentation, sur le plan strictement juridique, ne règlent pas le problème de la frontière entre le risque obligatoire et le risque complémentaire au sein des expérimentations potentielles.

Certes l'esprit et la culture de notre Pays ont jusqu'à ce jour, reposé sur le respect d'une dichotomie entre le risque obligatoire et le risque complémentaire.

Néanmoins, la définition de ce qui ressort de la prise en charge de la solidarité nationale et du risque assurantiel n'a jamais été traitée par les Pouvoirs Publics car elle pourrait déboucher sur une révolution fondamentale du mode d'approche du système de santé français.

Il semble aujourd'hui prématuré d'aborder sur le fonds ce débat mais il n'en demeure pas moins que pour l'avenir des emplois dans notre profession la place qu'occuperont les assureurs dans le système de santé sera fondamentale et déterminante pour l'avenir.

Ce dossier n'est donc pas clos et devra faire l'objet, de la part de l'Observatoire, de travaux ultérieurs pour étudier les conditions de la mise en place de Sésam Vitale et des expériences de filières et de réseaux.

Sur le plan de l'emploi, l'Observatoire à travers l'enquête annuelle sur les métiers, surveillera les indicateurs spécifiques quantitatifs et qualitatifs concernant les gestionnaires risques obligatoires, les fonctions produits et marketing, et les commerciaux.

Dans le cadre d'une gestion prévisionnelle de l'emploi, ce constat conduit à la nécessité d'une réflexion anticipatrice en matière de formation, de compétence et de veille sociale.



- DUPEYROUX (J.J) Droit de la Sécurité Sociale - Dalloz 1993
- DORION (G) et GUIONNET (A) La Sécurité Sociale - Que sais-je ? - PUF 1983
- MAJNONI d'INTIGNANO (B) La protection sociale - Le Livre de Poche 1996
- ROSANVALON (P) La crise de l'Etat providence - Le Seuil 1981
Repenser l'Etat providence - Le Seuil 1995
- BERAUD (C) Les dépenses de santé - CNAMTS 1992
- COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN Livre blanc sur le système de Santé et d'Assurances 1994
- MONGEOT (C) Système de santé et concurrence/Economica - 1994
- SOUBIE (R) PORTOS (J.L) PRIEUR (C) Le livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie CNAMTS 1996
- ROZ MARYN (C) Rapport sur les systèmes d'information de la Santé 1996
- COMITE CENTRAL D'ENQUETE SUR LE COUT ET LE RENDEMENT DES SERVICES PUBLICS (CCECRSP) Rapport au Premier Ministre sur Sésam Vitale-1996
- ALBERTI (F) Les nouveaux enjeux de l'assurance santé -PU Aix-Marseille 1992
- BEBEAR (C) Protection sociale et charges sociales : pour un changement radical de système ! in Droit social - Septembre Octobre 1995
- LEVY (E) et RODWIN (V) Vers un "managed care" à la française ? in Chroniques économiques - Septembre 1996
- GAP - Groupement des Assurances de Personnes - Annuaire 1996 (FFSA)
- GEMA - Groupement des Entreprises d'Assurances Mutuelles - Rapport Annuel 1996
- Nombreux articles dans :
 - Espace Social Européen
 - l'Argus de l'Assurance
 - la Tribune de l'Assurance

PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

Jacky CARREE	M.S.L.B - M.A.C.I.F
Chantal COSSALTER	Travail et Mobilités
Henri DE POYEN	AGF Direction Santé
Albert ELBAZ	CONTINENT
Marie-Claude FAVIER	LA STRASBOURGEOISE
Alain FOULON	G.A.P - F.F.S.A
Hélène LE BOUEDEC	RAM GAMEX
Gérard LOBJEOIS	Observatoire des Métiers (Rapporteur)
Roger MILLOT	G.A.P - F.F.S.A
Roger MOIROUD	Observatoire des Métiers
Christiane SAINT LEGER	APESA
Alain SCHEMIDT	RAM-GAMEX
Marie-Albane SCOTTO	Observatoire des Métiers

AUDITIONS EXTERNES

Anne-Marie BERGER	GIE SINTIA
Yves DE PIREY	U.A.P
Docteur Claude FOURNIER	AXA
Docteur Marcel GARNIER	AXA
Hervé GUENARD	U.A.P
Claude NAIZONDARD	A.G.F
Nicole RAOULT	UCANSS

VISITES DE SITES

Patrick FAY	A.G.F Santé (Paris et Reims)
Marc JAMET	RAM GAMEX (Paris et Rennes)
Corinne PREVEL	AGF Santé (Paris et Reims)
Alain SCHEMIDT	RAM GAMEX (Paris et Rennes)

Note méthodologique

L'évolution des métiers de la santé dans l'assurance

Ces témoignages sont le résultat d'entretiens semi-directifs au cours desquels il était proposé à chaque interlocuteur de s'exprimer très librement sur sa vision de "l'évolution des métiers de la santé dans l'assurance".

Il lui était demandé d'explicitier ses propos de manière dynamique :

à sa connaissance, quelle était la situation actuelle?

De quoi résultait-elle?

Quelles en étaient les évolutions déjà engagées et/ou susceptibles de l'être dans un proche avenir?

Pour quelles raisons?

Quelles en seraient les conséquences?

L'interlocuteur était systématiquement relancé par des questions sur : les conséquences quantitatives et qualitatives de Sésam Vitale sur les emplois, le positionnement des assureurs sur les filières et les réseaux, le système concurrentiel au premier franc, les expérimentations.

En fin d'entretien, à chaque interlocuteur il était proposé de conclure sur un thème lui tenant à coeur et que la conduite de l'entretien ne lui avait pas permis de développer.

Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription quasi littérale transmise à chaque interlocuteur pour correction et remaniement à son gré en vue de la publication.

Les entretiens ont été menés par Chantal COSSALTER, Sociologue, et Estelle DURAND, Doctorante en Sociologie, Centre de Recherches Travail et Mobilités, Université Paris X.

Entretien pour l'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance

Monsieur **Didier BRÛLÉ**

Secrétaire Général Adjoint Fédération des Services CFDT

Pour l'état des lieux, à ma connaissance, les emplois les plus nombreux se situent dans la gestion des décomptes Sécu, en quelque sorte tout ce qui est du domaine de la complémentaire gérée par les compagnies d'assurance. On reçoit, on recevait par le passé le papier venant de la Sécurité sociale c'est à dire la partie non prise en charge par la Sécu était décomptée et estimée directement par les salariés des compagnies d'assurance qui assuraient en complément leurs clients.

L'informatisation a fait qu'un grand nombre d'emplois a été supprimé. Par exemple à Abeille Santé ils ont diminué de 10% leurs emplois. Ils avaient des bureaux disséminés sur l'ensemble du territoire pour correspondre plus facilement à l'époque compte tenu de l'absence de réseau informatique développé avec les Caisses de Sécurité sociale locales ou régionales. Il y a deux ans, à peu près maintenant, ils ont réduit leurs effectifs de 10% "sans douleur" comme on dit. Dans les bureaux décentralisés un des premiers problèmes que cela pose c'est la mobilité géographique que l'on sera amenée à proposer et à imposer aux salariés. L'état des lieux est un peu là : l'essentiel des emplois en nombre se retrouve sur cette fonction, des emplois décentralisés rapprochés des centres de Sécu.

Aujourd'hui compte tenu de ces grandes masses on est devant un problème fondamental : l'impact des technologies fait qu'on n'est plus obligé, structurellement parlant, d'avoir des gens près des lieux où l'on traite les décomptes de Sécu, ceci grâce aux réseaux informatiques, la gestion de données informatiques, le réseau Assurnet et au delà plus tard ce qui est en cours les cartes Sesam Vitale, et aussi pour les professions de santé il y a un certain nombre de systèmes informatiques qui vont être mis en place et qui vont toucher lourdement pour le coup les fonctions des gens qui gèrent l'assurance santé.

Le deuxième élément pesant à nos yeux c'est ce que je mettrais sous le terme de concurrence. C'est la concurrence que les assureurs qui font de la complémentaire santé estiment déloyale avec les mutuelles dîtes du code de la mutualité de 1945 ainsi que les institutions de prévoyance qui relèvent du code de la Sécu. Ces organismes n'ont pas à payer un certain nombre de taxes alors que l'assurance privée le fait notamment sur les complémentaires maladie. Là-dessus il y a une grosse bagarre menée par les assureurs. Un autre élément concerne les règles de solvabilité qui sont définies au niveau européen et qui pour l'instant excluent du champ d'application des directives européennes la mutualité de 45 et les organismes de Sécurité sociale donc les prévoyances collectives complémentaires paritaires. Cela c'est le deuxième élément fort qui nous préserve, d'une certaine manière, du côté "solidarité" en tant que syndicaliste mais qui fait que l'on ne peut pas développer un marché dans l'assurance privée qui pourrait être un marché porteur d'emplois, enfin c'est leurs mots, nous on est beaucoup plus dubitatif là-dessus compte tenu de ce que je viens de dire en matière de technologie.

Dans tous les cas l'incertitude est liée au champ qu'occupera la Sécurité sociale et que continuera d'occuper la Sécurité Sociale. C'est clair que l'assurance ou les organismes paritaires complémentaires ont petit à petit occupé un peu plus de place parce que la Sécu peu à peu se désengageait sur un certain nombre de choses dont notamment les remboursements de médicaments, de prothèses oculaires ou dentaires qui sont des produits qui se développent beaucoup aujourd'hui compte tenu du développement de notre société et sur lesquels la Sécu ne renove pas ses règles de remboursement. Là il y a un champ que les assureurs peuvent occuper.

J'ai lu dernièrement dans la presse sociale un article exposant le projet d'AXA qui voulait monter un réseau en assurant au premier franc en commençant l'expérimentation sur l'Ile de France. Cet article exposait aussi les résultats d'un sondage auprès d'adhérents de la Sécu qui se montraient favorables aux propositions faites dans ce projet. C'est tout de même dangereux. L'ambiguïté pour moi c'est d'être au milieu du gué d'un côté je défends l'emploi dans l'assurance privée, de l'autre je défends au nom de l'intérêt général comme le dit notre organisation la solidarité organisée par la Sécurité sociale avec plus ou moins de bonheur aujourd'hui. Et là en l'occurrence ce que propose AXA-UAP ou ce que pourrait proposer n'importe quel autre assureur va à l'encontre de la solidarité qu'on doit défendre. On pense que la Sécu n'a pas la même logique que les assureurs. L'assurance privée va estimer un risque et le faire payer de telle sorte que la compagnie ne perde pas d'argent. Avec la Sécurité sociale cela ne se pose pas de la même manière même si on pense qu'elle n'a pas intérêt à perdre de l'argent, même si on se dit qu'elle doit être à comptes équilibrés ce qui n'est largement pas le cas aujourd'hui on le sait mais pour des raisons qu'on peut comprendre du point de vue politique mais certainement pas du point de vue des gestionnaires de capitaux privés.

C'est donc une autre politique qui dans ces cas là rentre en ligne de compte telle que celle posé par AXA-UAP. Il faudrait vérifier les sondages bien évidemment, mais on voit bien que les gens ont une relative sympathie pour ce genre de projets. Quand on lit les chiffres nationaux, 12000F pour les dépenses annuelles par individu au niveau du domaine curatif et seulement 270F, si mes renseignements sont bons c'est une étude récente, pour la prévention. Moi je ne pense pas que les assureurs privés font de la prévention ou vont développer la prévention. Ils vont faire en quelque sorte une action moralisatrice vis à vis de certains médecins. Si ils appliquent les mêmes règles qu'aux Etats-Unis, le médecin qui dépasse les données du cahier des charges élaboré par l'assureur, c'est fini, il n'est plus conventionné mais derrière c'est le patient qui ne le sera plus non plus.

Il y a toutes ces choses là, qu'à mon avis, il faut éviter. Si on laisse le champ au domaine du privé là on est perdant je crois globalement. Pour les métiers de l'assurance ce n'est pas rentable me semble-t-il, si on ne touche pas au champ de la Sécu. On ne créera pas d'emplois à mon avis dans l'assurance santé et j'irai au delà, si la Sécu reculait encore et si elle laissait une part de marché aux assureurs privés, je ne suis pas sûr que cela créerait beaucoup d'emplois compte tenu des développements technologiques actuels ou à venir. Tous les réseaux existants n'ont pas atteint leur vitesse de croisière loin s'en faut notamment avec la carte Sesam Vitale. D'après nos informations, on est loin du développement prévu.

Le calendrier semble-t-il a quelque retard mais le jour où cela va fonctionner! On peut difficilement être contre parce que c'est une amélioration du service au client ou à l'assuré, moi je vais dire client en tant qu'assureur et je vais dire l'assuré au niveau de la Sécurité sociale. A la sécu on n'a pas de client c'est ce que diraient les salariés de la Sécu, dans l'assurance on n'a que des clients et c'est là justement où les choses changent. Autant sur le service cela peut être a priori meilleur quand on est considéré comme client mais c'est discutable là aussi étant donné ce que je disais tout à l'heure : l'assureur ne perd pas d'argent en règle générale ou s'il commence à en perdre, il va toucher aux primes donc à la cotisation demandée au client qui voudrait se couvrir complémentirement à la Sécurité sociale.

Voilà les trois termes qui jouent dans cette affaire, premièrement un désengagement de la Sécu qui continuerait. A notre avis il faut arrêter le massacre. Des technologies qui se développent, c'est déjà largement dans les tuyaux mais c'est loin d'être au top, l'informatisation globale n'est pas terminée. Enfin les problèmes de concurrence. Si jamais l'Europe -et pourquoi pas à terme- s'attaquait à ce que les assureurs appellent les privilèges de la mutualité de 45 on risque d'être mal parce que les masses financières dont disposent certains assureurs pourraient leur permettre d'attaquer le marché assez aisément d'autant plus qu'il y a un taux de sympathie


auprès des gens dont les assureurs privés bénéficient. Cela est peut-être lié à l'image qu'ont ces organismes là.

Comparée à un organisme d'assurance privée l'image de la Sécurité sociale est mal connue parce que les gens ne la reconnaissent pas comme un organisme paritaire géré par des représentants d'eux-mêmes qu'ils soient employeurs ou salariés mais plutôt comme un organisme étatique. C'est vrai que l'Etat y a rôle de plus en plus important à notre grand dam et au plus grand dam des employeurs encore : là il y a un problème qui se pose mais si comme on le dit on veut défendre l'intérêt général il est normal que les politiques aussi s'intéressent aux organismes de Sécurité sociale. Voilà ce que je peux dire en termes généraux.

Pour en revenir aux emplois eux-mêmes, l'évolution que l'on peut imaginer à partir des attendus c'est qu'après les pertes déjà enregistrées dans les métiers administratifs il va y avoir une stagnation de ces métiers. Dans les métiers commerciaux, il y a pas mal de salariés commerciaux en tout ou partie sur les produits de complémentaire santé, je ne pense pas que l'on maintiendra des métiers commerciaux essentiellement sur la santé, à moins qu'il y ait une privatisation de la Sécu qui serait dramatique pour nous en tant que syndicat. Vont se développer des métiers pointus notamment avec le benchmarking, sans doute quelques uns, mais en nombre si infime que cela ne remplacera pas les emplois perdus, pour mettre au point des produits plus ou moins sophistiqués parce que les gens s'assurent de plus en plus y compris dans le domaine de la santé.

Le marché de la santé je suis persuadé que les assureurs ne le lâcheront pas. Parce qu'aujourd'hui ils restent convaincus que le moment venu ils pourront y rentrer. Je suis persuadé qu'ils se disent qu'un jour ou l'autre il y aura une logique libérale qui fera que la Sécu ne pourra plus assurer, même au niveau actuel qui a déjà pas mal reculé : simplement on lève le verrou concurrentiel et à mon avis ils se jeteront à corps perdu dans une bataille où les mutuelles, les organismes paritaires auront du mal à se battre parce qu'ils n'ont pas la surface financière ou justement la solvabilité exigée au niveau de l'Union européenne. Voilà à peu près ce que je pourrais dire. Pour l'instant je ne suis pas optimiste sur l'emploi. Dans ce domaine de la santé je pense qu'il aurait plutôt tendance à régresser de nouveau sauf à ce que de nouveaux marchés s'ouvrent ce qui à mon avis permettrait au mieux de maintenir les métiers existants. Voilà en terme de bilan.

Par rapport à l'impact des technologies sur les emplois et les effectifs du point de vue des solutions mises en place par les entreprises en général cela n'est pas brillant. Cela a plus été d'aider les gens soit à partir soit à réduire leur temps de travail via le temps partiel globalement ce n'est pas lié au domaine de la santé plutôt que de prévenir suffisamment tôt et de mettre en place des plans qui permettent aux gens de se reconvertir sur d'autres fonctions. C'est un leitmotiv chez moi et cela devient obsessionnel à chaque fois que j'interviens ici ou là face à des employeurs ou n'importe quel public, qu'il soit syndical ou autre, je pense que et il n'y a pas que dans cette branche là- les employeurs ont oublié une responsabilité qui leur incombe : c'est de maintenir les compétences des salariés qu'ils emploient.

Les vingt dernières années, malgré de gros budgets de formation, on n'a jamais fait globalement que de l'adaptation aux postes de travail, aux changements de procédures et autres nouvelles technologies plutôt que de permettre aux gens d'avoir une vision un peu plus large des choses, une vision de l'entreprise qui leur permette de répondre à des bourses d'emplois qui sont assez intéressantes dans certaines entreprises. 

Il y a des bourses d'emplois sous forme papier ou sur réseau, mais on entend sans arrêt les gens dire que les emplois sont à un niveau tel que l'on ne peut jamais y prétendre ou quand on y prétend on nous dit alors qu'on n'a pas le niveau requis. Il y a certaines choses qui pourraient être faites. Mais l'ajustement n'est pas fait entre le maintien des compétences, comme je le disais, ou l'effort de porter les compétences au niveau nouvellement requis, sauf à des pourcentages insuffisants par rapport au nombre d'emplois supprimés ou qui pourraient être supprimés.

Et en matière d'emplois supprimés en liaison avec les technologies je pense que les compagnies d'assurance n'ont pas fait le forcing là-dessus alors qu'elles pourraient le faire vraisemblablement. Elles ont les moyens d'investir en systèmes encore plus élaborés en matière de gestion interne et notamment des contrats dans toutes leurs phases. Je dis heureusement pour l'instant ils ont fait ce choix là mais jusqu'à quel point ils peuvent le faire compte tenu de la concurrence internationale. C'est là où je suis plus dubitatif. Le risque, c'est qu'ils peuvent profiter d'une situation nouvelle.

Et on n'est pas conflictuel dans l'assurance même moins que dans la banque. Les employés de la banque réagissent peu ou prou plus vite même si ce n'est pas massif et suffisant, ils réagissent mieux ou moins mal aux sollicitations syndicales quand il y a un problème, notamment le temps de travail. Dans l'assurance on n'en est pas là. Comme je le disais tout cela se gère en douceur avec des départs anticipés, des chèques valises comme on le dit trivialement ou le temps partiel dit "choisi". Voilà où l'on en est de ce côté là.

J'ai vraiment des craintes sur les évolutions technologiques et concurrentielles parce que lorsque seront bien développés les systèmes organisationnels liés aux technologies de l'information et de la communication il y a deux possibilités : soit, on réduit fort le temps de travail individuel soit on réduit fort le volume d'heures de travail ; ce qui veut dire moins de salariés en fait. C'est la logique qui est à craindre.

On va voir ce que donne l'Observatoire. Est-ce que ses préconisations pourront aider à ce qu'il y ait une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les entreprises?

Actuellement, ils gèrent à un an dans les compagnies d'assurance, rarement à plus loin. On ne met pas en place de plans de formation pluriannuels pour faire évoluer les gens. Le capital temps-formation coûtera pourtant moins cher à partir de l'année prochaine mais cela s'est très peu développé alors que c'était quelque chose d'important pour nous. C'est vrai que l'on n'a pas non plus insisté fort dessus depuis qu'il existe, c'est à dire depuis 93, mais les employeurs non plus. C'est dommage parce que c'est quelque chose qui peut permettre de résoudre, en partie du moins compte tenu des retards accumulés, les problèmes que j'évoquais sur le maintien des compétences.

Entretien pour l'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance

Monsieur Michel CHARTON

Directeur des opérations au pôle Maîtrise des frais de santé
CNP ASSURANCES

Tout d'abord, un constat. En France, vous avez deux piliers de remboursement : la Sécurité Sociale et les assurances complémentaires - les mutuelles et les institutions de prévoyance - qui remboursent la partie complémentaire aux frais réels. Ce système est en place depuis 1945. Il a peu évolué jusqu'à ces dernières années. Le système a vécu sur un "trend" tranquille de croissance générale, de cotisations qui rentraient bien et de dépenses qui, certes depuis 15 ans avaient beaucoup augmenté, tout en restant supportables pour la population et les différents gouvernements. Aujourd'hui ce système s'épuise. Il lui faut évoluer. De nombreux indices sont apparus dans l'environnement de la santé qui donnent à penser que le système est appelé à changer.

Que s'est-il passé ? Les faits sont connus. En premier lieu, il y a l'évolution technologique. Elle coûte cher et nécessite des investissements lourds dont la rentabilité à moyen terme n'est assurée que grâce à de gros volumes d'actes. Il y a ensuite le vieillissement de la population. Ce peut être une façon assez rapide d'appréhender le problème de la santé des personnes. Ce qui coûte cher, ce n'est pas que les gens soient âgés, c'est qu'ils soient malades. Plus on est âgé, plus on consomme de soins de santé, les statistiques en témoignent. Il ne faudrait pas, toutefois, que cette façon de présenter les choses soit considérée comme une guerre des générations. Ce n'est pas parce qu'on est âgé, mais parce qu'on est plus malade, qu'on est plus consommateur.

Et notre système de santé ne sait pas bien prendre en charge les personnes âgées malades. Comme on les protège mieux et qu'elles vivent plus longtemps, elles sont effectivement atteintes de pathologies plus durables. Une personne malade à 40 ans consommera aujourd'hui davantage pour la même pathologie qu'il y a 10 ans. Les progrès de la médecine et de l'environnement sont tels qu'ils repoussent les échéances de guérison ou de non-guérison, et cela induit une augmentation des dépenses. Le problème se pose de la même façon pour une personne atteinte d'un cancer, qu'elle ait 30 ans ou 70 ans. La problématique est celle-ci : donner aux personnes malades, à un instant T de leur existence, les meilleurs soins au meilleur coût.

Evolution technologique, vieillissement, consumérisme, les causes sont multiples. Et le constat est évident : les dépenses de santé sont en augmentation dans tous les pays industrialisés. Pour qu'elles se stabilisent, il faut appliquer des méthodes de management du système de santé suffisamment solides et bien pilotées et "resserrer les boulons" là où cela est nécessaire. Cela nécessite de très gros investissements, à la fois en matière grise, en système d'informatisation, en analyse d'information et en "passage à l'acte". Pourquoi faut-il passer à l'acte ? Parce qu'il existe des lobbies de la production et que le fait de modifier le système de santé et de mettre en place des systèmes de régulation plus puissants modifie les enveloppes financières qui sont aujourd'hui distribuées à chacun des acteurs.

Par exemple, si vous agissez fortement sur l'hospitalisation qui est longue en France, et que vous faites un effort pour en réduire la durée, vous allez augmenter la consommation en médecine ambulatoire, en médecine de ville et en pharmacie. C'est un phénomène bien connu. On réduit l'hospitalisation, les gens rentrent chez eux plus tôt et consomment plus de médecins, plus de kinésithérapeutes, plus d'infirmières, plus de médicaments. De son côté, le directeur de clinique ou le médecin qui travaille en clinique voit ses revenus baisser. Le médecin de ville, quant à lui, ou le kinésithérapeute voit ses revenus augmenter. S'il s'agit d'un cas isolé, personne n'y prêtera attention.

Mais si vous exercez une action forte sur le système de santé, ce n'est plus un cas isolé, car elle s'applique aux 20 000 médecins qui exercent en clinique et

vous générez de plus une baisse de l'emploi dans toutes les villes de France dotées d'un hôpital. Le coût de l'hospitalisation pour la Sécurité Sociale est estimé à environ 350 milliards de francs. Si vous décidez, par exemple, de réduire les frais d'hospitalisation de 10% et partant, de diminuer le personnel de 5%, quelles seront les conséquences ? Sachez que 5% d'un million de Français qui travaillent à l'hôpital forment une population de 50 000 personnes ! Ces 50 000 personnes représentent une masse d'argent qui ne doit pas quitter le système sanitaire et social, et doit être redistribuée. Procéder à cette redistribution est un travail énorme, difficile à mettre en oeuvre et qui prend du temps. Toutefois, je crois qu'aujourd'hui, l'époque est au changement. Même si l'évolution se fait plus lentement que certains le souhaiteraient, comme la CNP qui s'est engagée dans une démarche d'innovation pour en accélérer le mouvement.

Les conditions sont aujourd'hui réunies pour que les choses changent. J'en distingue au moins trois. Il y a d'abord le plan Juppé ; même si sa mise en oeuvre est discutée, ce plan a tout de même créé des conditions particulières et notamment, le fait que désormais, c'est le Parlement qui vote le budget, ce qui n'était pas le cas en France jusqu'à présent. Cela ne signifie pas pour autant que le trou de la Sécurité Sociale sera comblé ; néanmoins on sait maintenant qui décide de combien d'argent est injecté dans le système de santé en France.

Ensuite, se sont créés des systèmes d'accréditation, d'évaluation, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), pour gérer les enveloppes hospitalières régionales. Dorénavant, chaque région sera dotée d'un budget pour le secteur hospitalier, en fonction de sa population. Le passage se fait d'un système géré par l'offre à un système géré en fonction des besoins. Une réforme profonde du système de santé ne peut se faire en l'espace de quelques années. Sa mise en place prendra peut-être 10 ans.

La troisième condition concerne la demande du public. Aujourd'hui, la clientèle exige des soins de plus grande qualité, elle s'informe davantage, elle veut de l'information. Nous le constatons tous les jours dans notre centre d'appels téléphoniques au travers des demandes de nos adhérents. Ces derniers veulent de l'information pour mieux savoir et mieux consommer. La CNP, en sa qualité d'assureur de référence, est en mesure d'instaurer un vrai dialogue avec l'utilisateur final, c'est-à-dire le "consommateur de soins" afin de lui donner les informations qu'il réclame et l'aider à mieux "consommer". L'ensemble de ces éléments hétérogènes témoigne de la fissuration d'un système d'où émergent des possibilités nouvelles.

Chacun doit trouver sa place dans le système. Soit, on se place dans une situation d'assurance maladie universelle - et dans ce cas la Sécurité Sociale reprend des places au secteur de l'assurance - et seuls, les assureurs qui feront preuve d'innovation s'en sortiront. Il existe d'ailleurs, en Europe, des exemples de systèmes surcomplémentaires à l'assurance obligatoire. C'est le cas de l'Espagne. Soit, on s'oriente vers un système de désengagement progressif de la Sécurité Sociale qui continuerait à rembourser, mais de moins en moins, chaque année, pour des cotisations de plus en plus élevées. Dans ce contexte, l'assurance complémentaire aura de beaux jours devant elle.

Les Etats-Unis ont un système de santé spécifique. Les Américains ont de bonnes idées. Sans être obligé de copier leur système, on peut regarder ce qu'ils ont fait d'intelligent. Leur système de santé est adapté à leur culture. De fait, un système de santé doit coller à une réalité culturelle, c'est la raison pour laquelle il n'est pas exportable d'un pays à un autre. C'est ainsi que les tentatives de copie sont souvent vouées à l'échec.

En France, nous nous trouvons dans un système de santé à deux vitesses ; effectivement, l'accès aux soins n'est pas égal pour tout le monde. A population équivalente, l'installation des spécialistes va du simple au triple selon les régions, les revenus des cardiologues vont de un à trois selon leur répartition géographique et le nombre de lits d'hôpitaux va du simple au

double. Cela signifie que la médecine à deux vitesses est, en partie déjà, une réalité. Ce n'est pas un problème de coût, tant il est vrai que nous pouvons nous faire soigner pour une maladie grave, gratuitement, à l'hôpital. C'est un problème d'accès à la bonne médecine. La médecine en France fonctionne déjà largement à deux, voire à trois vitesses. Entre le discours et la réalité des faits, il y a quand même une grande différence. Si nous allons vers un système de gestion du risque performant, il faut admettre deux préalables :

- 1 - dans les dépenses de santé, certaines dépenses sont inutiles.
- 2 - dans la consommation de santé, le consommateur ne se voit pas toujours proposer la meilleure qualité.

Si vous entérinez ces deux préalables, qui reviennent à dire qu'il existe une médecine à deux vitesses et qu'il y a du gâchis, vous en arrivez à l'idée que la gestion du risque est susceptible d'y apporter un correctif. La gestion du risque, en effet, peut déterminer où sont les gâchis, comment les contrôler et réintroduire une marge de manoeuvre financière dans le reste du système pour le rendre plus performant. Dans ce cas de figure, vous obtenez une meilleure qualité du système de soins et vous ne créez pas de médecine à deux vitesses.

Mieux on prendra en compte ces éléments dans une gestion pertinente du système, et moins on aura une médecine à deux vitesses. Tant qu'on reste dans un système lié à la Sécurité Sociale, les assurances complémentaires ont un avenir. Je ne vois pas pourquoi elles pousseraient à cette médecine à deux vitesses. La CNP s'intéresse aux secteurs du dentaire et de l'optique, car elle est le premier payeur dans ces deux domaines, bien avant la Sécurité Sociale. Dans le cadre de l'expérimentation Gestion Conseil Carrés Bleus, les personnes qu'on assure paient moins cher grâce aux informations que nous leur donnons. Celles-ci portent sur les prix normalement pratiqués et quelques idées de bonne pratique. Nos adhérents vont toujours chez le dentiste et chez l'opticien de leur choix. Ils ne disent pas que c'est de la médecine à deux vitesses, nous n'avons rien changé au système, nous essayons seulement de lui apporter de la performance et de l'efficacité.

Dans les deux situations que j'ai évoquées tout à l'heure, c'est-à-dire l'assurance santé universelle ou, au contraire, le désengagement progressif de l'assurance maladie, la CNP, je le crois, a un rôle important à jouer. Nous avons notre place comme assureur complémentaire, mais nous pouvons également envisager des négociations avec l'assurance maladie pour supprimer cette notion de premier et de deuxième pilier, qui à mon sens, est en contradiction totale avec la capacité de faire de la gestion du risque performante. C'est un système qui freine la mise en place de mesures d'optimisation. Pourquoi ne pas demain se répartir les dépenses par domaines, plutôt que par piliers successifs : l'assurance maladie, dans cette hypothèse, accepterait de prendre 100% des dépenses de l'hôpital au lieu d'en prendre 96% et nous, assureur complémentaire, nous prendrions 100% et non 50% du dentaire. Dans cet exemple, on agirait de façon plus pertinente sur le système de soins et sur la façon dont un consommateur de santé utiliserait le système de santé. Toutes les hypothèses sont possibles.

La santé est un des marchés les plus en croissance aujourd'hui. Depuis 25 ans, la santé croît plus vite que le PIB. C'est un marché qui, en volume, est très lourd - 700 ou 800 milliards de francs par an -, en comptant ce que les gens paient de leur poche ; l'automédication, en effet, n'est pas précisément chiffrée. Des ouvertures sont possibles en assurance santé complémentaire, à condition d'être inventif et proche des préoccupations de l'assuré, consommateur final. Il

convient de mettre en place des modalités de couverture qui soient plus éthiques et plus en rapport avec les attentes des assurés. En tant qu'assureur complémentaire, nous devons nous montrer plus inventifs. Il est possible d'innover, tout en restant dans le strict cadre de la réglementation. Tentons de sortir d'un système figé depuis plusieurs dizaines d'années et d'ouvrir de nouveaux marchés. En créant de la valeur ajoutée nous créerons de l'emploi. Nous deviendrons plus crédibles, notre éthique sera renforcée.

C'est là le fondement de notre expérimentation Gestion Conseil Carrés Bleus. Cela veut dire par exemple, que, sur les lunettes, nous n'avons plus un plafond de remboursement mais deux et que, bientôt, nous en aurons quatre qui prendront en compte la gravité et le besoin de correction des personnes. C'est une forme d'inventivité. Et des idées, nous n'en manquons pas. Avec de l'inventivité, nous pourrions générer du service autour de l'assurance. C'est précisément l'activité de la plate-forme téléphonique. Les adhérents téléphonent, ils envoient un devis, nous l'étudions et nous leur disons : "Voilà ce qui est mieux, voilà ce qui est bien." Ce n'est pas de l'entente préalable, ce n'est pas de l'accord, c'est en quelque sorte un moyen de combler l'assymétrie d'information. Nous ne disons pas aux gens : "Votre devis, nous vous le refusons". Nous disons aux assurés qu'ils ont des garanties et qu'ils y ont droit. En revanche, nous leur signalons ce qui peut nous paraître étrange ou excessif dans un devis. Ce n'est pas le remboursement qui les intéresse, c'est le reste à charge.

Combien en définitive vont-ils payer de leur poche ? Prenons un exemple : vous avez des frais réels de 5 000 francs, et votre assurance complémentaire est plafonnée à 2 500 francs pour une couronne en céramique. La Sécurité Sociale vous rembourse 493,50 francs, disons 500 francs. Une fois son remboursement perçu, la personne sait qu'elle devra déboursier 2 000 francs. Si vous arrivez à la convaincre que le prix normal d'une couronne n'est pas de 5 000 francs mais de 3 000 francs et qu'elle arrive à négocier avec son praticien le tarif de 3 000 francs, vous obtiendrez un résultat très différent : la Sécurité Sociale lui remboursera toujours 493,50 francs, soit 500 francs, l'assureur ne lui remboursera plus 2 500 francs mais seulement 2 000 francs, son reste à charge ne sera plus que de 500 francs. L'assureur aura économisé 500 francs et l'assuré aura gagné 1 500 francs. C'est ce type d'approche qui, à mon sens, va tirer le marché dont le développement s'exercera à coups d'inventivité. Il faut s'attendre à voire apparaître des offres spécifiques au domaine dentaire, peut-être même spécifiques à un seul segment du domaine dentaire.

Cela conduira à l'émergence d'acteurs nouveaux comme les sociétés de services ou les "call-centers". Ces centres d'appels pourront travailler pour le compte de plusieurs structures et fourniront de l'information complémentaire, et des systèmes d'information de gestion du risque. Sesam-Vitale sera générateur d'information. Mais l'information en tant que telle est inutile, il convient de la structurer, de l'analyser et de prendre rapidement des mesures en fonction des résultats. Si Sesam-Vitale apporte toute l'information qu'elle est sensée générer, vous vous trouverez rapidement face à une masse d'informations gigantesque pour chaque Français qui consomme 12 000 francs/an de soins de santé. Vous aurez en ligne des centaines de milliers de paramètres. Comment ferez-vous pour sortir du système des données pertinentes ?

Des milliers d'analystes seraient nécessaires pour traiter les informations. De la même façon qu'il y aura une micro-segmentation du marché, il y aura une micro-segmentation du traitement de l'information qui se fera par pratiques ou par process. Si vous voulez faire de la gestion du risque sur le dentaire, il vous faudra bâtir un système d'analyse spécifique. Que ce soit à partir d'un gros système ou d'un petit, vous n'aurez pas d'autre solution que celle de la segmentation pour vous fournir des outils et des méthodes de gestion du risque qui soient adaptées à des micro-segments de la santé.

La gestion macroscopique du risque est, pour moi, une aberration. Les fournisseurs de système d'informations, capables de réaliser ces outils sont des petites structures. On constate que les sociétés qui informatisent les officines des médecins n'existaient pas il y a trois ans. On en compte une vingtaine et dans quelque temps, elles ne seront plus que quelques-unes sur le marché ; c'est un phénomène normal que de se stabiliser pour un secteur nouveau. Le gestionnaire standard qui prend une feuille de soins ou un décompte de la Sécurité Sociale pour le recopier sur son système n'existera plus dans cinq ans. Nous devons nous préparer à une transformation profonde des métiers dans le domaine de l'assurance complémentaire santé. Si nous ne générons pas davantage de valeur ajoutée, nous perdrons des emplois. L'inventivité est devenue une nécessité incontournable. Ceux qui n'inventeront pas n'auront que des produits standard à proposer, ils verront leurs coûts de gestion s'envoler et se trouveront rapidement hors-jeu. C'est la fin d'une époque. A leurs côtés, d'autres proposeront des offres plus diversifiées et plus attrayantes.

15% de la population française est aujourd'hui prête à entrer dans un système de réseaux similaire aux HMO américains. 20% sont prêts à entrer dans un système un peu plus souple dans lequel ils peuvent accéder à un réseau tout en pouvant en sortir moyennant une surprime et 50% des gens ont envie de conserver leur totale liberté. C'est ainsi qu'il faut analyser le marché de l'avenir. Nous aurons des contrats qui seront ouverts à des niveaux de primes différents ou qui offriront des garanties différentes pour une même prime. Même si la conception du contrat reste la même, les modalités de primes seront variables en fonction du degré de liberté que souhaite conserver l'adhérent. Si l'on veut être complètement libre, il faudra payer plus cher. Si l'on veut être un peu moins libre et que l'on fait confiance à l'assureur pour bien contrôler le réseau, on payera moins cher : vous dépenserez moins, et les pertes et gâchis seront moindres. Cette vision de la santé est nouvelle et la CNP s'est engagée dans cette voie porteuse d'avenir.

Je ne suis pas un spécialiste des métiers et des emplois concernés par le développement futur de l'assurance santé. Je vais simplement vous donner une vue générale du secteur tel que je l'évalue aujourd'hui avec ses perspectives d'évolution éventuelle.

Les emplois vont dépendre du rôle que les compagnies d'assurance joueront dans le domaine de la couverture de santé, des prestations de soins dans notre pays compte tenu de la faillite de notre système de Sécurité sociale, au moins pour ce qui concerne l'assurance maladie.

Quelle est la situation actuelle qui d'ailleurs n'a pas beaucoup bougé depuis des décennies? Les assureurs de marché interviennent en complément de la Sécurité sociale. C'est un choix qui a été opéré en 1945 au moment de la création de la Sécurité sociale. On aurait pu faire un autre choix, ce n'est pas la peine d'y revenir, c'est ainsi. Les assureurs, pas plus que la Sécurité sociale, ne sont acheteurs de soins, ils n'achètent rien, ils se contentent de régler, ils rajoutent leur part par rapport aux régimes de base obligatoires de Sécurité sociale. C'est un métier sans réelle valeur ajoutée. On ne peut pas dire que cela soit très exaltant en matière d'activités.

Cette intervention se répartit entre deux marchés, le marché de la complémentaire individuelle et le marché des collectives. Ce sont des marchés tout à fait différents. Le risque est plus facile à gérer en individuelle qu'en collective. Je dis risque mais en réalité, ce n'est pas un risque. L'assurance maladie est un produit de consommation courante, quasiment quotidienne. Il n'y a pas d'aléa véritablement, bien entendu il y a des petits et des gros risques, mais il n'y a pas d'aléa. On connaît quels sont les taux de consommation moyenne par ménage, on connaît leur dérive, c'est un risque qui est parfaitement mesuré, il n'y a pas de catastrophe possible sauf domaine particulier qui échappe à ce genre de prévision comme le sida ou des risques de développement qui ont été traités en dehors de la gestion du risque traditionnel maladie.

Donc c'est vraiment un métier totalement primaire que nous faisons, consistant à rembourser des soins, des consommations en complément de la Sécurité sociale avec des coûts de commercialisation, des frais de gestion et en plus des taxes. Cela est évidemment valable pour l'assurance individuelle qui est une branche rentable pour les compagnies d'assurance. Pour les collectives le contexte est tout à fait différent car les collectives portent non seulement sur le risque maladie classique mais également sur l'invalidité, l'incapacité, le décès, c'est un tout en général : avec une entreprise on traite l'ensemble de la prévoyance. Et cela continue à être irritant pour un esprit logique car le risque décès est un bon risque dégageant structurellement des résultats positifs du fait que les tables de mortalité officielles sont dépassées par l'allongement de la vie.

De plus quand on est sur une population de plusieurs centaines de milliers de personnes l'aléa décès est parfaitement maîtrisé statistiquement. Par contre le risque maladie a toujours été structurellement plutôt déficitaire mais on a fait de ces contrats un tout en les tarifant en fonction du positif et du négatif, au lieu d'établir des tarifications objectives par nature de risques. Alors pourquoi est-ce négatif en santé : pour deux raisons. Premièrement il ne peut pas y avoir de sélection, on prend tous les salariés d'une entreprise, on ne peut choisir les bons par rapport au risque et rejeter les autres. Deuxièmement, le salarié ayant l'impression de ne pas participer au coût de cet avantage, disons en nature, qui lui est donné par son employeur, il n'y a aucun garde fou à la consommation et à l'utilisation de cette couverture.

Cela ne responsabilise pas les assurés, cela aurait même tendance à les inciter à la consommation. Alors que dans une complémentaire individuelle, c'est l'intéressé lui-même qui paye, il sait ce que cela lui coûte et il fait très attention. La comparaison entre individuelle et collective nous montre bien dans quel sens il faut aller si on veut responsabiliser le client, le patient, le consommateur de soins. En tout état de cause ce n'est pas un apport d'expertise considérable que nous faisons, pas plus que la Sécurité sociale qui ne s'est jamais comportée en acheteur de soins, on est un simple payeur après avoir fait notre métier élémentaire d'évaluation, de sélection et de commercialisation. Rien n'a bougé jusqu'à ce jour. Il y a des risques spécifiques où nous avons une place plus significative mais on ne peut pas dire non plus que nous nous soyons montrés très innovants dans la gestion de ces deux risques que sont l'optique et la dentisterie, qui sont plutôt mal remboursés par les régimes de base et sont plutôt pris en charge par les complémentaires.

Mais comme on a affaire à des professions très organisées qui se défendent très bien nous n'avons pas réussi véritablement à négocier une optimisation des rapports entre ces professions et les assureurs complémentaires que nous sommes. Il existe à cet égard des utilisateurs, des usagers avertis. Sur certains risques lorsque l'on rembourse un multiple de la Sécurité sociale, 200, 300, 400% pour les soins dentaires ou pour l'optique, on pousse à l'anti-sélection parce que c'est celui qui a besoin d'investir dans ce type de soins qui bien évidemment va souscrire, celui qui a une vue parfaite ne va pas souscrire une couverture optique à 300%, cela lui ne sert à rien. Ce mécanisme n'est pas non plus très vertueux.

Voilà l'état des lieux que tous les Français connaissent aujourd'hui. Où en sommes nous du côté des compagnies. La plupart sont au degré zéro dans ce que l'on pourrait appeler l'économie d'un système de soins, la gestion d'un système de santé ou le health management. On n'a aucune expérience, on ne l'a jamais pratiqué, beaucoup n'ont pas du tout investi même en recherche en recrutant des spécialistes de telle ou telle discipline. Cela c'est le tableau général. Néanmoins il y a quelques exceptions, quelques expériences qui sont en train de se préciser dans le cadre des ordonnances Juppé sur la réforme de la Sécurité sociale et la perspective des expérimentations. Ce que nous avons retrouvé d'ailleurs à cette occasion c'est que la loi Evin de 1983 avait déjà prévu la possibilité de faire des expérimentations, à ma connaissance elle n'a jamais été utilisée, il y a plus de dix ans de cela. Ce texte était probablement décalé par rapport à son temps et les esprits n'étaient pas mûrs.

Par contre le dispositif des expérimentations qui est dans les ordonnances Juppé et que nous avons souhaité - nous avons été parmi ceux qui avons demandé cette ouverture - intéresse beaucoup les entreprises d'assurance, entreprises d'assurance au sens de la troisième directive communautaire, c'est à dire les sociétés d'assurance mais aussi les mutuelles de Sécurité sociale et les institutions de prévoyance qui font exactement le même métier. Certaines sociétés envisagent de se lancer, de faire des propositions d'expérimentations. Pour élaborer leur projet de cahier des charges, elles ont du recourir ou recruter des capacités qu'elles n'avaient pas en interne.

Le premier groupe qui d'ailleurs même en dehors des ordonnances Juppé s'est intéressé à la gestion du système de santé c'est la CNP pour une raison claire c'est que la CNP est essentiellement un assureur de personnes, à la fois d'épargne-retraite et de prévoyance. Tout naturellement il avait déjà regardé des expériences étrangères et examiné comment elles pouvaient être adaptées au contexte français. L'ordonnance Juppé est bien évidemment un catalyseur de ce comportement et certaines sociétés travaillent à l'élaboration de leurs dossiers d'expérimentation. Celle qui fait parler le plus d'elle, c'est le groupe AXA qui a bâti un projet intéressant. Ce projet n'a pu être mis au point qu'avec le concours de collaborateurs d'origines très diverses, ce ne sont pas simplement les assureurs du département Santé qui ont pu mettre au point le dossier d'AXA dont je ne connais pas le détail. Ils ont très probablement fait appel aux services de conseils externes.

La France du fait de son histoire a des décennies de retard par rapport aux Américains qui ont commencé dans les années trente et apprennent depuis près de soixante ans. Nous sommes très décalés. Nous ne sommes pas les seuls dans cet état : les Allemands ne sont pas très avancés, ni les pays latins non plus -même lorsque la part de la complémentaire est beaucoup plus importante qu'en France comme c'est le cas en Espagne-.

Voilà le constat. Et les perspectives aujourd'hui ne sont pas claires parce que nous ne savons pas si les expérimentations vont être véritablement autorisées en vraie grandeur, si cela vaut le coup d'investir en moyens, et notamment en moyens humains et informatiques qui sont coûteux. Seuls de très grands groupes peuvent se les autoriser, les autres sont plutôt conduits à s'associer.

C'est d'ailleurs ce que nous faisons, nous ne nous lancerons pas seuls dans des expérimentations mais avec des partenaires, que ces partenaires soient des compagnies d'assurance ou appartiennent à l'économie sociale. Il faut voir que l'industrie de la santé est probablement le secteur le plus compliqué qui soit et cela pour des raisons simples. Il touche à ce qui nous est le plus proche, notre existence, notre santé, notre devenir, c'est à dire la relation à la maladie, au déclin et à la mort. C'est quelque chose d'extraordinairement sensible chez les individus dans les sociétés développées et qui fait intervenir une multitude d'acteurs de tous types, c'est moins facile à gérer, à maîtriser qu'une industrie fabriquant des produits finis de consommation de masse. C'est évident.

En plus il faut dire que culturellement la société française n'est pas tellement mûre à l'introduction de règles normatives, rationnelles, concurrentielles de gestion des prestations. Le raisonnement consiste à dire : la santé n'a pas de prix. Elle n'a pas de prix mais elle a un coût et comme ce coût social devient de plus en plus insupportable il va bien falloir s'occuper du prix. Les ordonnances Juppé sont le premier pas en ce sens même si elles me paraissent tout à fait inopérantes. Mon sentiment profond c'est que l'on ne peut pas maîtriser la dérive de la dépense de santé dans une économie administrée. C'est absolument sans espoir. On ne fera qu'ajouter déficit à déficit année après année.

Il est indispensable, même pour le panier de base des prestations servis à tous les résidents français sans aucune discrimination, le système universel en quelque sorte, d'introduire des règles de concurrence entre d'une part les acheteurs de soins et d'autre part les offreurs de soins. Dans le domaine de la santé on est dans une situation asymétrique : des individus, les assurés sociaux, sont isolés, en situation d'infériorité parce qu'ils sont complètement incompetents, ils ne sont pas médecins, face à des professionnels qui ont la connaissance, ils sont incapables de se défendre par rapport aux offreurs de soins, les prestataires de santé que ce soient les médecins, les hôpitaux, les laboratoires. Ils sont dans une situation de dépendance. Ne pouvant pas se défendre seuls, il faut que leurs intérêts soient incarnés. Ils auraient du l'être par la Sécurité sociale, elle avait le monopole, elle n'a pas rempli cette mission. Rien ne changera si personne ne la remplit. Il faut que ceux qui représentent les intérêts des assurés c'est à dire en fait les entreprises d'assurance, y compris les Caisses d'assurance maladie défendent ces intérêts en mettant en concurrence les offreurs de soins pour obtenir le meilleur soin au juste prix, ce qui implique évidemment une modification fondamentale de notre système.

Il faut également que les consommateurs finaux puissent mettre en concurrence ceux qui vont défendre leurs intérêts, qui sont plus ou moins aptes à le faire, plus ou moins compétents, plus ou moins dynamiques. Cela implique la liberté d'affiliation des assurés sociaux à l'organisme gestionnaire de leur choix. Ce qui

veut dire qu'un service public universel d'assurance, sa gestion peut être déléguée à des organismes de natures juridiques diverses, Caisses d'assurance maladie, mutuelles de Sécurité sociale, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance dans la mesure où ils seraient agréés et homologués. Ce serait une innovation mais ce ne serait pas une révolution parce que pour les travailleurs non salariés c'est déjà le cas.

Il faudrait aller évidemment vers une diversification des tarifs pour que la concurrence soit réelle. Enfin nous n'en sommes pas là. Des projets d'expérimentation iront certainement dans ce sens. Passeront-ils la rampe, seront-ils agréés? Je n'en sais rien. En tout état de cause je ne pense pas que les investissements intellectuels d'étude, d'élaboration des projets, même si ils ne sont pas couronnés de succès, soient vains car ils auront au moins permis de réfléchir à la question en attendant des jours meilleurs.

Il faudrait que la situation de la Sécurité sociale devienne d'une telle gravité par ses conséquences pour que les gouvernants non seulement comprennent l'urgence des réformes mais acceptent de changer les principes du système. Ce n'est pas exclu. Mais c'est comme pour l'Union soviétique, qui aurait pu prédire la façon dont elle finirait? On savait qu'elle s'effondrerait parce qu'elle n'était pas réformable, mais quand et comment, qui pouvait le prédire? Le système de la Sécurité sociale n'est pas réformable dans ses principes actuels. C'est plus par ses incidences qu'il va un jour tomber, c'est à dire par l'augmentation continue des prélèvements obligatoires qui étouffe toute possibilité de croissance économique dans ce pays. Dans combien de temps?. Je n'en sais rien puisque l'on est au vingtième plan de redressement de la Sécurité sociale. C'est une catastrophe sans fin maintenant. Beaucoup d'esprits en ont pris conscience, ce qui ne veut pas dire qu'ils ont le remède.

Ce qui est plus grave, compte tenu de l'état zéro dans lequel on nous a maintenu en matière de savoir-faire d'un système de gestion des soins, si demain l'Etat nous dit : on ne peut plus faire fonctionner le système, on va le libéraliser, on va vous autoriser à en prendre en charge pour partie la gestion, nous ne saurions pas. Nous ne sommes pas préparés. On ne nous a jamais donné l'occasion d'apprendre et on n'apprend pas dans ce domaine en six mois. Les Américains ne cessent pas d'apprendre depuis soixante ans qu'ils y travaillent. C'est extrêmement compliqué. Des que l'on se penche sur un programme d'expérimentation même modeste, on s'aperçoit à combien de choses cela touche, d'où la difficulté qu'il y a à bâtir, à articuler quelque chose qui se tienne. C'est ce qui est inquiétant, préoccupant pour l'avenir. On a un exemple voisin celui de l'Allemagne qui est pourtant en avance par rapport à nous.puisque le système de base collectif ne couvre pas l'ensemble de la population. Les ménages dont le revenu dépassent un certain montant ont la possibilité -ce n'est pas obligatoire- de s'assurer directement pour la totalité des prestations auprès de compagnies d'assurance spécialisées en santé. Sept à huit millions d'allemands soit 10% de la population ne relèvent pas ainsi volontairement du système général mais du système privé.

Il y a deux choses qu'il est indispensable d'introduire en France, c'est d'abord le choix de l'organisme gestionnaire -en Allemagne il s'agit des caisses maladie régionales ou locales- sans obligation de respecter un critère d'affiliation géographique, c'est ensuite pour ces organismes la liberté dans les limites d'une certaine fourchette de tarifier les cotisations. Il y a donc liberté d'adhésion d'un côté et une certaine liberté de tarification de l'autre. Ces préalables n'ont pas permis à l'Allemagne de maîtriser les dépenses de santé faute d'expérience en managed care. Les Caisses doivent apprendre à sélectionner judicieusement leurs fournisseurs.

Contrairement à la France où tout diplômé de médecine est obligatoirement conventionné, en Allemagne ce sont les Caisses qui conventionnent leurs prestataires. Bien entendu il faudrait que cela soit aussi le cas en France. Il faudrait que ce soient les organismes gestionnaires qui choisissent leurs prestataires ce qui semble-t-il est le cas dans certains projets d'expérimenta-

tion. Ce qu'il faut voir c'est ce que tout cela implique en nomenclature, en cotation des actes, en élaboration de protocoles par pathologies, c'est à dire des investissements énormes pour la création de systèmes d'information en réseaux puisqu'il s'agit de constituer des réseaux, le recueil du suivi économique, l'évaluation des prestations et de la qualité des soins, bref des métiers dans lesquels on ne peut pas s'improviser. Aujourd'hui pour élaborer un dossier on est obligé de faire appel à des consultants extérieurs et en fait ce sont toujours des filiales de consultants américains. On ne sait que trop peu de références dans notre pays.

Voilà l'état des lieux. On peut tracer quelques perspectives

Il y a un élément qui va faciliter les choses mais cela fait quinze ans qu'on en parle c'est la mise en place du réseau d'information de santé dans lequel interviendraient toutes les parties prenantes du système bien entendu les fournisseurs avec la carte de prestataire pour les médecins, les hôpitaux, les assurés qui auraient la carte Sesam Vitale, les assureurs de base et les assureurs complémentaires qui seraient reliés au système. Ce système n'est pas encore en mesure de démarrer aujourd'hui. On avance mais plutôt lentement. On va perdre encore beaucoup de temps avec la transformation de Vitale 1 en Vitale 2. Si véritablement il y avait eu une volonté politique on y serait parvenu depuis longtemps. Tant que l'on ne dispose pas d'un système de ce genre qui soit complètement bouclé avec toutes les parties prenantes il est difficile de s'engager dans une réforme fondamentale parce qu'on n'a ni la masse critique ni l'ensemble des données nécessaires.

Si un jour on met en place des systèmes rationnels de gestion de l'organisation de l'industrie de la santé dans ce pays, cela impliquera de faire appel à des connaissances et à des spécialisations, à de nouveaux métiers. Et là je me réfère à un dossier de la profession qui fait le point sur cette question : il faut avoir des économistes de la santé pour bâtir les projets, des gens capables de faire des études, des enquêtes et d'analyser le bien fondé des résultats, il faut intégrer les compétences des professionnels de santé, des médecins, des pharmaciens, des gens qui savent gérer des laboratoires, des cliniques, des hôpitaux, il faut aussi avoir des compétences scientifiques dans ces domaines, disposer d'informaticiens spécialisés, de personnes capables d'organiser des programmes d'éducation des patients, des consommateurs de soins, et d'autres capables d'organiser des réseaux de soins en négociant avec les prestataires.

Derrière tout cela il y a bien évidemment de multiples compétences qui déboucheront bien entendu sur des métiers. Il faut avoir toutes ces compétences pour être en mesure de gérer correctement des réseaux de santé. Ces compétences n'apparaîtront qu'au fur et à mesure que les besoins se manifesteront, se matérialiseront. On ne les aura pas toutes au départ, on apprendra.

Ce ne sera pas à la portée de n'importe qui. A l'évidence la plupart des assureurs n'auront pas la taille critique pour travailler dans ce domaine. Faire du simple remboursement c'est à la portée de n'importe qui. Dès qu'il s'agira de prendre en charge dans leur totalité des malades et de négocier avec des offreurs de soins cela sera différent. Je pense donc que, le nombre des acteurs se réduira considérablement par rapport à aujourd'hui; certains, s'ils veulent continuer à être présents sur le marché, seront condamnés à s'associer ou à se transformer en simples distributeurs pour le compte d'autrui.

Entretien pour l'Observatoire de l'évolution des métiers de l'assurance

Monsieur Jean de KERVASDOUÉ

Professeur au CNAM

Il y a un métier traditionnel des assureurs complémentaires santé, je ne vais pas en parler, mais juste en dire deux mots, soit sur les contrats groupes, soit sur les contrats individuels qui a pour objet de compléter ce que rembourse l'Assurance maladie.

Les choses évoluent avec les ordonnances Juppé d'avril 96 car elles permettent de monter des réseaux et des filières de soins. Ces ordonnances sont très ouvertes à une nouvelle organisation des systèmes de soins sans dire précisément qui seront les créateurs des réseaux et ce que seront précisément ces réseaux. En France ils peuvent aller du système anglais des généralistes gestionnaires des fonds de leurs malades - cela c'est plutôt "ex-filière"- aux HMO américains qui sont à la fois des systèmes de soins et des systèmes d'assurance, j'ai dit à la fois.

Il est vrai que l'actualité de 97 a été marquée par le projet AXA, d'autres compagnies d'assurance ont travaillé sur des projets analogues. AXA s'est porté candidat à la création d'un réseau de soins sachant que la procédure d'autorisation de ces réseaux passe par l'aval d'une commission. Cette commission a été installée il y a quelques semaines et on ne connaît pas les réseaux qui seront autorisés ou ceux qui seront refusés. Il y a une grande incertitude qui est de savoir si les compagnies d'assurance pourront être des promoteurs de réseaux, c'est le point de vue d'AXA, si elles seront ou pourront être des partenaires des réseaux, partenaires voulant dire plusieurs choses, soit des partenaires financiers, soit des gens qui vont s'intéresser à la gestion du réseau sans en être actionnaires donc des gérants du réseau.

L'expertise dont on aurait besoin pour ces réseaux est connue. C'est d'une part une expertise de médecins puisque les réseaux de soins bâtissent des référentiels opposables au corps médical donc il faut choisir parmi les référentiels existants français et surtout étrangers. La durée de séjour pour une prothèse de hanche en France varie de 11 jours à 26 jours, il serait tout à fait possible qu'un réseau de soins ait un comité scientifique qui dise "écoutez pour nous la durée moyenne pour une prothèse de hanche c'est plutôt 11 jours que 26 et au-delà de 11 jours...". Cela suppose qu'on ait un système d'information et que ce système d'information puisse permettre, à partir du cotage des actes, c'est à dire ce que font les médecins, des médicaments et des biens médicaux présents (prothèses et le reste), les pathologies, de comparer la réalité des prescriptions et la prise en charge des malades à un référentiel. Donc premièrement il faut bâtir le référentiel, deuxièmement il faut bâtir le système d'information et troisièmement il faut regarder et analyser les différentes distorsions et, le cas échéant, agir.

Aux Etats-Unis ce travail est fait essentiellement, outre les concepteurs de systèmes d'information, par des infirmières en première ligne et des médecins en deuxième ligne, un service information et informatique et puis un service administratif et financier qui lui même, au vu de son expérience, calcule le risque et calcule les contrats. En France, aujourd'hui, on n'est pas vraiment capable de faire les distinctions par âge, par CSP et par région des dépenses de santé. Et c'est probablement une des raisons des difficultés du projet d'AXA parce que probablement les assurés d'AXA en région parisienne sont plutôt des gens entre 20 et 60 ans et qui ne consomment pas comme la moyenne des Français.

La question qu'il faut se poser est : est-ce que l'on va autoriser les réseaux à se créer et est-ce que l'on va se lancer dans ce qui est en fait une industrie lourde avec des enjeux financiers considérables.

La création des réseaux nécessite des gens très qualifiés : des actuaires, des

informaticiens, mais aussi beaucoup de médecins, des épidémiologues, des gestionnaires du risque, des infirmières. Il y a une partie administrative et financière classique et puis une partie information, c'est à dire une partie qui est classique pour les assureurs et une partie qui l'est moins qui est la partie médicale.

Dans les futurs réseaux de soins il y a le corps médical qui souhaite jalousement garder ses prérogatives et jouer un rôle important, il y a les grandes sociétés de conseil comme Arthur Andersen, il y a bien entendu les compagnies d'assurance. La question est : qu'est-ce que souhaitera et autorisera le corps médical en France qui commence à découvrir qu'il a besoin de partenaires puissants. La mutualité, d'une certaine façon, a plus de légitimité que les compagnies d'assurance parce qu'elle est mieux imbriquée dans le tissu local et qu'elle a une histoire, des oeuvres, un partenariat ancien avec le monde de la santé.

Je ne veux pas traiter en quelques secondes le problème du conflit entre les assureurs et les mutuelles. Néanmoins les assureurs peuvent tout à fait se placer en tant que concurrents sur ce type de marché. Savoir qui seront les créateurs de réseaux de soins et avec quels partenaires, c'est une question à laquelle je n'ai pas de réponse. On sait aussi qu'il y a certaines initiatives locales avec les hôpitaux, les cliniques, des médecins généralistes, des spécialistes. Les acteurs du système de soins commencent à s'apercevoir que tout cela est bien compliqué et coûte bien cher. Comment ce service rendu pour la gestion du risque sera solvabilisé? Pour les compagnies d'assurance par la diminution des frais médicaux à risque identique, pour les autres est-ce que l'Assurance maladie va être prête, soit à déléguer, soit à payer une partie de ce qu'elle ne paie pas à l'heure actuelle c'est à dire la gestion du risque? Je ne peux pas répondre.

Qu'est-ce que va faire ce gouvernement de cette loi très ouverte? Je ne suis pas Madame Soleil. Mon avis personnel cependant est qu'à court terme, c'est à dire à deux ans, on va constater l'émergence de deux phénomènes. Le premier est que les assureurs complémentaires au moins les gros, comme la CNP, vont mettre en place des plates-formes pour leurs risques à eux et ce faisant apprendre un petit peu ce que veut dire en pratique "la gestion du risque" parce que ce n'est pas une technologie simple. Et puis ensuite il y a deux scénarios possibles ou bien les réseaux se créent et les assureurs y rentrent, soit comme partenaires, soit comme gestionnaires ou bien les réseaux ne se créent pas tout de suite et ils attendent. Si malheureusement comme on peut le craindre le contrôle des dépenses de santé se passe mal on verra à ce moment là les compagnies d'assurance jouer alors un rôle plus étendu.

Pour l'instant les assureurs complémentaires sont des assureurs passifs. Il serait temps, pour eux, même dans la législation actuelle antérieure aux ordonnances de 1996, de ne plus être, dans ce domaine, des automates qui remboursent ce qui leur est présenté. C'est vrai que ce que fait la CNP est intelligent. Et, comme cela coûte cher, je ne crois pas que les assureurs le feront tous. Il y aura quelques plates-formes qui fourniront ce type de services pour l'ensemble de la profession.

L'état des lieux sur les professions de santé est assez facile à faire dans la mesure où c'est quelque chose qui est très connu du marché des assurances collectives mais très peu connu du marché des assurances individuelles. Le marché assurances collectives est un marché d'entreprise, la promotion se fait dans le cadre des contrats que l'on propose aux salariés des entreprises, soit par le biais des entreprises elles-mêmes parce qu'elles financent, soit par le biais des comités d'entreprises qui souscrivent pour le personnel. En matière de garantie et de risque d'assurance c'est très connu chez les assureurs qui pratiquent les assurances collectives : c'est le cas des grandes compagnies.

Donc le marché santé était essentiellement un marché de grandes compagnies et de mutuelles puisque les particuliers étaient contactés par les mutuelles et les entreprises contactées par les compagnies.

Aujourd'hui on parle d'un marché émergent parce que, sur le plan de la recherche de nouveaux marchés, les assureurs se sont rendus compte qu'ils avaient laissé la place à la mutualité pour ce qui est de l'assurance individuelle et que l'entreprise aujourd'hui a envie de moins s'investir sur cette garantie parce qu'elle coûte de plus en plus compte tenu du désengagement de la Sécurité sociale. Mais c'est davantage une opportunité financière qui apparaît qu'une opportunité d'organisation nouvelle du travail parce qu'il existe depuis longtemps des services compétents en la matière.

On connaît bien au plan technique les métiers de la santé. Il y a plusieurs métiers. Il y a d'abord la fabrication technique puis ensuite la gestion. On a beaucoup développé ces produits dans certaines compagnies et très rapidement s'est posé le problème de la gestion. Alors moi, qui suis dans l'assurance depuis 35 ans, je peux dire qu'il y a 35 ans on mettait deux mois à régler des remboursements car il y avait réception de papiers, transcription, chaîne informatique, paiement etc. Sur quelques années on s'est rendu compte que c'était dévorant sur le plan de la gestion sous cette forme là donc bien sûr il y a eu amélioration des chaînes informatiques mais il y avait un coût très élevé, beaucoup de personnels, beaucoup de stress, donc un personnel difficile à gérer moyennant quoi en même temps qu'on informatisait on a délocalisé la gestion vers des intermédiaires.

Autrement dit on a contribué à créer des sociétés de gestion extérieures qui se sont spécialisées dans la gestion maladie ce qui faisait que l'assureur, lui, ne prenait que le risque, déléguait la gestion moyennant finance de la prime la plus serrée possible. On a pratiquement, volontairement, perdu à l'intérieur des compagnies la masse de personnel qui faisait cette gestion là. On a par contre des spécialistes pour préparer les logiciels et qui même les préparent et les négocient avec les gestionnaires extérieurs. Et aujourd'hui on a l'air de redécouvrir le problème puisqu'à l'intérieur des compagnies on a très peu de gens qui font cette gestion. En plus c'est une gestion qui n'est pas valorisante, qui est très répétitive.

Maintenant ce sont des choses qui peuvent aller très vite puisque les gestionnaires extérieurs règlent dans les 48h, 72h les règlements qu'ils reçoivent. C'est devenu, j'allais dire, presque trop par rapport même à ce que pouvait faire la Sécurité sociale puisque cela l'a poussé à se moderniser de façon extrêmement sensible, à lancer des recherches de même nature que celles que l'on faisait en tant que compagnie d'assurance. On a assisté à des déplacements puisque même certains assureurs ont des accords avec la Sécurité sociale qui gère pour leur compte leur régime supplémentaire : c'est assez étrange. On a fait gérer par la Sécurité sociale par mesure de simplicité parce que cela revenait moins cher. Donc aujourd'hui quand on dit les nouveaux métiers de la santé, moi, cela me

surprend un petit peu parce que tous ces montages existent avec de grandes compagnies, avec de grands gestionnaires extérieurs, avec la Sécurité sociale qui elle-même se transforme. Alors où est le problème? Le problème c'est un problème, j'allais dire, de marchés financiers parce que ce qui a changé par rapport à cette évolution là c'est que de plus en plus la Sécurité sociale se désengage. Les assureurs se sont dits voilà de nouvelles garanties à donner mais en fait ce sont de nouvelles garanties à donner sur des portefeuilles qui existent c'est à dire ce sont des gens qu'on assure déjà : 75% de la population a une mutuelle complémentaire. Donc les 25% qui restent, si vous prenez les SDF, les chômeurs je ne pense pas que ce soit un marché très intéressant.

Par contre ceux qui ont des régimes et qui n'en sont pas suffisamment satisfaits parce que petit à petit avec le désengagement de la Sécurité sociale on a été amené à mettre des limitations aux remboursements complémentaires, à exprimer des garanties en pourcentage des remboursements de la Sécurité sociale parce qu'on s'est dit, et c'était logique, que les garanties baisseraient plutôt que d'être toujours à courir après l'équilibre. Donc on est arrivé à un moment où les assurés, les clients, se disent "nos mutuelles ne nous remboursent plus assez". On est amené à réfléchir à d'autres moyens. Cela existe, il y a des contrats qui sont faits avec des plafonds, des multiples de remboursements de la Sécurité sociale mais presque jamais maintenant aux frais réels. Nous avons un processus dans les compagnies qui n'est pas celui, et c'est normal, de la Sécurité sociale qui prend une cotisation universelle quel que soit l'effectif de la famille. Particulièrement si on s'oriente vers des contrats individuels on est obligé de tenir compte de la composition de la famille.

Ce qui n'était pas le cas dans les contrats d'entreprise : ce sont des contrats complémentaires aux régimes sociaux et qui suivent les régimes sociaux. Autrement dit dans l'entreprise, marié ou célibataire au départ on payait la même prime et puis petit à petit on a modulé famille/ célibataire et puis de plus en plus on module par personne surtout lorsqu'il y a participation des assurés. De ce fait, cela devient insupportable très naturellement puisque lorsque vous aviez une prime sur un salaire pour quatre ou cinq personnes c'était économique lorsque vous en avez quatre ou cinq sur un seul salaire cela devient insupportable. C'est un problème financier et budgétaire très lourd qui ne se réglera pas simplement par une prise de marché : il y a un déséquilibre de la Sécurité sociale.

Il y a un déséquilibre de consommation que l'on connaît bien en matière de risque d'entreprise et que l'on connaît moins bien en individuelle. Les mutuelles le connaissent. Les mutuelles ont pratiquement toujours appliqué la prime par personne ce qui fait qu'elles sont un peu moins gênées de ce processus. Dans ce contexte qu'est-ce que c'est que les nouveaux métiers de santé? Moi je ne sais pas parce qu'on ne va pas recréer des régisseurs puisqu'on a tout mécanisé de façon à éviter de refaire ce qui a été le cas dans les années 70 où on a augmenté fortement les effectifs de personnels peu qualifiés.

Au contraire avec les nouvelles cartes qui sortent tout est fait pour que tout soit enregistré dès la consommation et qu'en bout de chaîne on ait à la sortie le règlement. Donc on gomme complètement la notion de travail entre les deux. Le seul travail intéressant et intelligent c'est le travail de conception des logiciels de règlement, de conception des produits et le travail de vente de ces produits mais en dehors de ces trois acteurs, le gestionnaire lui-même doit disparaître, il a vocation à disparaître.

Subsistent peut-être un contrôle informatique pour voir si cela marche bien et puis les contrôles financiers c'est à dire combien on a encaissé et combien on a sorti, est-ce que le contrat est mauvais est-ce que le contrat est bon, c'est à dire l'analyse technique : mais on est toujours dans la technique.

Autrement dit les nouveaux métiers de santé je ne sais pas ce que cela veut dire. Ce sont plus

des métiers de recherche marketing, de recherche financière technique mais pas des métiers de gestion donc pas de création d'emplois. Je ne le ressens pas du tout. Je peux me tromper. Mais si je me trompe cela voudrait dire quoi : qu'on se mettrait à reprendre de la gestion humaine là où on l'a quasiment supprimée. Donc je suis un petit peu étonnée. Je comprends que l'on parle de la santé comme d'un nouveau marché mais c'est un marché qui peut être traité avec des outils sophistiqués qui ont été mis en place et que l'on perfectionne quasiment sans personnel, sans métiers de gestion supplémentaires. Je conçois qu'il y ait des métiers d'analyse technique mais pas de métiers de gestion nouveaux.

Qu'en serait-il avec la mise en place des filières et des réseaux?

Il s'agit de médecins. Ce ne sont plus des métiers d'assureurs. On est là dans la canalisation de médecins pour le compte des assureurs. Alors là c'est autre chose. Effectivement ce seraient là des métiers médicaux mais pas des métiers d'assureurs. Je m'explique : nous avons des médecins conseils et des médecins analystes du risque pour justement accepter certaines garanties dans les assurances. Ce sont, soit des médecins à temps complet, soit des médecins extérieurs à qui on paye des honoraires. Cela fait partie de la chaîne qui tourne autour des acceptations d'assurance, pas seulement dans les métiers de santé d'ailleurs, mais surtout dans les acceptations de gros capitaux, de crédits, de gros risques d'invalidité etc.

Cela ne joue pas sur le risque santé tel qu'on le conçoit c'est à dire sur le désengagement de la Sécurité sociale parce que je vois mal comment, si on veut faire des souscription de garanties de grande envergure dans l'assurance, faire de la sélection médicale individuelle. On l'a tenté dans le passé. On prenait des prospectus avec une sélection médicale, questionnaire médical, visite médicale. Cela coûte plus cher que d'acheter un client. C'est phénoménal. Donc cela a été supprimé et seules des déclarations d'état de santé ont été maintenues. Tout cela a été perturbé aussi par le sida parce qu'à un moment donné on ne savait plus trop où on allait : on a dû prendre des accords particuliers sur le sida. En masse, on trouve sur le marché des garanties santé sans sélection médicale.

Donc ce qui est imaginé, et là est-ce que ce sont les métiers de l'assurance, moi, je ne vois pas les choses comme cela, c'est de dire que l'on va influencer non pas sur l'adhésion mais sur le sinistre, c'est à dire que l'on va inciter les assurés à ne pas aller voir le médecin qu'ils veulent mais celui que l'assureur suggérera et à ce titre là cela entraînera des ristournes de primes ou des garanties plus importantes. On ne sait pas encore comment cela va s'articuler parce que psychologiquement est-ce que les gens accepteront d'être garantis par un contrat qui va les obliger à aller voir tel ou tel plutôt que leur médecin habituel -ce qui n'est peut-être pas bon mais c'est dans la culture française-.

Donc la filière de soins c'est du marketing -c'est pour cela que je vous disais que ce sont des métiers de marketing qui émergent de tout cela- c'est la recherche de promotion d'un produit. Certains pensent que la façon de promouvoir un produit c'est de créer des filières de soins qui permettront d'exiger des médecins de prendre moins cher ou d'être payés directement par l'assureur, donc ils seront payés à la chaîne et au volume de clientèle. C'est l'idée de la Sécurité sociale. Elle propose d'avoir un médecin attiré, le médecin lui reçoit de l'argent pour s'informatiser car on suivra mieux les dépenses de santé ainsi et cela est vrai.

Derrière, nous assureurs qu'est-ce que l'on peut faire? En marketing, encore une fois, leur dire "nous apportons notre flux de clientèle, vous allez demander moins cher, passer par une filière de soins que nous allons vous alimenter et

donc vous aller mieux gagner votre vie en faisant plus d'actes mais à un coût réduit". En fait on est en train de se dire , et c'est pour cela qu'on parle de Sécurité sociale bis, ce que la Sécurité sociale a du mal à faire sur le plan national peut-être qu'on peut le faire en grandeur restreinte. Sur le plan intellectuel, pour l'assuré, ces filières de soins peuvent être des choses intéressantes sauf que l'individualisme français aura peut-être du mal à l'accepter.

Je dirais qu'au nom du libéralisme c'est très difficile à mettre en place alors que ce sont des libéraux qui veulent le faire pour éviter une étatisation trop forte. Or en fait, au nom du libéralisme, les individus l'accepteront difficilement. Cela est plus politique que technique. Donc, dans ces filières de soins, quels métiers émergents ? Ce sont des métiers de médecins. Faudrait-il qu'il y ait des troupes dans les assurances pour contrôler les médecins, cela me paraît difficile ? Drainer les assurés, cela c'est commercial et le métier d'inspecteur commercial pour faire des affaires existe. Ce ne sont pas de nouveaux métiers. On transforme les métiers existants. On oriente les métiers marketing, les métiers commerciaux vers cette nouvelle démarche. Mais ce ne sont pas de nouveaux métiers. Je ne vois pas , je me trompe peut-être. En matière de santé je ne vois pas quels nouveaux métiers on va créer.

La maladie ce n'est pas un métier d'assureur. Il n'y a pas d'aléa dans la maladie. Ce qu'on essaye de faire c'est de le faire dans le cadre de l'assurance c'est à dire d'écrémer les bons et puis de laisser les mauvais à la charge de l'Etat : ce n'est pas le métier de l'assurance. Le métier de l'assurance c'est de prendre les risques et de mesurer les risques. En matière de santé il n'y a rien à mesurer sauf le sida peut-être mais est-ce que le sida va encore se développer dans la population et donc créer des besoins de santé très chers, de la recherche, etc.? La définition même de l'assurance c'est de prendre un risque, un aléa : on vous garantie en décès il y a un aléa, il y a une garantie sur une durée, il y a un aléa, vous avez des chances de mourir et des chances de vivre.

C'est clair. Malade, vous avez cent pour cent de chances d'être malade un jour. Au plan national cela ne s'aggrave pas, au contraire. Le seul problème c'est qu'on est plus nombreux à demander des soins avec moins de ressources parce qu'il y a moins de masse salariale et que tout est basé sur la masse salariale. Le problème n'est pas sur la consommation. Il y a encore des excès mais on les connaît. Ce ne sont pas des excès d'assurance mais des excès économiques : les hôpitaux remplissent peut-être inutilement leurs lits la subvention étant allouée par lit. Je comprends mieux le problème du marché retraite, qui est un autre sujet, mais qui a besoin de métiers émergents parce qu'il faudra gérer les produits, les comptes et il y aura du travail.

Mais sur les métiers de la santé je ne vois pas les métiers émergents sauf à transformer les métiers existants, et, plus les métiers de médecins et les métiers de prospecteurs que les métiers de gestion. Alors, c'est une masse d'argent, c'est vrai. Cette explication vient du fait que les assureurs aujourd'hui sont plus des financiers que des assureurs et qu'ils cherchent des masses d'argent. C'est vrai que si on trouve des gens qui sont prêts à payer des cotisations importantes en maladie, c'est du chiffre d'affaires. Mais rendre ce chiffre d'affaires rentable, c'est encore un autre problème!

Les projets d'expérimentation ?

En Sécurité sociale, si on veut changer, il faut changer nationalement, or il y a quatorze Caisses régionales, c'est lourd. Cela ne peut se faire que par petites unités. Dans les ordonnances Juppé l'idée était de faire des expérimentations sur des CRAM mais rien n'interdisait à des particuliers de pouvoir le faire. Donc l'idée c'est, et Monsieur Bebear l'a dit "moi je sais, et même la Sécurité sociale me l'a dit, que l'on pouvait gérer à moins cher». Mais c'est évident. Il n'y a pas besoin de faire l'expérience pour en être sûr. Si vous gérez sur une entité de 20 000 ou 30 000 assurés avec des régimes standards et que vous donnez la gestion à quelqu'un qui en est responsable avec un budget donné, vous arrivez à compresser les coûts. Peut-

être que l'on arrive moins bien à satisfaire les clients mais on arrive à comprimer les coûts par une gestion de masse. C'est vrai que par une expérimentation en modèle réduit on démontrera toujours qu'elle est moins chère.

Ces expérimentations dans le Plan Juppé je pense qu'elles étaient préconisées, intelligemment d'ailleurs, pour prouver qu'on pouvait faire autrement et pour prouver qu'il faut peut-être mettre en place des structures plus légères, des circuits plus courts. Donc c'est de l'expérimentation intelligente. De là à dire que l'on va faire des Sécurités sociales bis, je dis que, un, c'est dangereux sur le plan politique, deux, c'est dangereux sur le plan social, trois, c'est dangereux sur le plan financier ou alors il faut que l'on revienne à ce tri par sélection médicale pour éliminer tous les cancéreux, tous les sidaïques. Alors je ne suis pas sûre que l'on puisse continuer comme cela.

L'expérimentation c'est intéressant au plan pratique, un exemple qui pourrait faire évoluer au plan national mais dire que ce sera un marché porteur et intéressant pour des compagnies, je n'en suis pas convaincue. De toutes façons pour les compagnies si elles maintiennent, et elles ont intérêt à les maintenir, les compléments, rien que sur les compléments c'est déjà intéressant de faire l'expérimentation. On a bien donné nos compléments à gérer à la Sécurité sociale, on peut bien gérer la base de la Sécurité sociale. Mais c'est une expérience qui à mon sens a été proposée politiquement pour montrer que l'on pouvait améliorer les choses. C'est intellectuellement et psychologiquement intéressant mais politiquement difficile à faire passer.

Il est vrai que ce qui gêne dans ce type d'expérience, alors là c'est au plan syndical que je m'exprime, c'est le risque de perte de solidarité de l'ensemble de la population parce qu'on ne peut pas à la fois prôner la Sécurité sociale universelle, y compris pour les gens qui ne cotisent pas comme les prisonniers, les SDF etc., et en même temps dire on va faire de petites Sécurités sociales pour les gens qui forcément seront des privilégiés, forcément seront triés, forcément seront solvables et à côté on aura les insolubles mais qui resteront à la charge de la société et comme la société c'est nous qui payons cela veut dire que l'on aura l'impression de payer moins parce qu'on a les moyens dans notre petit groupe mais on paiera plus en impôts parce qu'il faudra bien subventionner l'autre groupe. Donc je dis : c'est un marché de dupes.

Tout le monde trouve les charges sociales trop élevées, on les transforme en CSG, maintenant les gens commencent à voir comment la CSG se répercute sur les capitaux, sur tout ce qui n'est pas salaire, tout le monde commence à protester et pourtant c'était ça ou on augmentait les charges sociales. Tout le monde demande la dépendance à la charge de l'Etat, mais la dépendance cela a un coût, et personne ne veut augmenter les charges sociales : comment peut-on faire ? On augmente les impôts ? Sur le problème de la dépendance les assureurs auraient plutôt quelque chose à faire mais ils ne veulent pas s'y lancer parce que c'est un risque.

Le marché émergent aujourd'hui c'est plutôt le marché de la dépendance. Là il y a un véritable marché sauf qu'il est difficile de s'y lancer parce que justement c'est quelque chose d'inconnu alors que la maladie c'est quelque chose de connu. On en a fait le tour. Tout ce que l'on peut chercher c'est à diminuer le coût. Alors diminuer le coût c'est diminuer le service. Avec le risque d'arriver comme en Angleterre, à attendre six mois pour se faire opérer d'une appendicite. C'est cela les filières de soins : vous ne pouvez pas en sortir sauf à payer très cher et là il y a des ordres de priorité. En France, on vous opère de l'appendicite, peut-être même sans doute, sans trop de discernement mais entre cela et passer par un goulot d'étranglement qui dure six mois il y a sûrement une marge. Est-ce vraiment seulement un problème d'assureur ?

Observatoire

DE L'ÉVOLUTION
DES MÉTIERS DE L'ASSURANCE

Roger MOIROUD
Secrétaire Général
01 53 32 25 07

Gérard LOBJEOIS
Chargé de Mission
01 53 32 24 12

Marie-Albane SCOTTO
Chargée d'Études
01 53 32 25 08