



Mémoire présenté en vue d'obtenir
le diplôme MASTER 2
Ressources Humaines FI/FC

Claire Miramand

Impact en termes de motivation des salariés de la
mise en place d'une sur-complémentaire santé

Compagnie Industrielle des Chauffe-Eau
Groupe Atlantic



Septembre 2015

Maître de stage : Claudine Durif

Directeur de Mémoire : Daniel Klumb



SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	5
HISTOIRE DE L'ACTIVITÉ DES MUTUELLES EN FRANCE	5
TERRAIN DE TRAVAIL : LA CICE	9
PARTIE I : LA MISSION	11
1.1. LA MUTUELLE AU SEIN DE LA CICE	11
1.1.1. Politique non centralisée et valeurs du Groupe.....	11
1.1.2. Évolution des contrats avec la MCA pour les non cadres	11
1.1.3. Enjeux financiers de la CICE.....	13
1.2. LES BESOINS DE L'ENTREPRISE	14
1.2.1. Connaitre les besoins du collège non-cadre.....	14
1.2.2. Donner le choix.....	14
1.2.3. Raisons de la volonté de donner le choix	14
PARTIE II : ÉTAT DES LIEUX	15
2.1. LES ÉTAPES DE MA MISSION	15
2.1.1. Parcours d'intégration.....	15
2.1.2. Étude du besoin.....	15
2.1.3. Rendez-vous avec le chargé d'affaires de la MCA.....	17
2.1.4. Enquête auprès des salariés	18
2.1.4.1. Avant les entretiens.....	19
2.1.4.2. Pendant les entretiens.....	19
2.1.4.3. Après les entretiens.....	20
2.1.5. Étude des retours du cabinet courtier	25
2.2. IMPACT DE LA SANTE SUR LES MODES DE VIE	27
2.2.1. Approche de la question de la santé : le point de vue de l'individu	27
2.2.2. Approche de la question de la santé : le point de vue de l'entreprise	28
2.2.3. Motivation : étymologie et définition	31
2.2.4. Les auteurs classiques	33

2.2.5.	L'école des relations humaines	34
2.2.6.	La rupture des années 1960 – la théorie des attentes.....	36
2.2.7.	Lien entre motivation et mutuelle	37
PARTIE III : ACTIONS		43
3.1. MISE EN PLACE DE L'OPTION SUR-COMPLÉMENTAIRE		43
3.1.1.	Cahier des charges de la sur-complémentaire	44
3.1.2.	Relation avec les partenaires sociaux.....	46
3.1.3.	Information des salariés	46
3.2. EN PARALLÈLE		48
3.2.1.	Création d'un guide de bonnes pratiques	48
CONCLUSION GÉNÉRALE		51
CONCLUSION – BILAN		51
CONCLUSION – SYNTHÈSE		51
BIBLIOGRAPHIE.....		55
LES OUVRAGES.....		55
ARTICLES DE REVUE		55
ARTICLES SUR INTERNET.....		55
AUTRES.....		56



REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier, dans son ensemble, l'équipe de la CICE pour son accueil durant toute la durée de mon stage, du 17 février au 18 août 2015.

Je remercie tout particulièrement Madame Claudine Durif, ma responsable de stage, ainsi que toute l'équipe du service Ressources Humaines de la CICE : Madame Ana-Christina Correia Assistante de Direction, Madame Céline Luck, infirmière du travail à la CICE, Monsieur Gilles Malachowski, Gestionnaire RH et Madame Marie Unfer, Gestionnaire RH, avec qui j'ai travaillé au quotidien, qui ont partagé avec moi leurs connaissances et leurs expériences professionnelles avec beaucoup d'attention et de confiance, et qui m'ont consacré le temps nécessaire pour faire de ce stage une réussite. Je n'oublie pas Monsieur Damien Frances, de l'équipe de droit social du site de la Roche-Sur-Yon du Groupe Atlantic, qui a pris le temps de répondre à toutes mes questions.

Mes remerciements s'adressent aux personnes qui m'ont aidée dans ma tâche : les opérateurs de la CICE qui ont échangé avec moi sur leur mutuelle et leurs dépenses de santé, et Monsieur Laurent Wittische, responsable de production, qui a rendu les opérateurs disponibles.

Je remercie également l'équipe pédagogique du Master 2 « Management des Ressources Humaines » de l'École de Management de Strasbourg, et tout particulièrement Monsieur Daniel Klumb, pour son implication pendant ce stage, pour m'avoir encadrée et conseillée durant ces 6 mois.



INTRODUCTION

HISTOIRE DE L'ACTIVITÉ DES MUTUELLES EN FRANCE

Nous connaissons tous la chanson de Henri Salvador : « le travail... c'est la santé », et cela peut expliquer pourquoi tant de réglementations encadrent la santé des salariés, et qui ne se limitent pas, par exemple, à la seule prévention des accidents du travail. Les entreprises sont de plus en plus soumises à une obligation de résultat quant à la bonne santé de leurs collaborateurs, mais dans certaines limites (l'employeur ne saurait être tenu pour responsable de situations qui relèvent de la sphère privée). Il n'en reste pas moins que dans ces limites, l'employeur est responsable de ses salariés en termes de santé, et la prise en compte de ce point devient une priorité pour le service des ressources humaines.

Considérée globalement, la santé des personnes est très fortement liée au système de santé mis en place dans notre pays. À l'origine de ce système se trouvent deux modèles :

- tout d'abord le modèle bismarckien de Otto Von Bismarck (1815-1898), qui connaît ses débuts en 1880. C'est une assurance sociale en Allemagne où « les cotisations sont proportionnelles au revenu du travail de l'assuré social¹ ». Cela revient à dire que le modèle bismarckien « se limite à protéger la santé des seuls travailleurs et de leur famille¹ ». Telle n'est pas la conception du modèle de Beveridge ;
- le modèle beveridgien de William Beveridge (1879-1963), est élaboré en 1942 au cours de la seconde guerre mondiale en vue de « lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale¹ », car il permet de limiter les renoncements aux soins, via la mise en place d'un service national de santé pour tous, qui est géré par l'État et qui est financé par l'impôt.

En France, le système d'accès aux soins mélange ces deux modèles avec, d'une part l'universalité de la couverture et une contribution des salariés, géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ce qui le rapproche du modèle beveridgien, et d'autre part la possibilité de choisir une organisation privée de soin comme une mutuelle, ce qui le rapproche du modèle bismarckien.

¹ HUTEAU Gilles, « Comprendre la santé publique et le système de santé : assurance maladie, complémentaire et accès aux soins », MOOC France Université Numérique, 2015

La protection de la santé des salariés a donc deux dimensions :

- en premier lieu, la garantie de la sécurité sociale obligatoire, qui permet à tous d'accéder aux soins via le principe de solidarité ;
- puis, en second lieu, il y a les garanties complémentaires que peuvent offrir une mutuelle.

Ce que l'on sait moins, c'est que les mutuelles ont une origine beaucoup plus ancienne. En effet, l'histoire² de la mutualité française commence dès le 18^{ème} siècle comme nous le montre la suite d'étapes de l'histoire de l'activité des mutuelles.

Annexe 1 : Histoire de l'activité des mutuelles

Remarque

Il pourrait être intéressant de comparer le système de santé français avec ceux d'autres pays. Cependant, du fait de la très grande variété des systèmes qui vont du tout public au tout privé, avec des systèmes mixtes (comme en France) faisant intervenir public et privé selon des modalités différentes, et du fait des évolutions constantes de ces systèmes selon les choix politiques des différents pays, il semble préférable de citer la conclusion d'une étude réalisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « L'Organisation mondiale de la Santé a procédé à la première analyse des systèmes de santé effectuée dans le monde. Cinq³ indicateurs de performance sont utilisés pour mesurer les systèmes de santé des 191 États Membres. L'analyse conclut que la France fournit les meilleurs soins de santé généraux, suivie notamment de l'Italie, de l'Espagne, d'Oman, de l'Autriche et du Japon⁴. »

Comme nous l'avons vu, mutuelle, solidarité et entraide étaient, à l'époque, des termes assez similaires. Aujourd'hui, et d'après le code de la mutualité française, les mutuelles se définissent comme suit à l'article 111-1⁵ : « Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but

² BRENEOL Clémentine, « La place des mutuelles dans la démarche de prévention et de promotion de la santé réalisée auprès des entreprises », *École des hautes études en santé publique*, 2010
DREYFUS Michel, « Histoire de la Mutualité », *Alternatives Économiques Poche*, 2006, n°022

³ 1) Niveau de santé général de la population; 2) Inégalités de santé dans la population; 3) Degré général de réactivité du système de santé; 4) Distribution de la réactivité dans la population ; 5) Répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population.

⁴ ORGANISATION MONDIALE de la SANTE, « *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde* », 2010 <http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/>

⁵ LÉGIFRANCE, « *Code de la Mutualité* », 2015
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074067>>



non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation au registre national des mutuelles. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, (...) afin de contribuer au développement (...) physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie ».

Toujours selon le code de la mutualité, les mutuelles ont pour objet, entre autres, de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents, à la maternité ou à la maladie. Ainsi « la complémentaire santé complète les remboursements de la sécurité sociale⁶ ».

Une complémentaire santé d'entreprise est possible dès lors qu'elle a fait l'objet d'une convention, ou d'un accord collectif touchant l'ensemble des salariés ou une catégorie objective de salariés ([Annexe 2 : définition « catégorie objective de salarié »](#)) et de leurs ayants droit, ou encore d'une décision unilatérale⁷.

Il convient de noter que l'obligation légale de mettre en place une complémentaire santé pour tous les employés du privé sera effective au 1er janvier 2016. En effet, cette mesure n'était pas obligatoire avant le vote de la loi, et ce sont près « de quatre millions de salariés qui vont pouvoir en bénéficier⁸ ». Le principe retenu pour la mise en place de cette mesure est que chaque branche professionnelle puisse définir la complémentaire santé la mieux en phase avec les besoins des salariés concernés.

⁶ SERVICE-PUBLIC, « Complémentaire santé d'Entreprise », 2014 <<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F20739.xhtml>>

⁷ « La prévoyance en entreprise », *Liaisons sociales Numéros juridique*, 2012, n° 16092

⁸ HERMAL Noëlle, « *La complémentaire santé pour le salarié bientôt obligatoire* », 2013 <<http://www.lefigaro.fr/assurance/2013/07/22/05005-20130722ARTFIG00276-la-complementaire-sante-pour-le-salarie-bientot-obligatoire.php>>

Schéma 1 : répartition des remboursements en frais de santé

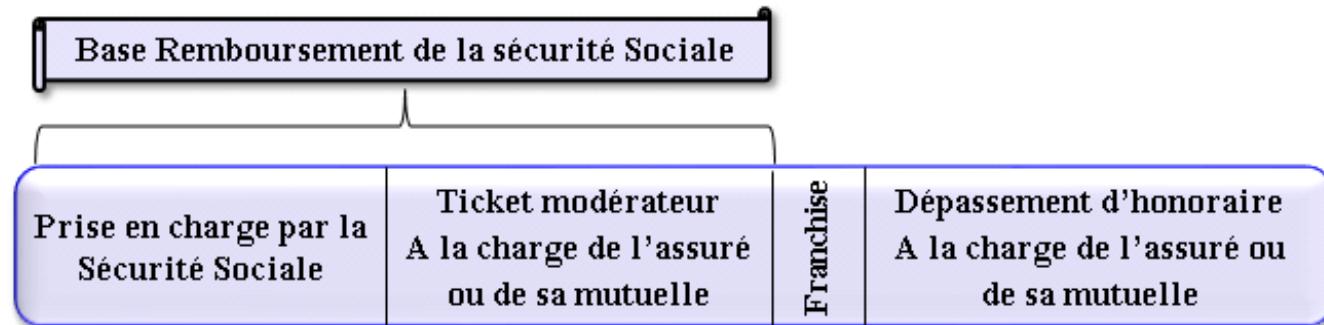


Schéma inspiré du document : « bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé » de l’union nationale des organismes d’assurance maladie.

Pour les salariés, avoir une complémentaire collective leur permet de bénéficier d'une complémentaire négociée pour un ensemble de personnes, ce qui leur donne plus de poids auprès de la mutuelle, mais ce qui permet aussi d'avoir une partie de la cotisation de la complémentaire payée par l'employeur (d'abord une part significative, puis, aujourd'hui avec le contrat responsable, l'employeur doit payer une part d'au moins 50 % de la cotisation).

Pour l'entreprise, proposer une complémentaire collective lui permet de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux⁹ tels que :

- Exonération des cotisations sociales sur les contributions patronales ;
- Déductibilité fiscale des cotisations payées par l'entreprise.

Mais ce ne sont là bien évidemment pas les seules motivations de l'entreprise, car des salariés à la santé défaillante ne sont pas fiables, peuvent avoir des accidents, peuvent se retrouver en arrêt de maladie..., ce qui peut nuire au bon fonctionnement de l'entreprise. Santé se comprend au sens physique et psychologique, et concerne le salarié, mais aussi sa proche famille dont les problèmes de santé peuvent l'affecté plus ou moins profondément.

Toutefois, le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux est conditionné, avec le contrat responsable, aux seuls complémentaires santé collectives obligatoires pour tous les salariés, avec une participation patronale d'au moins 50 % de la cotisation à partir de 2016. Le contrat responsable a pour but de « responsabiliser les assurés, en imposant aux organismes complémentaires de ne pas prendre en charge certaines dépenses¹⁰ » comme l'euro de

⁹ Maître MILLET-URSIN, « Généralisation de la santé et contrats responsable », *Webinar du Cabinet Fromont Briens*, 2015

¹⁰ « Contrat responsable- protection sociale : pour mieux comprendre et faire les bons choix », *Liaisons sociales magazine*, 2015, n°158, p.22



responsabilisation. Un tel contrat doit donc répondre à un cahier des charges qui comprend différents critères allant du « panier minimal », comme la prise en charge de l'intégralité du ticket-modérateur, à la mise en place de plafonds comme pour l'optique avec la limitation des remboursements des montures par exemple. Le respect des dispositions du contrat responsable conditionne l'obtention des avantages fiscaux et sociaux.

Annexe 3 : les conditions du contrat responsable

TERRAIN DE TRAVAIL : LA CICE

Dans le cadre du Master 2 : « Management des Ressources Humaines » de l'École de Management de Strasbourg, j'ai effectué un stage de six mois, du 17 février au 18 août 2015, dans le service RH de la Compagnie Industrielle des Chauffe-Eau (CICE), située à Saint-Louis en Alsace, compagnie qui appartient à un groupe français : le Groupe Atlantic. Le choix du stage est lié à mon projet professionnel : devenir un acteur RH de terrain, dans un contexte industriel privé.

Le Groupe Atlantic voit ses premiers jours grâce à Paul Radat et Pierre Lamour, à la Roche-Sur-Yon, en 1968. Aujourd'hui, le Groupe Atlantic regroupe 7 marques et comprend 4 400 collaborateurs travaillant dans 5 pôles d'activité, qui sont répartis sur 18 sites industriels.

Annexe 4 : Les sept marques et les cinq pôles

C'est suite à l'invention du Chauffe-Eau à Cumulus par Frédéric Sauter, en 1915, qu'est créée la CICE, et c'est en 1923 que l'usine s'installe à Saint-Louis. En 1986, la CICE est acquise par le Groupe Atlantic.

Le Groupe Atlantic et la CICE ont pour mission de transformer les énergies disponibles en bien-être durable, et cette dernière est intégrée au pôle électrique du groupe tout en étant régie par la convention collective de la métallurgie du Haut-Rhin, et en étant adhérente à la chambre patronale de l'union des industries et des métiers de la métallurgie.

Aujourd'hui l'entreprise compte en moyenne 200 salariés et produit environ 440 000 chauffe-eau par an.

La bonne santé de l'entreprise, sa dynamique, voire sa pérennité, outre la dimension économique de son secteur d'activité, suppose la bonne santé de ses salariés.



Il existe actuellement une couverture santé pour les quatre-vingt-neuf non cadres au sein de l'entreprise. La Responsable Ressources Humaines, consciente que le taux de couverture correspond à ce qui existe dans des entreprises de même taille, souhaitait toutefois étudier la possibilité de permettre aux salariés d'opter pour une couverture plus favorable moyennant une cotisation de sa part afin de limiter le risque de le voir privilégier tel soin plutôt que tel autre pour des raisons de coût.

Un tel contrat d'assurance maladie sur-complémentaire intervient explicitement après le « contrat socle » de la complémentaire obligatoire. La CICE a décidé d'étudier la possibilité pour ses salariés non cadres de choisir de souscrire ou non à une sur-complémentaire pour qu'ils puissent en bénéficier, eux et leur famille directe.

L'objectif de mon étude était de permettre de déterminer si oui ou non cette option est réaliste. Donc, l'entreprise, de par ses relations avec la mutuelle qui gère la complémentaire obligatoire, peut offrir à ses salariés non-cadres la possibilité d'accéder à une sur-complémentaire. Cette sur-complémentaire a un coût, mais, pour le salarié et sa famille, si le bilan apparaît comme positif, ceci devrait le conduire à adhérer à ce système.

Pouvoir bénéficier de cet avantage est lié au statut du salarié dans l'entreprise, et au souci que cette dernière a de la santé de ses collaborateurs. D'une manière ou d'une autre, pouvoir en bénéficier pourrait aussi être un facteur de motivation pour les collaborateurs. La santé est un point d'intérêt commun entre les salariés et l'entreprise. Elle les préoccupe, certes pas pour les mêmes raisons, mais de façon suffisamment forte pour que la dimension « motivation » ne soit pas ignorée.

Autrement dit, mettre en place une sur-complémentaire pour pouvoir en proposer le choix favorise-t-il le développement d'une forme de motivation chez les salariés ?

La première partie de ce mémoire est dédiée à la description de la mission qui m'a été confiée lors de mon stage. Elle comprend une présentation de l'activité de la mutuelle au sein de la CICE, ainsi qu'une expression des besoins de l'entreprise du collège non-cadre. La partie suivante est consacrée à un état des lieux où sont détaillées les étapes de la mission et l'impact de la santé sur les modes de vie. Enfin, avant la conclusion générale, seront présentées dans la troisième partie les actions qui ont été menées durant le stage, avec la mise en place de l'option sur-complémentaire, et des actions parallèles complémentaires.

PARTIE I : LA MISSION

1.1. LA MUTUELLE AU SEIN DE LA CICE

1.1.1. Politique non centralisée et valeurs du Groupe

Le Groupe Atlantic, la société mère, mène une politique décentralisée par rapport à ses filles, donc, entre autres, par rapport à la CICE. Ce groupe a adopté un management participatif avec ses filles, qui conduisent leurs propres projets (pôle R&D dans plusieurs sites dont la CICE, par exemple). Au niveau des ressources humaines, le groupe développe et propose des outils ainsi que des partenariats, et chaque site a la liberté de choisir ses propres outils et des partenaires spécifiques : soit le site décide d'utiliser ceux du groupe, soit il décide d'en prendre d'autres. Par exemple, pour ce qui concerne les mutuelles, le Groupe propose :

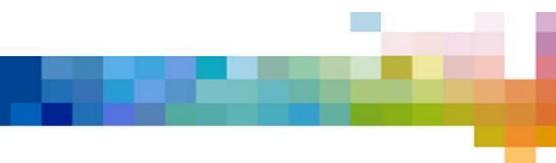
- une mutuelle pour le collège cadre et assimilé : Allianz, avec comme organisme gestionnaire, Cogévie, auquel la CICE adhère ;
- une mutuelle pour le collège non cadre : Harmonie Mutualité, à laquelle la CICE n'adhère pas, elle a fait le choix, dans le passé, de travailler avec une mutuelle locale, Mutuelle Complémentaire d'Alsace, pour faciliter les remboursements.

La relation mère ↔ fille est établie dans un contexte « gagnant-gagnant », car chaque site peut utiliser les outils qui correspondent au mieux à ses besoins et à ses intérêts tout en respectant les intérêts du groupe.

1.1.2. Évolution des contrats avec la MCA pour les non cadres

Un travail de recherche dans les archives a permis de voir que la CICE proposait déjà en 1995 une complémentaire collective, dont la cotisation brute était de 22 149,62 € pour un niveau de prestation de 21 448,51 €. Il n'y a malheureusement pas plus d'informations sur la mutuelle de cette époque. Jusqu'en 2000, nous pouvons constater que la CICE proposait une mutuelle d'entreprise avec la Mutuelle Complémentaire d'Alsace (MCA). Cette mutuelle a été choisie, entre autres, pour faciliter le recours au tiers payant. En effet, à l'époque, une mutuelle locale pouvait proposer un nombre plus important de médecins, pharmacies... de la région, qui acceptaient le système du tiers payant, que ne pouvaient le faire des mutuelles nationales.

C'est en 2006 que la CICE et la MCA ont mis en place, pour le collège non-cadre, un contrat collectif de complémentaire santé à caractère obligatoire, qui répond aux critères du nouveau



contrat responsable, et ce, par décision unilatérale de l'employeur¹¹. Pour rappel, c'est en 2006 que le contrat responsable connaît ses débuts en France. Pour faire profiter ses salariés des avantages dont ils pouvaient bénéficier lors des débuts du contrat responsable (déduction fiscale relative à ce que lui coutait la mutuelle), la direction de la CICE a donc renégocié les conditions d'adhésion à la complémentaire santé auprès de la MCA. Cela a permis de respecter les conditions du contrat responsable et de faire bénéficier les salariés concernés d'un avantage fiscal et social venant en plus de la prise en charge de la part employeur par ce dernier.

Le coût mensuel de la complémentaire santé souscrite auprès de la MCA, pour le régime local, était en 2006 de 32,36 € par salarié, et se décomposait comme suit :

- une part patronale de 15,92 €, ce qui fait une participation équivalente à 49 % de la cotisation totale ;
- une part salariale de 16,44 €, ce qui fait une participation équivalente à 51 % de la cotisation totale.

Avec un niveau de cotisation annuelle brute de 38 152,66 € pour un niveau de prestation de 28 184,30 € en 2006, le contrat responsable de la MCA était équilibré.

Nous remarquons que de 2009 jusqu'en 2013 ce contrat s'est retrouvé déséquilibré du fait de la hausse régulière de la consommation médicale et du désengagement croissant de la Sécurité Sociale. De plus, la mutuelle doit subir les hausses importantes des taxes des conventions d'assurances (par exemple les mutuelles sont assujetties à plusieurs taxes : la TSA ou Taxe Solidarité Additionnelle, de 6.25 %, qui permet de financer une partie de la couverture maladie universelle, et la Taxe de Convention d'Assurance, de 7 %, soumise au contrat solidaire et responsable). Pour remédier à cette situation, la CICE et la MCA ont dû réajuster le niveau de cotisation et certains niveaux de prestations dès septembre 2013.

Par ailleurs, il est important de constater que la CICE mène une politique sociale qui anticipe les besoins de ses collaborateurs, notamment au niveau de leur santé, et qu'elle participait déjà en 2006, avec une part significative du financement, à la mutuelle de ses salariés non cadres. En 2016, pour respecter les nouvelles conditions du contrat responsable, la CICE devra augmenter sa participation de 1 % afin d'assurer le minimum légal de 50 % de la cotisation.

¹¹ Une des trois formes de mise en place de complémentaire santé d'entreprise, la décision unilatérale de l'employeur, doit être constatée par écrit et remise à tous les salariés.



En 2014, le coût mensuel de la complémentaire santé souscrite auprès de la MCA, pour le régime local, était de 65,52 € et se décomposait comme suit :

- une part patronale de 32,15 €, ce qui fait une participation équivalente à 49 % de la cotisation totale ;
- une part salariale de 33,47 €, ce qui fait une participation équivalente à 51 % de la cotisation totale.

Le niveau de cotisation annuelle brute est alors de 73 978,33 € pour un niveau de prestation de 64 915,99 €.

Nous remarquons qu'entre 2006 et 2014, le montant mensuel des cotisations des actifs est passé de 32,36 € à 65,62 €, les prix ont donc été multipliés par 2 en 8 ans avec un effectif ayant plutôt tendance à diminuer.

Conséquence du désengagement régulier de la sécurité sociale, mais aussi de l'augmentation des prix des praticiens, ce qui reste à la charge des salariés est important et a tendance à augmenter malgré la complémentaire collective, l'accès aux soins devient alors plus sélectif. Par exemple, pour la CICE, la MCA nous a indiqué que le taux de couverture général en 2013 était de 83 % et celui de 2014 était de 78 %. Entre ces deux années, le total du taux de couverture pour les salariés de l'entreprise a donc diminué de 5 points.

1.1.3. Enjeux financiers de la CICE

Avoir un contrat complémentaire d'entreprise, ou contrat socle, équilibré est essentiel pour la CICE, alors proposer une sur-complémentaire facultative à la charge des salariés qui y adhéreront est un élément qui contribue à garantir et pérenniser cet équilibre, car les personnes ayant besoin de plus de soins, et donc d'une meilleure protection, pourront y souscrire.

Le CICE ne peut pas participer aux coûts de cette sur-complémentaire sans que cela apparaisse comme des avantages en nature, et fasse augmenter de ce fait son imposition. Le contrat sur-complémentaire sera donc un contrat « juridiquement distinct » du contrat socle avec la MCA. La CICE s'engage, afin de proposer à ses salariés non cadres une sur-complémentaire d'un organisme (le contrat sur-complémentaire peut être contracté avec le même assureur : la MCA, ou avec un assureur différent) avec lequel elle va négocier les tarifs pour pouvoir présenter à ses collaborateurs l'option d'amélioration la plus attractive possible. Ainsi l'entreprise pourra maîtriser l'équilibre de son contrat socle, et les dépenses futures.

1.2. LES BESOINS DE L'ENTREPRISE

1.2.1. Connaitre les besoins du collège non-cadre

Un constat a été fait par la Responsable Ressources Humaines, Madame Durif : la CICE n'était pas en mesure d'avoir une vision claire sur l'accès aux soins et sur le taux de couverture de ses salariés adhérents à la MCA. Cela venait du fait que la MCA, elle-même, n'était pas en mesure de fournir les informations nécessaires. Face à cette non visibilité du taux de couverture, la Responsable Ressources Humaines a souhaité s'assurer de la satisfaction des salariés sur la mutuelle actuelle, et, le cas échéant, identifier les postes qui nécessiteraient éventuellement un niveau de prestation supérieur.

1.2.2. Donner le choix

Donner la possibilité de choisir un niveau de remboursement supérieur, car comme nous l'avons déjà dit, l'accès aux soins devient de plus en plus difficile, et le rôle de la complémentaire santé est essentiel, mais elle s'essouffle devant le désengagement de la sécurité sociale et la hausse des prix des consultations (par exemple, il y a de moins en moins de médecins en secteur 1, et donc de plus en plus de dépassements d'honoraire).

Avec un contrat sur-complémentaire facultatif à la charge des salariés, chaque salarié, pour lui et ses ayants droit, pourrait choisir, en fonction de ses besoins, de ses attentes mais aussi de son budget, si oui ou non il veut souscrire à cette option qui amélioreraient leurs remboursements lors de dépenses de santé ciblées.

1.2.3. Raisons de la volonté de donner le choix

Donner le choix aux collaborateurs d'adhérer à une sur-complémentaire ou non, permet tout d'abord de leur envoyer le message fort d'une politique sociale complète. L'entreprise va plus loin que ce que la loi l'oblige à faire, en effet la CICE proposait déjà une mutuelle à l'ensemble de ses salariés. Aujourd'hui elle montre le souci qu'elle a de ses collaborateurs en effectuant les démarches nécessaires afin de leur offrir le choix de renforcer, avec une option d'amélioration, le contrat complémentaire santé que la CICE propose déjà.

Ensuite, le fait que cette sur-complémentaire soit facultative permet à chacun des collaborateurs concernés d'agir au plus proche de ses besoins, mais aussi de se sentir maître de choisir son niveau de prestation (ce qui ne leur est pas forcement possible dans le cadre du contrat socle).

PARTIE II : ÉTAT DES LIEUX

2.1. LES ÉTAPES DE MA MISSION

Retracer les grands moments de ma mission principale – mise en place d'une complémentaire facultative à la charge du collaborateur, pour les quatre-vingt-neuf salariés du collège non cadre – permet d'une part une prise de recul sur les tâches accomplies, ce qui est utile pour pouvoir continuer le travail dans la bonne direction, et d'autre part d'en voir les articulations.

2.1.1. Parcours d'intégration

Avant de commencer ma mission principale, j'ai effectué un parcours d'intégration. Durant cette période, j'ai fait un stage ouvrier de 5 jours, à plusieurs postes de production, en horaires d'équipe (de 5h à 13h), où j'ai pu observer, analyser et exécuter des tâches de travail posté. Cela m'a permis de comprendre comment sont fabriqués les chauffe-eau électriques à accumulation, cœur de métier de la CICE. Durant ces 5 jours, j'ai aussi pu faire connaissance avec l'ensemble des salariés, et en particulier avec les opérateurs avec lesquels j'allais travailler dans le cadre de ma mission. J'ai donc pu apprendre à les connaître et commencer à poser quelques questions. Pendant cette intégration, j'ai aussi suivi une formation produit où j'ai approfondi mes connaissances sur les produits CICE et sur ceux du Groupe Atlantic, j'ai également appris leur histoire respective.

Pour finir ce parcours d'intégration, j'ai rencontré tous les chefs de services, qui m'ont expliqué le rôle de leur service et les missions de chaque membre de leur équipe.

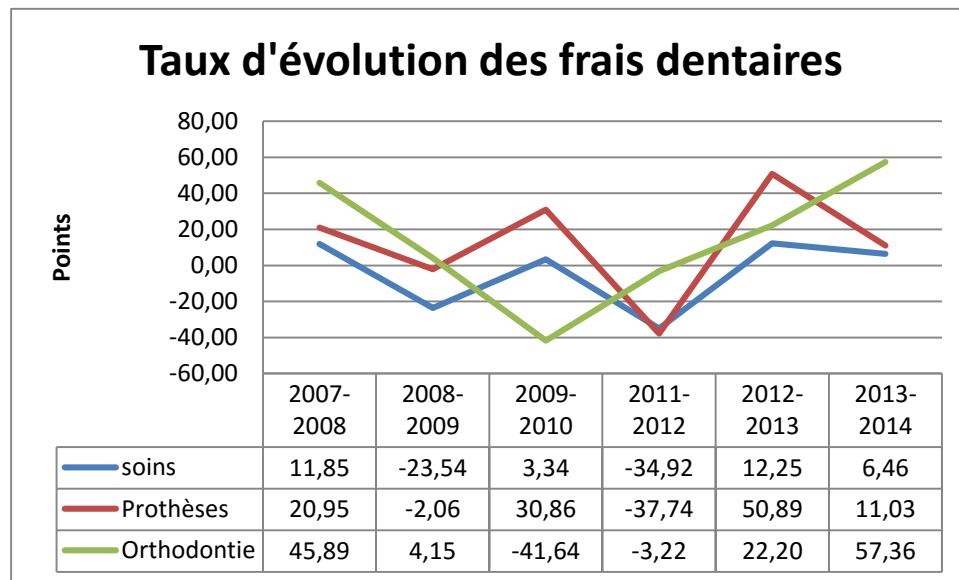
Ce parcours d'intégration m'a permis une insertion dans l'entreprise de manière progressive et j'ai apprécié d'être intégrée à la CICE de cette façon : cela m'a permis d'être plus rapidement à l'aise avec l'ensemble des salariés, et en particulier avec les salariés non cadres.

2.1.2. Étude du besoin

Afin de m'immerger dans le sujet de ma mission, j'ai commencé mon travail par la lecture de documents tels que « liaisons sociales, numéros juridiques : la prévoyance en entreprise » ou encore : « liaisons sociales magazine : Protection sociale – pour mieux comprendre et faire les bons choix », ainsi que d'autres articles trouvés sur internet. J'ai aussi pu prendre connaissance de l'historique des contrats entre la CICE et la MCA depuis 2009. Ces lectures m'ont donné un accès au vocabulaire technique de la sécurité sociale et de la mutuelle, ce qui m'a permis de réaliser une étude plus globale afin d'être en mesure de formuler une demande claire, préalable au rendez-vous avec le chargé d'affaires de la Mutuelle Complémentaire d'Alsace.

Pour réaliser cette étude, en plus des lectures faites au préalable, je me suis aidée du bilan financier des contrats CICE / MCA ([Annexe 5 : Cadre du bilan financier mis à jour](#)), que j'ai par ailleurs mis à jour grâce aux données statistiques fournies par la MCA. J'ai pu en déduire les taux d'évolution de 2008 jusqu'en 2014, et ce pour chaque poste de dépense.

Graphique 1 : Taux d'évolution des frais dentaires



Ici nous pouvons voir l'évolution des frais dentaires pour les années de 2007 à 2014. Ces dépenses se décomposent selon 3 postes, les soins courants, les prothèses et l'orthodontie. Par exemple, nous pouvons constater qu'entre 2009 et 2010 les dépenses pour des prothèses ont baissé d'environ 42 points, et a contrario, ces dernières années ce poste a subi une hausse entre 2012 et 2013 (il augmente de 22 points), et une hausse encore plus forte entre 2013 et 2014 (de 57 points). Cette analyse nous permet, entre autres, de faire un lien entre les besoins de nos salariés, des faits de sociétés et la hausse des prix des praticiens.

A partir de ces données, j'ai pu faire une présentation de la situation de la CICE, par rapport aux moyennes françaises, afin de préparer mes questions dans la perspective du rendez-vous avec le chargé d'affaires de la MCA, Monsieur Thierry Philippe.

[Annexe 6 : présentation préalable au rendez-vous avec la MCA](#)

2.1.3. Rendez-vous avec le chargé d'affaires de la MCA

Avant de rencontrer Monsieur Philippe, nous lui avons adressé notre projet par mail, et nous lui avons présenté les questions que nous nous posons afin qu'il puisse préparer les réponses pour le jour de notre rendez-vous.

- ⇒ Nous lui avons donc exposé que nous cherchions à offrir à nos salariés le choix de 2 niveaux de prestations (prestation actuelle ou « contrat socle » et prestation sur-complémentaire améliorée).
- ⇒ Et nous lui avons envoyé une liste de questions :
 - Taux de couverture poste par poste (cf. : trame annexe 3)
 - Qui sont les patients cibles de prothèses et d'orthodontie ?
 - Qu'est-ce que les « actes techniques » englobent ?
 - Qu'est-ce que le supplément verres progressifs ?
 - Quelle est la proportion de personnes qui respectent le parcours de soins coordonné ?
 - Proposez-vous un réseau type « carte blanche¹² », et, si oui, peut-on avoir plus d'informations ?
 - Est-il possible d'avoir plus d'informations sur l'achat d'optique en ligne ? Et d'envisager un partenariat avec un site d'opticiens en ligne ?
 - Durant l'Assemblé Générale de 2012, il a été question de la prise en charge des actes d'implantologie dentaire dans les pays membres de la communauté européenne, est-il possible d'étendre ceci à d'autres actes ?
 - Si des soins sont pratiqués à l'étranger, quelles seront les modalités de remboursement ?

Durant le rendez-vous du 20 avril 2015 avec Monsieur Thierry Philippe, nous avons appris que la mutuelle complémentaire d'Alsace avait ouvert un service d'actuariat, et il nous a garanti que les taux de couvertures de tous les postes que nous demandions nous seraient transmis ultérieurement.

¹² Le réseau carte blanche encadre les prix et les pratiques pour une faciliter la gestion des frais de santé, il intervient autour de deux axes : tout d'abord la maîtrise des coûts avec des professionnels de santé partenaires, par exemple des opticiens. Puis il garantit l'accès à une médecine préventive avec des diététiciens et ostéopathes partenaires par exemple.



Il nous a aussi été dit :

- que les actes techniques englobent la petite chirurgie comme l'intervention que peut réaliser un médecin généraliste ;
- que le forfait optique pouvait être amélioré tout en respectant les obligations du contrat responsable (remboursement de la monture limité à 150 €), le supplément verre progressif étant, dans notre contrat, intégré dans le forfait optique actuel proposé par la MCA.

Le montage avec une sur-complémentaire facultative à la charge des salariés doit rester un contrat responsable.

La MCA n'est pas intégrée dans un réseau tel que celui de « carte blanche », mais l'est dans le réseau de la Fédération de la Mutualité Française.

La MCA nous rappelle qu'il faudra passer la part patronale de 49 % à 50 % d'ici le 1^{er} janvier 2016 comme la loi l'impose.

Pour ce qui est des remboursements à l'étranger, nous avons appris que « la MCA intervient uniquement pour les soins réalisés dans l'UE et faisant l'objet d'une participation de la sécurité sociale, d'où l'utilisation de la carte Européenne d'assurance maladie », et qu'il faut ensuite fournir les factures détaillées à la MCA.

Cet entretien m'a servi de base pour commencer mon enquête auprès des collaborateurs concernés. Il a aussi servi à la création, en parallèle, d'un guide des bonnes pratiques pour améliorer l'utilisation de la mutuelle.

2.1.4. Enquête auprès des salariés

Après le rendez-vous avec Monsieur Philippe, je me suis lancée dans la conception d'un questionnaire pour connaître les besoins et les attentes des salariés non-cadres. Je n'ai pas hésité à demander l'avis de mes collègues sur ce questionnaire, ainsi qu'à un membre de l'équipe de droit social qui s'occupe des mutuelles pour tout le Groupe Atlantic, à la Roche-Sur-Yon.

Ma tâche était tout d'abord d'identifier et vérifier quels étaient les besoins des salariés adhérents à la MCA, de savoir si le niveau de prestation était suffisant et s'il correspondait aux besoins des salariés. Je les ai donc tous interrogés individuellement sur leurs besoins en prestations de santé.



Parallèlement, la MCA, suite à l'ouverture du service d'actuariat, a pu répondre à nos interrogations et nous a fourni les taux de couverture pour l'ensemble des postes, pour les années 2013 et 2014 comme nous l'avions demandé.

Pour construire l'enquête et l'analyser, j'ai procédé selon un protocole expérimental, j'identifie alors trois moments : avant, pendant et après les entretiens.

2.1.4.1. Avant les entretiens

J'ai d'abord défini quel(s) étai(en)t l(es) objectif(s) de l'enquête, à savoir, identifier les besoins en prestations de santé des salariés dans la perspective de la mise en place d'une surcomplémentaire. Établir un questionnaire est le moyen que j'ai identifié pour y parvenir. Du fait de la nature du sujet et pour éviter des réponses basées sur des interprétations divergentes, le questionnaire a d'abord été proposé à chaque personne, un ou deux jours avant l'entretien, pour qu'elle puisse s'imprégnier des questions et en discuter avec ses ayants droit.

Faire un point avec l'infirmière de l'entreprise afin qu'elle me donne son point de vue, a été un apport important sur comment orienter les questions, par la suite j'ai travaillé avec elle la finalisation de mon guide d'entretien. J'ai également fait ce travail avec le juriste social du groupe, qui m'a d'ailleurs fait remarquer que mes questions étaient sous la forme négative, j'ai alors changé pour la forme affirmative, plus compréhensible, et qui induit moins de biais dans les réponses. J'ai aussi travaillé le guide d'entretien avec la Responsable RH qui a validé le questionnaire.

Pour organiser ces entretiens, un emploi du temps a été établi avec les différents chefs de service.

2.1.4.2. Pendant les entretiens

Une première étape était de distribuer l'enquête aux salariés concernés en expliquant ma mission, pourquoi j'ai fait ce questionnaire et pourquoi c'est important de prendre du temps pour en discuter. Une deuxième étape était de faire un point pendant l'entrevue.

L'enquête incorpore des « questions fermées¹³ » qui imposent au répondant une forme précise de réponse comme : « Pour compléter votre niveau de protection, quelles seraient, selon vous, les garanties à améliorer : numérotez par ordre de préférence ».

¹³ MAINHAGU Sébastien, Cours de Master 2 RH, Strasbourg, 2015.



Et incorpore des « questions ouvertes » où le répondant peut développer sa réponse sans avoir un choix à faire entre des propositions déjà établies : « Quelles garanties actuellement proposées vous paraissent améliorables ? ».

Ma posture était compréhensive (sans jugement), cependant aujourd’hui je me rends compte que j’étais parfois dans une logique « hypothético déductive » durant les entretiens avec des collaborateurs qui ont parfois des difficultés avec la langue française, ce qui pouvait induire un « effet pygmalion », car la réponse qui m’était donnée pouvait être induite par mes explications.

Il y a eu 87 salariés interrogés, les entretiens ont été courts (car la production ne s’arrête pas, et un absent sur chaîne fait que le reste de l’équipe doit compenser son absence), en moyenne ces entretiens ont duré 7 minutes, et ont pris place entre les semaines 21 et 22, toutes les personnes de la production ayant été vues le même jour.

L’enquête se situe entre une démarche qualitative (volonté de constater les attentes des collaborateurs), et une démarche quantitative du fait du résultat chiffré. En effet, le type d’exploitation des réponses a été statistique afin de pouvoir sortir les postes de dépenses sur lesquels il y aura le plus de demande, et de pouvoir comparer les réponses avec les taux de couverture des années 2013 et 2014 donnés par la MCA.

2.1.4.3. Après les entretiens

Garder le contact avec les collaborateurs m’a permis d’être à l’écoute de ce qui pouvait leur revenir à l’esprit et avoir un retour, car les personnes interrogées ont montré de l’intérêt, et leurs réponses sincères se sont montrées exploitables. La participation de l’infirmière de l’entreprise (données anonymisées) lors de l’analyse des réponses, a permis de préciser certains points (par exemple, au sujet des semelles orthopédiques) et de valider les autres.

Annexe 7 : Exemple de reprise des réponses de l’enquête

Ce que j’ai appris lors des entretiens, comparé aux taux de couverture MCA, m’a permis de faire des suggestions à la Responsable RH, pour la définition du future cahier des charges.

Annexe 8 : Enquête mutuelle collège non-cadre

Si je devais formuler une critique de mon travail d’enquête, je parlerais du manque d’informations complémentaires sur l’état de santé du salarié et de sa proche famille, informations qui auraient permis une analyse plus fine, mais des questions sur ce sujet n’étaient pas envisageables (confidentialité, pudeur, risque de « déballage »). De plus, même rebondir



sur les réponses pour permettre de recouper l'information et la consolider aurait rendu le questionnaire trop long.

Une fois l'enquête effectuée, j'ai donc transcrit les réponses dans un fichier Excel pour pouvoir les exploiter et les comparer aux taux de couverture reçus par la MCA. Ces informations (sur les taux de couverture) transmises par la MCA ont permis de valider les résultats de l'enquête.

Je précise qu'avant de disposer des taux de couverture donnés par la MCA et des résultats de l'enquête, aucune base de données de ce type n'existe à la CICE. Ces données recueillies et complétées par la suite pourraient permettre de tenir à jour un historique exploitable par l'entreprise pour suivre l'évolution des demandes de ses collaborateurs.

Puis je les ai analysées comme suit :

Question 1 : Les garanties proposées améliorables

Répartition par personne :

Chambre	1
Chiropractie	1
Dentaires dont	57
Prothèses	8
Couronnes	11
Implants	2
Frais médicaux	1
Hospitalisation	7
Kiné	2
Maternité	2
Optique	43
Orthodontie	4
Ostéopathe	1
Pas d'avis	13
Petit appareillage	2
Prime naissance	1
Spécialistes chirurgie	4
Spécialistes	17
Toutes les garanties	2

Les garanties à améliorer les plus demandées :

- 1. Dentaires
- 2. Optiques
- 3. Spécialistes
- 4. Hospitalisation

Analyses Médicales	4
Biens médicaux	5
Chiropracteurs	1
Dentaire	47
Généralistes	24
Homéopathe	1
Hospitalisation	4
Kiné	2
Médicaments	6
Optique	37
Orthodontie	5
Ostéopathe	2
Pédiatre	3
Radios	3
Scanner	1
Soins clinique	1
Spécialiste	34

Les dépenses les plus fréquentes :

1. Dentaires
2. Optiques
3. Spécialistes
4. Généralistes

Question 3 : Là où le reste à charge est le plus important

Répartition par personne :

Dentaire	52
Dépassements chirurgie	8
Généraliste	3
Hospitalisation	3
Médicaments	5
Optique	27
Orthodontie	4
Radios	1
Spécialistes	52

Reste à charge le plus important :

1. Dentaire / Spécialistes
2. Optique
3. Dépassement chirurgie



Non	53	Non à 61 %	
Automédications	2		
Pas d'avis	1		
Oui	31	Oui à 36 %	Dont : - 9 % pour des petits maux - 9 % pour l'optique - 11 % par manque de temps, - 9 % spécialiste trop cher - 62 % frais dentaires trop cher

Question 5 : Les garanties à améliorer

Des postes les plus demandés aux moins demandés :

1. Dentaires
2. Optiques
3. Égalité entre dépassements chirurgies et spécialistes
4. Chambre particulière dans le cadre d'une hospitalisation
5. Le petit appareillage
6. La prévention

Question 6 : Composition familiale et changement des besoins

Pas d'avis	16 %	
Non	25 %	
Oui	59 %	Dont pour : - 6 % l'âge est un facteur de différenciation des besoins - 15 % les pathologies sont plus nombreuses (avec des enfants) - 35 % la composition familiale peut amener à multiplier les consultations - 44 % les enfants augmentent le besoin en soins (pour des raisons d'optique, de frais dentaires...)

Question 7 : payer plus pour être mieux couvert

65 personnes sont prêtes dont :

- 22 % pour de meilleurs remboursements sur l'ensemble ;
- 33 % pour des prestations dentaires ;
- 18 % pour des prestations optiques ;
- 17 % pour des dépassements (chirurgie et spécialistes) ;
- 6 % pour de l'hospitalisation ;
- et 4 % pour de la prévention,

et 22 personnes ne sont pas prêtes, pour l'instant, à payer plus pour être mieux couvertes.

L'étude des taux de couverture fournis par le service d'actuariat de la Mutuelle Complémentaire d'Alsace, qui a confirmé les résultats de l'enquête, est présentée ci-dessous :

Tableau 1 : statistiques de la MCA pour 2014

C.I.C.E. 2014

GDE FAM CICE	ACTES CICE v2	HONORAIRES	RMBT_RSS	RMBT_MUT	Reste à Charge	Taux_Couv	NBRE D'ACTES	COUT MOYEN	POIDS POSTE
AUTRES	Prévention	118,95 €	0,00 €	118,95 €	118,95 €	100%	4	29,74 €	
	Primes	990,00 €	0,00 €	990,00 €	990,00 €	100%	9	110,00 €	
Total AUTRES		1 108,95 €	0,00 €	1 108,95 €	1 108,95 €	100%	13	85,30 €	1,61%
AUTRES BIENS MEDICAUX	Orthopédie	5 402,92 €	4 127,79 €	1 054,02 €	1 275,13 €	83%	163	33,15 €	
	Pharmacie	38 779,01 €	31 789,80 €	6 987,24 €	6 989,21 €	100%	4361	8,89 €	
Total AUTRES BIENS MEDICAUX		44 181,93 €	35 917,59 €	8 041,26 €	8 264,34 €	97%	4524	9,77 €	11,70%
AUXILIAIRES MEDICAUX	Auxiliaires médicaux (vide)	11 001,42 €	9 762,38 €	1 237,72 €	1 239,04 €	100%	612	17,98 €	
		6 264,54 €	5 575,77 €	646,36 €	688,77 €	94%	581	10,78 €	
Total AUXILIAIRES MEDICAUX		17 265,96 €	15 338,15 €	1 884,08 €	1 927,81 €	98%	1193	14,47 €	2,74%
DENTAIRES	Orthodontie	9 311,00 €	3 034,76 €	5 693,29 €	6 276,24 €	91%	25	372,44 €	
	Prothèses Remboursées	27 381,69 €	7 499,50 €	11 436,88 €	19 882,19 €	58%	88	311,16 €	
	Soins dentaires	18 881,83 €	15 777,94 €	2 853,85 €	3 103,89 €	92%	506	37,32 €	
Total DENTAIRES		55 574,52 €	26 312,20 €	19 984,02 €	29 262,32 €	68%	619	89,78 €	29,09%
HOSPITALISATION	Chambre particulière	2 648,32 €	0,00 €	2 299,21 €	2 648,32 €	87%	44	60,19 €	
	Forfait journalier	90,00 €	0,00 €	90,00 €	90,00 €	100%	5	18,00 €	
	Séjour, honoraires	10 895,19 €	4 667,42 €	6 163,31 €	6 227,77 €	99%	28	389,11 €	
Total HOSPITALISATION		13 633,51 €	4 667,42 €	8 552,52 €	8 966,09 €	95%	77	177,06 €	12,45%
OPTIQUE	Lentilles	411,44 €	0,00 €	373,32 €	411,44 €	91%	5	82,29 €	
	Monture	10 702,91 €	813,34 €	9 738,48 €	9 889,57 €	98%	82	130,52 €	
	Verres	18 137,63 €	1 497,37 €	10 925,85 €	16 640,26 €	66%	177	102,47 €	
Total OPTIQUE		29 251,98 €	2 310,71 €	21 037,65 €	26 941,27 €	78%	264	110,80 €	30,62%
SOINS DE VILLE	Actes techniques	6 876,14 €	5 006,32 €	1 801,10 €	1 869,82 €	96%	179	38,41 €	
	Consultation généraliste	26 926,66 €	23 511,69 €	3 089,02 €	3 414,97 €	90%	1214	22,18 €	
	Consultation spécialiste	8 953,48 €	5 104,52 €	1 811,92 €	3 848,96 €	47%	330	27,13 €	
	Radiologie	13 789,74 €	11 291,56 €	1 337,62 €	2 498,18 €	54%	419	32,91 €	
	Transport	442,96 €	389,77 €	52,72 €	53,19 €	99%	107	4,14 €	
Total SOINS DE VILLE		56 988,98 €	45 303,86 €	8 092,38 €	11 685,12 €	69%	2249	25,34 €	11,78%
Total général		218 005,83 €	129 849,93 €	68 700,86 €	88 155,90 €	78%	8939	24,39 €	100,00%



Nous pouvons alors constater que les demandes fortes en remboursements supplémentaires correspondent aux taux de couverture les plus bas. Ce qui confirme que les résultats de l'enquête et l'étude des taux de couverture convergent.

L'enquête et l'étude ainsi que l'aide de l'infirmière de l'entreprise ont permis de définir les postes sur lesquels il fallait renforcer les remboursements dans le cadre d'un contrat supplémentaire facultatif.

Ces postes sont les suivants :

- ⇒ les prothèses dentaires,
- ⇒ les verres de lunettes,
- ⇒ les consultations de spécialistes,
- ⇒ la radiologie,
- ⇒ les semelles orthopédiques.

Afin de compléter notre enquête, nous avons demandé à la MCA de nous donner les montants des dépenses moyennes habituelles sur ces postes-là. Nous savons maintenant que pour les prothèses dentaires, la dépense moyenne se situe vers les 600 €. Pour l'équipement optique, (les verres plus la monture), cela se situe vers les 350 €. Pour les consultations de spécialistes, le montant est de l'ordre de 46 €. La radiologie est un poste de dépenses qui reste très variable car fonction du type d'imagerie. Enfin, pour les semelles orthopédiques la dépense moyenne habituelle se situe vers 130 €.

Pour finir, nous avons demandé à la MCA ses conseils sur ce qu'il serait opportun de mettre en place à la CICE, ce afin de nous aider à préparer un cahier des charges.

Après avoir eu les propositions de la MCA, et une fois le cahier des charges établi, nous avons fait appel à un cabinet courtier qui a interrogé plusieurs mutuelles sur les prestations qu'elles pouvaient offrir. Il s'agira par la suite de choisir la prestation la plus attractive et d'organiser sa mise en place pour janvier 2016.

2.1.5. Étude des retours du cabinet courtier

Afin de bénéficier des tarifs les plus attractifs possible pour mettre en place l'option sur-complémentaire, la CICE a fait appel au cabinet courtier du Groupe Atlantic, via Monsieur Damien Frances, intermédiaire entre le groupe et le cabinet. Le rôle du cabinet est de démarcher les organismes d'assurance (la MCA mais aussi d'autres organismes) en fonction du cahier des



charges que nous lui aurons fourni. Ainsi, faire appel à un cabinet courtier nous permet d'avoir des informations de meilleure qualité, et de faire un gain financier sur le long terme, mais aussi d'établir un comparatif afin de faire le choix le meilleur possible.

Une fois le cahier des charges établi, un des premiers retours que nous avons eu du cabinet courtier est que l'option sur-complémentaire, en tant que telle, ne pourra pas être prise en charge par un assureur différent de celui prenant en charge le socle. En effet, le nombre de personnes prêtes à adhérer à cette sur-complémentaire sera trop « faible », et de plus, ces salariés auront une très forte tendance à « consommer », ce qui rend l'option déséquilibrée par nature.

Le cabinet courtier nous a mis également en garde sur un problème de gestion, puisque dans le processus habituel des flux sécurité sociale, il ne peut y avoir qu'une seule mutuelle connectée à la télétransmission (les salariés devraient donc gérer manuellement les demandes de remboursements), ce qui ne favoriserait pas une utilisation simple de la sur-complémentaire.

Il nous a alors été proposé par Monsieur Frances, de reprendre le contrat socle actuel de la Mutuelle Complémentaire d'Alsace, de lui adjoindre l'option sur-complémentaire telle que nous l'avons définie, puis de demander au courtier de procéder à des consultations sur la base de ces éléments, et de les orienter vers la MCA, vers Harmonie Mutuelle (mutuelle non cadre du Groupe Atlantic), mais aussi vers un autre assureur local, à savoir Allianz.

Si le cabinet courtier obtient des tarifs et des prestations plus intéressants chez un autre assureur que la MCA, le cas échéant, cela impliquera, au final, de changer de prestataire.

2.2. IMPACT DE LA SANTE SUR LES MODES DE VIE

Devant l'importance pour les employés des questions de santé, la question posée dans l'Introduction : « mettre en place une sur-complémentaire pour pouvoir en proposer le choix favorise-t-il le développement d'une forme de motivation chez les salariés ? » renvoie à une question similaire plus globale, que l'on pourrait formuler de la manière suivante : « les actions en faveur de la santé favorisent-elles le développement de la motivation ? ».

Avant d'aborder la question de la motivation, examinons en premier lieu celle de la santé. L'approche de cette question diffère selon que l'on se place du point de vue de l'individu ou de celui de l'entreprise, l'individu pouvant être salarié de l'entreprise.

2.2.1. Approche de la question de la santé : le point de vue de l'individu

Pour l'individu, sa santé et celle de sa proche famille est une préoccupation réelle qui prend une importance croissante, d'une part parce qu'on l'y incite (oméga 3, risques cardio-vasculaires, obésité, diabète, régimes...), et d'autre part parce que l'accès à l'information « médicale » n'a jamais été aussi facile, ni la quantité de ces informations aussi importante et de plus en croissance régulière (revues, publicités, web). Toutefois, comme on l'a vu, l'accès aux soins se renchérit.

L'espérance de vie ayant très sensiblement augmenté (pour une personne née en 1960, ayant donc 55 ans et approchant de la retraite, elle est de 67,0 ans pour un homme et de 73,6 ans pour une femme, et pour une personne née en 1985 et ayant débuté dans la vie active, elle est respectivement de 71,3 ans et 79,4 ans¹⁴), pouvoir profiter au mieux de sa retraite suppose de préserver sa santé pour pouvoir envisager de nombreuses activités : la santé devient alors un bien précieux qu'il faut protéger – mais parfois, l'excès est proche.

Aujourd'hui, le moindre trouble identifié (rarement à juste titre), suite à une lecture par exemple, peut être décrit, et un bon moteur de recherche sur internet proposera blogs, articles, témoignages, traitements..., sans que rien ne permette d'en connaître la pertinence : l'hypocondrie n'est pas loin.

On peut observer un réel glissement des préoccupations de nombreuses personnes vers des sujets de santé, par exemple en observant les changements dans les sommaires de certains

¹⁴ Source www.ined.fr étude faite en 2013, consulté le 17 juillet 2015



magazines, où les questions liées à la santé et au bien-être figurent à des places occupées, il y a encore quelques années, par des sujets concernant l'aménagement de son intérieur par exemple, ou encore en observant le développement des rayons de parapharmacie dans les grandes surfaces, ou encore l'ouverture de boutiques intégralement dédiées à la parapharmacie.

Dans un même ordre d'idée, le web permet de mesurer l'évolution de nos inquiétudes et de nos centres d'intérêt par l'abondance des réponses que l'on obtient à telle ou telle question posée. Par exemple, on obtient les résultats suivants (google le 16 juillet 2015) :

- 24 000 000 réponses avec « enfants et bonnes études » ;
- 33 300 000 réponses avec « enfants et bonne santé ».

Il n'apparaît pas utile ici de multiplier les observations. Nous pouvons constater que la santé est une préoccupation qui tend à se développer et qui correspond à une réelle inquiétude, que ce soit pour sa propre santé ou celle de ses proches. Que cette inquiétude soit fondée et rationnelle ou irrationnelle, qu'elle résulte et/ou soit encouragée par tel ou tel acteur relayé par les modes de communication actuels, il n'en reste pas moins que la question de la santé peut modifier certains comportements dès l'instant où le fait d'être et de rester en bonne santé devient un objectif dont l'importance tend à croître de façon importante. Toutefois, l'accès parfois couteux à certains soins peut écarter certaines personnes de la médecine, et risque de les faire se diriger vers des pratiques pouvant être dangereuses – comme suivre certains conseils que l'on peut trouver sur le Web.

2.2.2. Approche de la question de la santé : le point de vue de l'entreprise

Nous savons que la santé des collaborateurs est un enjeu important pour la CICE, du fait de son influence, entre autres, sur la vie au travail. En effet, il est facile de comprendre que des salariés en mauvaise santé peuvent avoir un impact économique négatif pour l'entreprise. Par exemple, une personne qui a des malaises et qui ne va pas ou qui ne peut pas se soigner, et qui n'alerte pas l'infirmière de l'entreprise ni ses collègues de ce qui peut lui arriver, peut se trouver en danger lors de son activité, voire mettre en danger ses collègues. Il peut en résulter des coûts (plus ou moins cachés) pour l'entreprise : un coût humain plus ou moins dramatique si des accidents en résulte, un impact économique par exemple avec un arrêt de la production, des réparations, la recherche et la formation d'un remplaçant (ou plusieurs)..., un coût en



gestion avec la prise en compte du temps pour gérer l'arrêt, du temps pour trouver un remplaçant, du temps pour une éventuelle enquête....

Par ailleurs, un problème de santé chez un proche d'un salarié - par exemple, le dépistage d'un cancer du sein chez sa femme, une complication suite à une intervention chirurgicale chez sa fille, un accident de sport chez son fils... -, peut avoir un impact sur son moral, créant ainsi une inquiétude, voire une angoisse, qui peut occuper son esprit et perturber son activité, être une cause de perte de motivation, voire de démotivation.

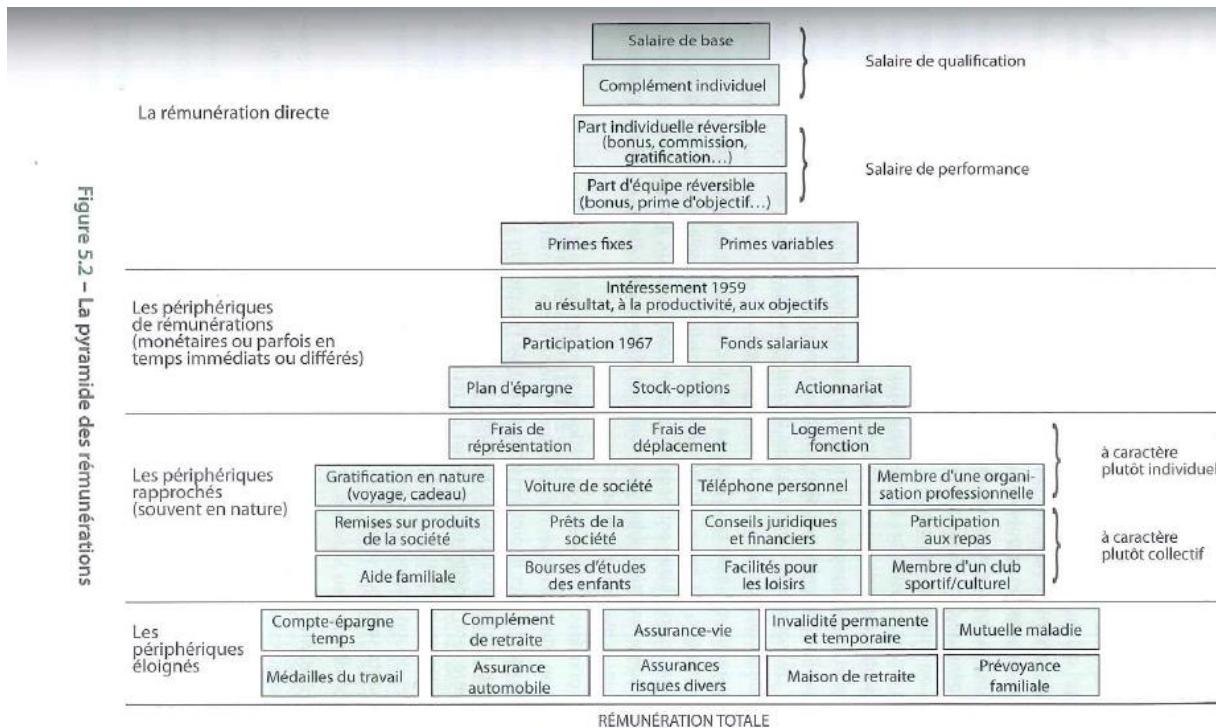
Le fait que l'entreprise participe au paiement de la mutuelle est un élément de réconfort. De plus, si un salarié a un problème de remboursement il n'hésitera pas à venir au bureau RH pour qu'on lui vienne en aide. En effet, la santé des collaborateurs et de ses proches n'est pas une chose prise à la légère par la CICE, qui contribue à un meilleur remboursement des frais de santé, qui permet d'améliorer l'accès aux soins, et qui, par l'ensemble de ses actions, contribue donc à l'amélioration de la couverture santé du salarié et de ses proches.

La santé apparaît donc comme un point d'articulation où se rencontre les intérêts de l'individu et ceux de l'entreprise.

Ce centre d'intérêt commun, cette prise en compte de la santé des salariés et de ses proches par l'entreprise est une contrepartie indirecte, « un périphérique éloigné » de la rémunération de la force de travail des collaborateurs (voir la figure ci-dessous), qui peut contribuer à apaiser des craintes, à réduire des angoisses, à freiner un processus de repli sur soi..., qui peut être un facteur de motivation pour les collaborateurs tout autant qu'il l'est pour l'entreprise qui agit.

Image 1 : La pyramide des rémunérations

Figure 5.2 – La pyramide des rémunérations



Source : Donnadieu G., *Du salaire à la rétribution*, Paris, Édition Liaisons, 1993.

Issu du livre de Loïc Cadin, Francis Guérin, Frédérique Pigeyre, Jean Pralong « Gestion des Ressources Humaines » Dunod, 4^{ème} édition, 2012

Nous venons de parler de motivation, de démotivation... ces mots sont utilisés à « toutes les sauces ». Les bouleversements qu'a connu le travail (mondialisation, nouvelles technologies de l'information et de la communication, la forte concurrence, la crise économique...) « diversifient les sources de motivation et amènent à repenser les processus psychologiques qui construisent la motivation au travail et les processus psychologiques qui la composent¹⁵ ».

Ceci nous amène à nous pencher sur la question de savoir pourquoi la motivation est-elle importante pour les entreprises ? La forte compétition poussée par la mondialisation de l'économie, impose aux entreprises d'avoir une meilleure productivité¹⁶ et une bonne qualité des produits. « De ce fait, la motivation des hommes au travail représente un facteur capital de

¹⁵ LEVY-LEBOYER Claude, « Les vrais ressorts de la motivation », *Sciences Humaines*, 2010, Dossier n°12

¹⁶ La productivité est définie comme le rapport, en volume, entre une production et les ressources mises en œuvre pour l'obtenir-Source : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/productivite.htm>



la réussite des entreprises (...) et elle n'est pas toujours obtenue par les mêmes moyens¹⁷ » au fil du temps.

Sans la motivation de tous, les entreprises peineraient à honorer, dans les temps, leurs commandes. Kurt Lewin¹⁸ (1890-1949) déclarait à l'époque que « toute performance correspond au produit de la motivation par les aptitudes, ce qui signifie que si la motivation est nulle, le résultat est égal à zéro ». A partir de ce postulat il est facile de comprendre pourquoi la motivation des salariés est une préoccupation majeure pour l'emploi et, a fortiori, pour le service ressources humaines.

2.2.3. Motivation : étymologie et définition

Motiver, qui peut se définir comme : « pousser à agir, stimuler¹⁹ », vient du latin *mobilis*, dérivé de *movere*, bouger, *mobilis* signifiant qui peut bouger, être déplacé. Par extension, au 17^{ème} siècle, l'expression a été appliquée à « ce qui pousse, incite quelqu'un à agir²⁰ ».

Le Centre National de Ressources Textuelle et Lexicales²¹ donne plusieurs définitions de motiver, qui dépendent du contexte – nous retenons celle-ci :

Quelque chose motive quelqu'un, c'est-à-dire que donner une motivation à un individu ou plus explicitement renforcer chez ce dernier une de ses motivations habituelles en vue d'orienter son action vers un but donné, de déterminer sa conduite et provoquer chez lui un comportement donné ou de modifier le schéma de son comportement présent.

Que ce soit lors de la réponse à une offre d'emploi, ou bien lors d'un entretien de recrutement, la motivation est un mot clef pour les candidats, qui vont tenter de montrer aux recruteurs, par tous les moyens, la force de leur motivation. D'ailleurs, services RH et autres recruteurs sont d'accord pour les postes à pourvoir : ils veulent des personnes (plus ou moins – selon le poste) expérimentées et M-O-T-I-V-É-E-S.

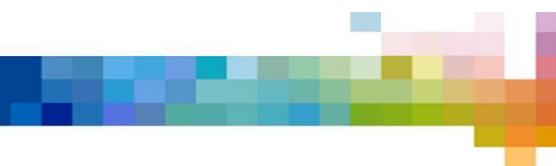
¹⁷ LEVY-LEBOYER Claude, *La motivation en entreprise : modèle et stratégie*, Edition d'organisation, 1998

¹⁸ LEWIN Kurt, « Principle of topological psychology », cité par LEVY-LEBOYER Claude, « Le cœur à l'ouvrage », *Science Humaines*, 1999, n°92

¹⁹ Dictionnaire Larousse

²⁰ FARZAT Catherine, *Les facteurs de motivation*, <www.catherinefarzat.com>

²¹ Centre National de Ressources Textuelles Lexicales, « Motivé », <<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/motiv%C3%A9>>



Claude Lévy-Leboyer nous rappelle que « la motivation n'est pas un trait de caractère. C'est un processus qui permet de faire des efforts importants pour une chose précise ». De ce fait, la motivation se différencie de la réactivité, du dynamisme..., une personne n'est pas forcément motivée pour tout.

La motivation peut être définie comme « une force intérieure, poussant l'individu à agir dans le sens des objectifs organisationnels, tel qu'il les perçoit. Il s'agit donc d'une optimisation de l'effort vers un but précis et non d'une simple dépense d'énergie²² ». Avec cette définition Louis Bergeron montre que le concept de motivation contient une « dimension psychologie : le sens de l'engagement, la part organisationnelle, les récompenses, les valeurs qui font l'identité, l'impact de l'équipe, l'influence du management, la reconnaissance » qui en fait un tout complexe.

Pour Claude Lévy-Leboyer, la motivation peut être un ensemble de « besoins qui poussent à agir de telle ou telle façon plutôt que de rester inactif », et il continue cette esquisse de définition en nous disant qu'être « motivé c'est essentiellement, avoir un objectif, décider de faire un effort pour l'atteindre, et persévérer dans cet effort jusqu'à ce que le but/besoin soit atteint ».

Alors, pour satisfaire ses besoins, l'Homme pratique une activité : le travail. Et dans le cadre d'une entreprise qui cherche à augmenter sa productivité, être à l'écoute des besoins des salariés est important, en particulier pour des opérateurs qui ne vont pas forcément oser en parler d'eux-mêmes.

Claude Lévy-Leboyer n'oublie pas dans sa définition les concepts de récompense (partie intégrante des facteurs de motivations, tant dans leur « valeur matérielle, symbolique que sociale », qu'elle comprend), qu'avec la notion de but associé à la motivation, (« indépendant de la notion de récompense » : il serait peu probable d'avoir une motivation sans un objectif que la personne se serait fixé). Par conséquent le rôle motivant de la récompense et du but entrent dans la définition de la motivation.

Toutefois, il est difficile de définir de façon très précise la motivation au travail, car celle-ci intègre autant les « dimensions individuelles - image de soi, ambition, projet... - que les caractéristiques de l'organisation - contenu des tâches, ambiance du travail, rémunération²³... ».

²² BERGERONS Louis, « *Satisfaction, motivation et performance au travail* », 1996, <http://pages.videotron.com/bergrou/Documentation/Performance_Travail.pdf>

²³ LEVY-LEBOYER Claude, « Le cœur à l'ouvrage », *Science Humaines*, 1999, n°92



Au fil du temps, la motivation des salariés évolue et change : « elle se gère et se reconstruit en permanence ».

2.2.4. Les auteurs classiques

L'Organisation Scientifique du Travail (OST) ou taylorisme, en 1880, et le Fordisme en 1908, sont des approches qui ont pour objectif d'augmenter la productivité. A l'époque, F.W. Taylor et H. Ford ont trouvé comme facteur de motivation pour augmenter cette productivité : la rémunération. Comme nous l'avons vu avec Claude Lévy-Leboyer, les salariés sont motivés par la récompense.

- Le Taylorisme installe le salaire au rendement ou rémunération à la pièce. F.W. Taylor était centré sur l'efficacité du travailleur, il voulait donc supprimer la « flânerie » pour augmenter la productivité. C'est pour cela qu'il crée l'Organisation Scientifique du Travail, et qu'il pratique, entre autres, un salaire fonction du rendement du travail. F.W.Taylor a bien conscience que le travail comprend « des tâches abrutissantes et aliénantes » et, selon lui, la « seule motivation d'un tel travail ne peut être que l'argent²⁴ », c'est la raison pour laquelle il propose un salaire au rendement, c'est-à-dire qu'à chaque tâche correspond un temps d'exécution, et la rémunération de l'ouvrier est déterminée par le chronomètre, pour le pousser à aller plus vite, car plus il est productif, plus il gagne d'argent.
Taylor explique que le système de l'OST doit s'appuyer sur un système de motivation salariale qui repose sur une « motivation monétaire » puisqu'il s'agit du niveau de rémunération. L'intérêt est de concilier les deux prospérités celle du patron et celle de l'ouvrier.
- Le fordisme, est dans le prolongement du taylorisme, mais Ford applique quelques modifications à l'OST. Les ouvriers sont postés et n'ont plus à aller chercher les pièces, les pièces viennent à eux grâce à un processus mécanique (la chaîne). Le travail de l'ouvrier dépend alors du poste qu'il occupe, c'est-à-dire de la cadence que la machine lui impose. En contrepartie, les ouvriers reçoivent un salaire supérieur aux moyennes observées dans l'industrie : c'est le « five dollar day », un salaire journalier fixe. Ce système amène une motivation ainsi que de la productivité, mais aussi une fidélisation (à l'époque, l'industrie souffrait d'un trop grand turn over qui ralentissait les cadences

²⁴ ROSSI David, Cours d'économie de Licence AES-AGE, URCA, 2011



de production). Cette charte salariale élaborée par Ford impose toutefois des « conditions pour pouvoir bénéficier de ce régime : 6 mois d'ancienneté, être père de famille ou épargnant si célibataire, et être un bon citoyen ». Les gains de productivité peuvent alors créer un cercle vertueux par la demande.

Ici l'individu est considéré comme un « homo-economicus », où l'espérance d'un gain supplémentaire suffira à le motiver²⁵ »

Le taylorisme et le fordisme ont permis des gains importants, où la motivation se limite à un « échange en travail et récompenses²⁶ », mais cette perception change au fil des théories et du temps.

2.2.5. L'école des relations humaines

Elton Mayo va mener à la Western Electric Compagny, en 1927, une expérience qui consiste à tester deux équipes d'ouvrières effectuant des tâches répétitives, l'une sera l'équipe témoin et l'autre sera l'équipe qui subira des modifications portant sur : les salaires, l'éclairage, les horaires... Elton Mayo et son équipe mesurent alors en parallèle la productivité des deux équipes.

Pour chacune des variables changées (à la hausse ou à la baisse), la seconde équipe enregistre des gains de productivité et, grande surprise, l'équipe témoin aussi. Et lorsque chacune de ces variables fut supprimée, le niveau de productivité continua de monter. Les changements des conditions de travail et de la rémunération n'ont pas eu d'effet sur la motivation des ouvrières et donc sur la productivité. En fait, elles étaient motivées par la reconnaissance qu'E. Mayo et son équipe avaient envers elles. C'est l'importance qui leur est donnée durant l'expérience qui a conduit les deux équipes à mieux travailler. On appelle effet d'Hawthorne, le fait que l'Homme n'est pas seulement un « homo-economicus », que la motivation au travail intègre un « système social²⁷ » de relations, et où il est essentiel de prendre en considération les besoins et désirs des salariés car la « motivation du travail a une logique de sentiment²⁸ ».

²⁵ KLUMB Daniel, Cours de Politique et système de rémunération, Master 2 RH, Strasbourg, 2015

²⁶ LEVY-LEBOYER Claude, « Les vrais ressort de la motivation », *Sciences Humaines*, 2010, Dossier n°12

²⁷ ROSTAN Georges, « *La théorie des organisations : rappels historiques* », 2005
<<http://cv.stephane.cula.free.fr/Cham/TET101/Supports%20-%20G.%20Rostan/02%20Approches%20th%C3%A9orie%20entrepreneur.pdf>>

²⁸ MAUGERIE et SALVATOR, *Théorie de la motivation au travail : estime et reconnaissance*, 3e édition, Dunod, 2013



Ceci nous amène au modèle hiérarchique d'A. Maslow, en 1943, qui explique que les actions humaines seraient faites en fonction des besoins qui nous caractérisent tous. Il différencie cinq besoins qui se hiérarchisent, ainsi l'ordre de satisfaction est déterminé à l'avance : c'est ce que l'on appellera la pyramide des besoins :

- Besoins physiologiques : qui visent à assurer la survie (manger, boire, dormir) ;
- Besoins de sécurité : être protégé ;
- Besoins sociaux : appartenir à un groupe implicite ou explicite ;
- Besoins d'estime : d'être respecté et reconnu par les autres ;
- Besoins d'actualisation et de réalisation, de « devenir de plus en plus ce qu'on est, de devenir tout ce qu'on est capable d'être » selon l'expression de Maslow.

Les individus vont d'abord chercher à satisfaire le premier besoin avant de satisfaire le deuxième, et ainsi de suite, les deux premiers besoins étant des « besoins fondamentaux », et « tant qu'un niveau n'est pas satisfait, inutile de vouloir s'attaquer à l'étage suivant ».

Claude Lévy-Leboyer nous fait remarquer que « d'un point de vu expérimental, ce modèle ne prouve pas que ces cinq besoins suffisent à faire le tour des sources de la motivation au travail », le modèle de A. Maslow n'étant pas forcément le mieux adapté au monde du travail.

Cependant, l'employeur à l'écoute des « besoins sources de motivation » de ses collaborateurs montre qu'il est prêt à agir pour satisfaire ces besoins pour « une meilleure implication » des salariés nous dit Didier Burgaud²⁹.

En 1959, Herzberg continue l'approche de la motivation via le besoin, il différencie alors deux types de besoins. Il postule que certains besoins sont « motivateurs », nous parlons alors de facteurs moteurs « intrinsèques au travail » (le contenu du travail, les responsabilités, le développement personnel), et que les autres sont des « besoins d'hygiène qui servent à réduire l'insatisfaction³⁰ », qui sont extrinsèques au travail (rémunération, les conditions de travail, les relations dans l'entreprise), ce dernier ne sera pas un élément de motivation ou satisfaction mais plutôt de « démotivation ».

²⁹ BURGAUD Didier, *Le salaire ne fait plus tout*, les Editions d'Organisation, 2001

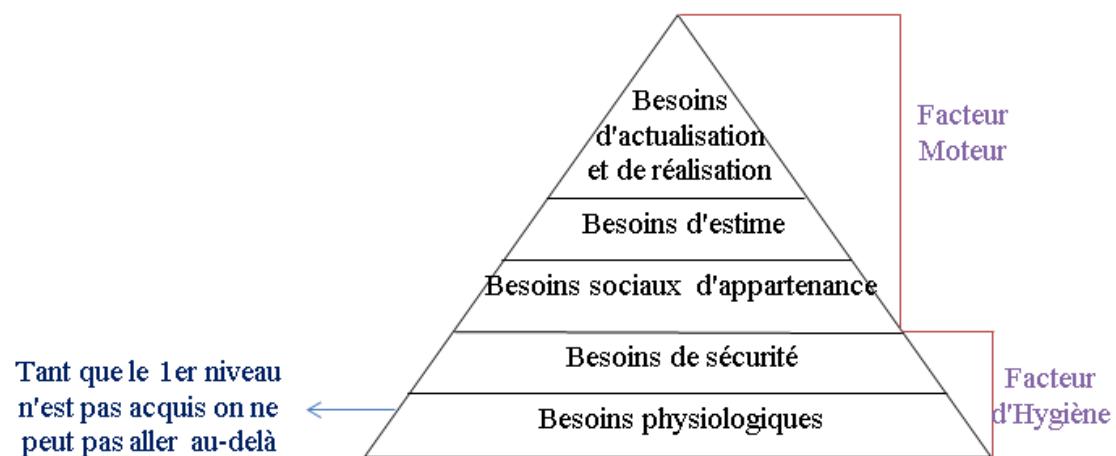
³⁰ LEVY-LEBOYER Claude, *La motivation en entreprise : modèle et stratégie*, Edition d'organisation, 1998

Ainsi, pour motiver les collaborateurs dans le travail, « il faut jouer sur les facteurs de satisfaction³¹ » (ou motivateurs).

« Maslow et Herzberg font partie des auteurs les plus connus en matière de théorisation des besoins³² » qui ont voulu dégager les bases de la motivation.

Comme nous l'avons vu, Maslow a plutôt cherché à trouver un ordre dans lequel les besoins doivent être satisfaits, c'est la hiérarchisation des besoins qu'il exprime dans la Pyramide de Maslow que nous connaissons tous. Alors que Herzberg a opposé les deux types de besoins qu'il a mis en avant.

Schéma 2 : Les besoins entre Maslow et Herzberg



Victor Vroom en 1964, ne se centre pas sur les besoins, mais sur les attentes que peut avoir chaque salarié.

2.2.6. La rupture des années 1960 – la théorie des attentes

Victor Vroom, auteur de la théorie des attentes, envisage la motivation de manière plus « comportementaliste », c'est-à-dire que la motivation dépendra des attentes du salarié, mais aussi de plusieurs mécanismes qui produisent de la motivation et qui « sont le produit de trois perceptions³³ » :

³¹ IAE Toulouse, *Les théories de la motivation*, <<http://www.iae-toulouse.fr/files/sitemrh/Les-theories-de-la-motivation-au-travail.pdf>>

³² ROUSSEL Patrice « La motivation au travail – Concept et théorie », *Notes du LIRHE*, 2000, n°326

³³ CADIN Loïc, GUERIN Francis, PIGEYRE Frédérique, PRALONG Jean, *Gestion des Ressources Humaines*, 4^{ème} édition, Dunod, 2012

- V : valence ou valeur que représente la « récompense » obtenue pour l'effort donné, qui est propre à chacun.
- I : instrumentalité, selon la perception que l'individu a de sa capacité à pouvoir accéder à « la récompense ».
- E : expectation, le niveau d'attente de l'individu en fonction des moyens qu'il a à sa disposition pour atteindre la récompense en fonction des efforts qu'il fournit.

Pour V. Vroom la motivation est donc une équation qui se présente comme suit :

- Motivation = V.I.E

Dans la théorie des attentes de V. Vroom, le comportement motivé est un choix qui dépend de la perception que chacun a (de l'effort à fournir et de la récompense par exemple), et ce qui va motiver une personne donnée ne sera pas applicable à tout un atelier.

« La rémunération peut pousser à l'effort mais elle ne suffit pas³² », l'homme est aussi soumis à une logique de sentiment il n'est pas un simple « homo-economicus », il prend aussi en compte des éléments sociaux qui n'ont pas d'équivalent monétaire.

L.W Porter et E. Lawler, en 1968, ajoutent à la théorie des attentes, un « modèle d'explication » de la motivation, où les efforts fournis, les aptitudes de chacun ainsi que les traits de personnalité, qui sont nécessaires à la réussite, et expliquent la motivation par trois variables :

- l'effort réalisé,
- les capacités de l'individu,
- et la perception qu'il a de son rôle.

Un même niveau de motivation peut alors être obtenu de différentes manières. La motivation n'est donc plus vue comme une « caractéristique stable de l'individu mais comme une interaction entre l'individu et la situation³⁴ », et est en évolution constante puisque l'expérience et les résultats acquis contribuent à la modifier.

2.2.7. Lien entre motivation et mutuelle

La motivation a fait l'objet de nombreuses études, comme celles qui ont été présentées ci-dessus. Ce qui apparaît, c'est que les conditions de la motivation – les paramètres qui

³⁴ LEVY-LEBOYER Claude, *La motivation en entreprise : modèle et stratégie*, Edition d'organisation, 1998



interagissent dans la formation et l'évolution de la motivation – ont été étudiées, et que les analyses faites au cours du temps se complètent les unes les autres. Résumons-les.

La motivation est un « processus qui permet de faire un effort important pour une chose précise » (Lévy-Leboyer). Autrement dit, la motivation peut être plus forte pour une chose, et moins forte pour une autre.

Par ailleurs, un objectif étant fixé par l'entreprise, c'est la motivation de l'employé qui va le pousser à agir dans le sens de cet objectif selon plusieurs paramètres comme « le sens de l'engagement, la part organisationnelle, les récompenses, les valeurs qui font l'identité, l'impact de l'équipe, l'influence du management, la reconnaissance » (Bergeron), mais, comme on vient de le voir, avec une motivation plus ou moins forte.

La motivation est liée au fait d'avoir un objectif et de « décider de faire un effort pour l'atteindre, et persévérer dans cet effort jusqu'à ce que le but/besoin soit atteint » (Lévy-Leboyer), d'où l'importance notée ci-dessus d'être à l'écoute des besoins du salarié. En effet, les besoins, mais aussi les envies, les souhaits... sont intimement liés aux objectifs (voir aussi Burgaud, Mayo et Maslow).

La motivation intègre autant les « dimensions individuelles - image de soi, ambition, projet... - que les caractéristiques de l'organisation - contenu des tâches, ambiance du travail, rémunération ...» (Lévy-Leboyer). Un objectif fixé par l'entreprise peut s'associer à un objectif personnel : par exemple, l'obtention d'une récompense – comme une prime – résulte d'un objectif entreprise atteint, mais vise aussi à satisfaire une envie personnelle de l'employé, comme l'achat d'une nouvelle télévision. Il atteint son objectif à travers la réalisation de celui de l'entreprise (voir Vroom et Herzberg). Du fait de cette multitude de paramètres, on s'accorde avec la remarque de Lévy-Leboyer selon laquelle la motivation se « gère et se reconstruit en permanence ».

On a vu avec l'expérience de Mayo qu'un niveau comparable (en termes de résultats) de motivation peut être obtenu de différentes manières. De même, une même action peut avoir des effets motivants plus ou moins forts selon la personne cible du fait de l'ensemble des autres paramètres qui peuvent différer et qui ne sont pas nécessairement contrôlables. Comme nous l'avons noté, la motivation n'est donc plus vue comme une « caractéristique stable de l'individu, mais comme une interaction entre l'individu et la situation » (Lévy-Leboyer) : il y a là un aspect



non déterministe, et elle est en évolution constante puisque l'expérience acquise et le résultat obtenu contribuent à faire varier la motivation : il y a là une rétroaction.

La motivation apparaît comme une boîte noire³⁵ dont on peut identifier certains paramètres d'entrée, sur lesquels on peut tenter de jouer pour orienter l'action de l'employé, avec plusieurs sorties avec, éventuellement, rétroaction : la satisfaction d'un résultat obtenu ou la déception d'un échec deviennent des paramètres d'entrée.

De tout ceci il résulte que l'on est en mesure de mieux cerner ces paramètres d'entrée pour agir dessus, sans toutefois avoir des garanties sur le résultat. Pour une personne donnée, pour chaque objectif, la motivation sera certainement différente, mais ces motivations ne seront pas indépendantes : la baisse de motivation pour un objectif donné peut avoir un impact négatif sur la motivation relative à un autre objectif. Tout interagit – ce qui peut parfois donner des résultats déconcertants : une cause externe inconnue peut avoir un impact sur la motivation pour un objectif interne conduisant à un résultat négatif imprévu.

Tout ceci peut expliquer pourquoi les entreprises ont développé une véritable « démarche marketing³⁶ » autour de la motivation : elles actionnent alors des leviers comme des mesures sur la rémunération afin d'amplifier la motivation des salariés pour les tâches qu'ils ont à faire.

Comme nous l'avons noté, l'entreprise a besoin d'employés en bonne santé, et la santé est un souhait fort et un besoin pour l'employé : la santé est donc un point d'articulation où se rencontrent les intérêts de l'individu et ceux de l'entreprise. La santé est donc un paramètre sur lequel l'entreprise peut intervenir pour agir sur la motivation de l'employé, sachant que les actions engagées par l'entreprise peuvent satisfaire l'objectif de bonne santé de l'employé.

L'entreprise apparaît alors comme motivée pour mettre en place la sur-complémentaire, mise en place qui fait écho aux aspirations du salarié, à ses souhaits en termes de santé, ce qui peut donc effectivement contribuer à développer une motivation chez lui. De plus, pour le salarié, le résultat dépendra certainement de l'état de motivation dans lequel il se trouve.

En effet, si l'on considère que l'opposé de motivation est démotivation, la négation de motivation, la « non motivation », recouvre la démotivation et une zone intermédiaire qu'on

³⁵ Boîte noire désigne un système dont on connaît les entrées et les sorties, mais dont le fonctionnement n'est pas connu.

³⁶ BURGAUD Didier, « Les entreprises peinent à accroître l'engagement et la motivation des salariés », *Le Monde*, 2010



peut nommer « sans motivation » (tout comme l’opposé de « grand » est « petit », et la négation de « grand » est « non grand » qui recouvre « petit » et « moyen »).

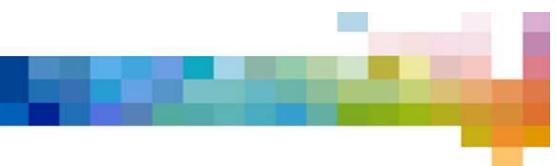
Nous avons vu ci-dessus ce que peuvent être les conditions de la motivation, et la nécessité qu’a l’entreprise, non seulement de la préserver, mais aussi de tenter de la renforcer. La démotivation peut avoir plusieurs sources, comme un grave problème de santé (cancer, sclérose en plaque...), une rupture sentimentale ou encore un plan social. Ici, il faut soigner, réconforter, entourer..., et cette situation, qui peut être grave et même dans certains cas conduire au suicide, ne pourra très certainement pas se transformer directement en motivation, quoi qui soit fait. Mais l’attention qui lui est portée peut contribuer à desserrer l’étau et permettre ainsi d’amorcer une remontée.

La zone intermédiaire est celle du salarié qui n’a pas goût pour son travail, mais sans dégoût pour l’instant (perspective de carrière bouchée, stagnation de la rémunération, monotonie du travail...), et qui fait son travail par nécessité. Toutefois, selon l’intensité du souci qu’il a de sa santé, mais aussi selon la cause de sa morosité, l’attention qui est portée à sa santé pourra éventuellement recréer une dynamique de remotivation.

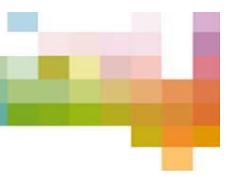
Enfin, pour une personne ayant déjà une motivation effective, l’attention qui est portée à sa santé peut contribuer à consolider sa motivation, à renforcer son sentiment d’intégration dans l’entreprise, à développer une reconnaissance pouvant avoir un impact positif sur le travail réalisé.

Nous pouvons faire ici une remarque. Le fait que la CICE veuille donner à ses salariés le choix d’opter pour une option qui améliore le niveau de remboursement peut faire penser au concept de la « rémunération cafétéria³⁷ », CADIN Loïc, GUERIN Francis, PIGEYRE Frédérique et PRALONG Jean définissent ce concept comme un « mix du système de rémunération » (voir figure : pyramide des rémunérations ci-dessus). Une entreprise fonctionnant avec la rémunération cafétéria donne aux collaborateurs le choix de leur rémunération : ils peuvent choisir entre différents éléments de la rémunération périphérique préétablis (par exemple entre une bourse d’étude pour les enfants ou une gratification en nature). L’enjeu consiste alors pour les entreprises à « élaborer un menu qui permet une meilleure satisfaction des salariés sans alourdir les coûts »

³⁷ CADIN Loïc, GUERIN Francis, PIGEYRE Frédérique, PRALONG Jean, *Gestion des Ressources Humaines*, 4^{ème} édition, Dunod, 2012



Cette pratique est limitée par la législation française qui impose la fixité de certains périphériques de rémunération. C'est le cas pour la mutuelle, par exemple, avec le contrat responsable : toutes les entreprises privées devront proposer à leurs salariés une complémentaire santé avec une participation d'au moins 50 %, mais rien n'empêche de faire plus.



PARTIE III : ACTIONS

3.1. MISE EN PLACE DE L'OPTION SUR-COMPLÉMENTAIRE

Pour pouvoir avoir une vision plus large et plus précise de ma mission, j'ai établi avec la Responsable RH un suivi de ma mission, que j'ai régulièrement mis à jour.

Semaines		Mutuelle
du 16/2 au 22/2	semaine 8	
du 23/2 au 1/3	semaine 9	
du 2/3 au 8/3	semaine 10	Début de l'immersion mutuelle
du 9/3 au 15/3	semaine 11	Lecture et prise d'information sur les mutuelles d'entreprise et sur le contrat responsable
du 16/3 au 22/3	semaine 12	Etude du contrat MCA
du 23/3 au 29/3	semaine 13	Etude Macro des dépenses et des remboursements en frais de santé
du 30/3 au 5/4	semaine 14	Présentation de l'étude (pptx)
du 6/4 au 12/4	semaine 15	Début de conception de l'enquête sur les besoins des collaborateurs de la CICE, avis de l'infirmière de la CICE. Sollicitation du juriste du groupe pour l'enquête mais aussi pour les modalités d'utilisation du cabinet courtier
du 13/4 au 19/4	semaine 16	Préparation du rendez-vous avec la MCA Identification de la population à interroger. Entretien avec le responsable production pour organiser les déroulement de l'enquête, établissement d'un programme à diffuser aux chefs d'équipes.
du 20/4 au 26/4	semaine 17	RDV avec le chargé d'affaire de la MCA le 20/04. Finalisation enquête et premières diffusions (hors prod).
du 27/4 au 3/5	semaine 18	Diffusion des enquêtes à la production. Entretiens effectués. Réception des résultats techniques de la MCA (Taux de couverture)
du 4/5 au 10/5	semaine 19	Analyse des enquêtes. Confrontation des résultats techniques de la MCA. Validation des postes qui seront améliorés dans la sur complémentaire.
du 11/5 au 17/5	semaine 20	Elaboration d'une première version de cahier des charges de l'option sur complémentaire
du 18/5 au 24/5	semaine 21	Retour sur le cahier des charges et modification avec Claudine et juriste du groupe en lien avec le cabinet courtier
du 25/5 au 31/5	semaine 22	Recherche sur les adaptations souhaitées pour les prestations qui seront dans la sur complémentaire
du 01/6 au 7/6	semaine 23	
du 8/6 au 14/6	semaine 24	RDV avec le chargé d'affaire de la MCA, qui propose une sur complémentaire mais aussi un nouveau contrat socle.
du 15/6 au 21/6	semaine 25	Questions suite au RDV avec le chargé d'affaire sur les modifications du contrat socle. Nouveau cahier des charges, lissé avec ce que propose le groupe
du 22/6 au 28/6	semaine 26	Echange avec le cabinet courtier : difficilement possible d'avoir deux contrats différents. La proposition de la MCA ne convenait pas, autre prestation
du 29/6 au 5/7	semaine 27	
du 6/7 au 12/7	semaine 28	Apport pour finaliser le cahier des charges du cabinet courtier
du 13/7 au 19/7	semaine 29	Aller-retour avec le cabinet courtier pour finaliser la demande
du 20/7 au 26/7	semaine 30	
du 27/7 au 2/8	semaine 31	RDV avec Monsieur Philippe
du 3/8 au 9/8	semaine 32	Prévision :Etude technique des réponses (aller-retours entre Chesneau et nous) avec un benchmark
du 10/8 au 16/8	semaine 33	
du 17/8 au 23/8	semaine 34	

3.1.1. Cahier des charges de la sur-complémentaire

Formaliser le besoin est une étape essentielle dans tout projet afin d'avoir une réponse qui corresponde le plus possible aux besoins exprimés, et d'avoir une trace de la demande qui a été faite.

Après avoir reçu les propositions de la MCA pour une option sur-complémentaire, avec la responsable RH et Monsieur Damien Frances (intermédiaire entre le groupe et le cabinet), nous les avons étudiées, puis nous avons adapté notre cahier des charges en fonction de leurs propositions, mais aussi en fonction de ce que propose le Groupe Atlantic à ses collèges non cadre et cadre.

Le cahier des charges doit alors prendre en compte plusieurs paramètres de façon à ce que le cabinet courtier puisse avoir le maximum d'informations. On présente ci-dessous les sept points du cahier des charges :

- 1 : Contexte
- 2 : Définition de la population cible et des postes de santé à améliorer
- 3 : Schématisation
- 4 : Périmètre de remboursement du contrat socle de la MCA à la CICE
- 5 : Prestations souhaitées pour l'option d'amélioration
- 6 : Contraintes
- 7 : Délais

En effet, le cahier des charges contient des informations sur le contexte dans lequel évolue la CICE, et il donne la définition de la population cible (selon une population les besoins ne sont pas les mêmes), les remboursements que le contrat socle propose pour les postes à améliorer (afin que le cabinet connaisse ce qui est déjà proposé sur ces postes), et bien évidemment les demandes d'améliorations souhaitées (ce sur quoi le cabinet courtier va interroger les mutuelles), ainsi que cinq contraintes à respecter : le respect du contrat responsable, la maîtrise du coût, la praticabilité, les délais de remboursement et de carence.

Annexe 9 : Cahier des charges

Afin que le cabinet courtier puisse avoir tous les renseignements dont il a besoin, je lui ai fourni le nombre de salariés et leur âge, ainsi que le nombre d'ayants droit et leur âge, mais aussi les résultats techniques de 2014, le nombre de personnes et leurs ayant droit bénéficiant de la



portabilité, les cotisations 2013, 2014 et 2015 afin de connaître l'indexation au 1^{er} janvier 2014 et 2015, et nous avons demandé au cabinet courtier de consulter Allianz, MCA et Harmonie Mutuelle afin qu'il analyse leurs éventuelles propositions.

L'avenir n'étant pas écrit dans des boules de cristal, il ne faut pas oublier qu'un cahier des charges peut être modifié en fonction des besoins et des contraintes qui s'imposent à l'entreprise du fait des évolutions de la législation d'une part, et de son environnement d'autre part, qui modifient les contraintes.

Après avoir échangé avec le cabinet courtier, le projet originel puis le cahier des charges version 1 ont évolué, la mise en place d'une sur-complémentaire se transforme en une éventuelle mise en place d'un nouveau contrat socle avec l'option sur-complémentaire auprès du même assureur.

En effet, l'option sur-complémentaire, en tant que telle, ne pourra pas être prise en charge par un assureur différent de celui assurant le socle. Le nombre « faible » de salariés qui prendront l'option sur-complémentaire, ajouté au fait que ces salariés auront une très forte probabilité de consommer, rend l'option déséquilibrée par nature. De plus, il se poserait un problème de gestion, puisque dans le processus habituel des flux sécurité sociale, il ne peut y avoir qu'une seule mutuelle connectée à la télétransmission (les salariés devraient donc gérer manuellement leurs demandes de remboursements). Cette complexification réduirait encore plus le nombre de personnes prêtes à adhérer à l'option, et pourrait amener un mécontentement chez ceux qui y adhèreraient.

Il nous a alors été proposé de reprendre les termes du contrat socle actuel de la Mutuelle Complémentaire d'Alsace, de lui adjoindre l'option sur-complémentaire telle que nous l'avons définie, et de demander au courtier de procéder à des consultations avec ces éléments. L'orientation des consultations du cabinet courtier seraient les mêmes que précédemment soit : Allianz, MCA et Harmonie Mutuelle.

Si le cabinet courtier présente des tarifs et des prestations de services plus intéressants chez Allianz ou Harmonie Mutuelle, cela impliquerait au final, le cas échéant, de changer de prestataire.

Les exigences pour le nouveau contrat socle sont les mêmes que pour l'ancien avec la MCA, ici la CICE ne souhaite pas une montée en gamme, mais souhaite plutôt maintenir un niveau de prestation équilibré, sans augmenter le coût total. Ce contrat socle devra intégrer les nouvelles



dispositions du contrat responsable, et pour ce qui concerne la sur-complémentaire, le cahier des charges reste le même, mis à part que la solution doit être proposée par le même assureur que celui qui propose le contrat socle pour le collège non cadre.

Annexe 10 : Garanties socles et option

3.1.2. Relation avec les partenaires sociaux

La question qui se pose actuellement à la CICE pour la mutuelle ne vient pas d'une demande des partenaires sociaux, mais d'une interrogation de la Responsable RH. Ils n'ont été officiellement informés du projet qu'au début de la phase enquête, et n'ont pas demandé à être particulièrement impliqués dans cette démarche.

Il faut néanmoins préciser quel est le climat social dans l'entreprise. Il est basé sur une relation de confiance entre les partenaires sociaux et la direction. Les partenaires sociaux sont dans une démarche gagnant-gagnant, et vont laisser la partie technique au service RH tout en étant en attente de recevoir les résultats finaux. Cependant, de par la culture de l'entreprise qui est très à l'écoute, et de par la dynamique déjà présente, les partenaires sociaux affirment l'importance pour eux et pour l'ensemble des collaborateurs qu'ils représentent, d'aller sur le terrain, de voir les salariés, de discuter avec ces derniers pour être à l'écoute de leurs attentes et bien les comprendre. C'est un fonctionnement que je qualifie de très « humain », où au lieu d'avoir des représentants des partenaires sociaux qui n'ont pas forcément le temps d'étudier tous les aspects techniques du sujet, puis d'aller voir les salariés afin de leur expliquer les choses, c'est la personne du service RH qui s'occupe du sujet, qui donc le connaît, qui va à la rencontre des collaborateurs qui seront les premiers concernés.

3.1.3. Information des salariés

Au moment de la distribution des enquêtes ils ont bien sûr été attentifs, certains plus « bavards » que d'autres, et le souci majeur était bien évidemment le montant de la cotisation et le montant des remboursements. Les salariés ont confiance dans l'équipe de direction et dans les partenaires sociaux, et ils ne soulèvent pas plus de questions ou d'interrogations sur la mutuelle.

Avec les résultats de la consultation et avec la comparaison avec les données obtenues du cabinet courtier, la CICE pourra définir un contrat socle et une sur-complémentaire d'une mutuelle (soit MCA, soit l'une des deux autres). Selon les éléments apportés, la CICE devra prendre une des décisions suivantes :

- 
- soit de rester affiliée à la MCA, avec mise à jour du contrat socle du fait des nouvelles dispositions du contrat responsable ;
 - soit changer de mutuelle, ce qui s'effectuera par décision unilatérale, en faisant bien attention au fait que le contrat MCA arrive à échéance chaque année au 31 décembre, et est renouvelable en tacite reconduction, sauf à faire une « dénonciation du contrat» par lettre recommandée avec accusé de réception (par l'une ou l'autre des deux partie) deux mois avant le 31 décembre 2015.

Le cas échéant, la lettre de dénonciation devrait donc être envoyée avant fin octobre pour pouvoir changer de mutuelle.

3.2. EN PARALLÈLE

Durant mon stage j'ai participé à la vie de l'usine, mais surtout à la vie du service RH. La fonction RH englobe une dimension humaine bien plus large que ce que je pouvais imaginer. L'équipe RH ne va pas hésiter à rendre service aux collaborateurs dans le besoin. C'est-à-dire qu'au-delà de la paie, de la formation..., le service RH va s'occuper d'alléger et simplifier la vie des collaborateurs. Ainsi une personne rencontrant des problèmes avec l'administration se verra épaulée par le service dans la mesure du possible.

En parallèle de ma mission « mutuelle », j'ai participé aux tâches quotidiennes du service RH, et de plus, j'ai créé un guide de bonnes pratiques pour les questions de santé.

3.2.1. Crédit d'un guide de bonnes pratiques

S'y retrouver dans le système de soin français n'est pas simple, reprendre tous les principes qui assurent un remboursement optimal est alors un plus que veut proposer, sous forme d'un guide, la CICE à l'ensemble de ses collaborateurs.

Mais ce guide des bonnes pratiques donne aussi des « bons tuyaux » quant à l'usage du système de santé.

La difficulté que j'ai rencontrée dans la conception de ce guide était d'arriver à rendre l'information simple et compréhensive. Baignant dans le jargon technique, il est facile d'utiliser des mots complexes.

Pour faire ce guide, j'ai travaillé avec l'infirmière de l'entreprise, qui m'a aidée sur certains points. Avec la responsable RH, j'ai creusé les sujets en essayant de garder en tête la simplicité requise pour une bonne compréhension par tous, avec des illustrations et des exemples pour soutenir le propos. Entre la première et la seconde version, la différence de lisibilité et de compréhension est flagrante.

Annexe 11 & 12 : guide de bonnes pratiques, mois d'avril et juillet

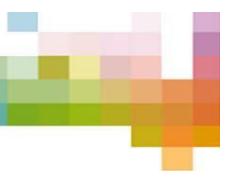
La dernière version du guide de bonnes pratiques se décompose en plusieurs parties comme suit :

Les acteurs des remboursements des dépenses de santé

- Maitriser ses frais de santé
⇒ *Déclarer son médecin traitant*

- 
- ⇒ *Parcours de soins coordonnés*
 - ⇒ *Les étapes pour un remboursement MAXIMAL*
 - Être bien couvert
 - ⇒ *La carte vitale*
 - ⇒ *La Carte Européenne d'Assurance Maladie en Union Européenne*
 - ⇒ *Les Médecins conventionnés et médecins non conventionnés*
 - ⇒ *Contrat d'Accès aux soins (CAS)*
 - ⇒ *Les bons tuyaux - Pensez-y !*
 - Prévention
 - ⇒ *Les étapes du programme M'T dents*
 - ⇒ *Dépistages*
 - Les remboursements à l'étranger
 - ⇒ *Un assuré averti en vaut 2 !!!*
 - ⇒ *Les soins en Europe*
 - ⇒ *Les soins hors Europe*
 - Annexes

Au final, le projet est en bonne voie. Certaines étapes ont été plus longues que ce que j'avais imaginé, et il ne me sera pas possible de voir la mise en place de la sur-complémentaire.



CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette conclusion générale comporte une conclusion / bilan sur le stage et une conclusion / synthèse sur la problématique traitée pendant cette période.

CONCLUSION – BILAN

Ce stage m'a fait découvrir un pan de la gestion des RH que je ne connaissais pas réellement, et l'expérience acquise durant ces 6 mois s'ajoute à celle qui résulte d'un stage antérieur de 6 mois lui aussi.

Parmi ce qui restera comme étant les acquis de ce stage, je retiens plus particulièrement ce qui concerne :

- l'importance que revêt la santé des salariés pour l'entreprise, et les obligations patronales en la matière ;
- le monde de la santé, et plus particulièrement celui des mutuelles ;
- la motivation que peut avoir le salarié au travail, et la manière de la rendre profitable dans le cadre de l'activité professionnelle ;
- le quotidien du service RH (avec, par exemple, la gestion de la canicule) ;
- le management d'un service.

Si toutefois j'ai un regret, c'est celui de ne pas voir la réalisation complète du projet par sa mise en application, et surtout, de ne pas savoir ce qui en résultera – par exemple, le nombre d'adhésions –, quels en seront les retours et l'impact, en termes de santé, du fonctionnement de la sur-complémentaire.

Au final, cette période de 6 mois m'a apporté un complément très important à ma formation, et je me sens mieux armée pour mon entrée dans la vie professionnelle.

CONCLUSION – SYNTHÈSE

Le point de départ a été la mise en place, avec une mutuelle, d'une sur-complémentaire santé pour une catégorie de personnels. Cette action voulue par l'entreprise peut apporter un meilleur confort en termes de santé, et la question qui s'est alors posée était celle de la répercussion en termes de motivation chez les salariés concernés.

Un examen de l'importance croissante de la santé dans la vie de nombreuses personnes a conduit à élargir un peu la problématique : les actions en faveur de la santé des personnels ont-elles une répercussion chez eux en termes de motivation ?

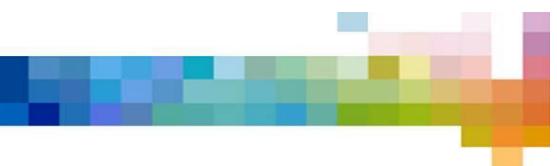
Pourquoi la motivation ? Parce que c'est un levier de performance à laquelle l'entreprise est très attentive. Mais la motivation englobe de nombreux concepts différents, et sa théorisation a évolué selon les époques et les écoles de pensée, et elle n'est probablement pas encore stabilisée.

Pour être les plus performantes possibles, et éviter la démotivation, l'insatisfaction, le mécontentement, voire la contestation, sans oublier l'absentéisme, le turn-over..., qui pénalisent la performance des entreprises, celles-ci ont utilisé et utilisent divers leviers pour agir sur la motivation avec, par exemple, la rémunération directe et les périphériques de rémunération dont la prime au mérite ou encore la prise en compte de l'ancienneté via des primes, la reconnaissance au travail et l'évolution de carrière avec des formations, une bonne ambiance de travail comme peut le favoriser, par exemple, le fait de supprimer les pointeuses comme l'avait proposé J.F Zobrist³⁸, un comité d'entreprise dynamique... Toutefois, comme nous l'avons vu dans la partie II, ce qui va motiver un salarié ne motivera pas forcément son collègue, car l'utilisation des techniques de motivation n'est pas « déterministe ».

L'organisation Mondiale de la Santé nous dit que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ». La motivation ne peut pas se réduire à une bonne rémunération : les entreprises ont développé d'autres leviers que celui-ci, dont celui de la santé, car la prise en compte des questions de santé répond aux attentes des salariés.

Les organismes proposant des complémentaires et des sur-complémentaires deviennent, dans la société actuelle, des « acteurs de la santé » incontournables du fait de la longévité de leur existence qui leur a permis d'avoir un important capital d'expériences. Aujourd'hui, les mutuelles sont tellement solides que la loi peut imposer aux entreprises privées de souscrire, pour leurs salariés, un contrat de complémentaire avec une participation patronale d'au moins 50 %, ce qui est, dans une certaine mesure, une réponse à l'affaiblissement de la prise en charge universelle : si l'Etat n'arrive plus à assurer intégralement la santé pour tous, un autre devra y contribuer. De plus, comme nous l'avons vu, les mutuelles sont assujetties à plusieurs taxes. Le

³⁸ ZOBRIST Jean François, *Compétitivité et bien-être, un management atypique* <https://www.youtube.com/watch?v=KXly_glmq1Q>



système public de santé, l'assurance maladie et loi définissent des règles pour (au-delà de la CMU) éviter l'exclusion sociale des personnes en mauvaise santé.

La mise en place de la complémentaire et de la sur-complémentaire santé permettent à la fois d'améliorer la performance de l'entreprise et le bien-être des salariés. De plus, le fait que l'entreprise négocie un régime pour le compte des salariés présente de nombreux avantages : par exemple, la négociation faite par l'entreprise garantit des prestations au plus proche des attentes et à des prix attractifs étant donné le nombre potentiel d'inscrits. C'est un véritable engagement de la direction pour l'ensemble des collaborateurs.

Alors, proposer le choix d'un niveau supérieur de garantie allège encore les collaborateurs, puisque s'ils souhaitent être mieux remboursés ils n'ont pas la démarche à faire eux-mêmes (démarches qui peuvent être chronophage et stressante). C'est un véritable engagement de la direction pour l'ensemble des collaborateurs.

Mais les personnes concernées doivent être acteurs dans cette opération, alors, les interroger directement via une enquête a permis d'avoir une expression en profondeur et très concrète sur les besoins des salariés en santé. Donc, connaître les besoins des salariés, pour avoir des remboursements les plus adaptés, peut être un point de motivation. De plus aller les voir directement, et leur poser la question montre l'importance et la reconnaissance qui leur sont portées, ce qui est aussi source de motivation.

Dès lors, si l'on admet que l'effet d'une action (la complémentaire socle, puis la sur-complémentaire), au cours du temps, risque de perdre de son intensité en termes de motivation, l'habitude pouvant faire voir la chose comme normale et due (comme un privilège acquis sur lequel il est souvent très difficile de revenir), alors il serait bénéfique de maintenir la « pression » en proposant d'autres actions dans le domaine de la santé. Dans ce jeu gagnant-gagnant autour de la santé entre l'employé et l'entreprise, on peut suggérer plusieurs pistes qui iraient dans le même sens :

- mettre en place (tous les ans – avec les services de santé ad hoc) un protocole de dépistage du cancer du sein / du cancer colorectal / du cancer de la prostate... ;
- offrir des conseils de diététique ;
- aide à la lutte contre l'alcoolisme / le tabagisme ;

- approche ergonomique des maux de posture ;
- éditer en interne une note santé orientée conseils (sur le CICE News) ;
- organiser de « petites » manifestations sportives ;
- favoriser les bilans de santé (en lien avec la mutuelle) ;
- ...

A la question « les actions en faveur de la santé favorisent-elles le développement d'une forme de motivation ? », on doit pouvoir répondre positivement, certes pas dans tous les cas compte tenu des paramètres pouvant avoir un impact négatif sur la motivation, et dans le cas de la santé, peut-être pas dès le début car il faut que les employés aient une perception positive des résultats de ce qui est mis en place. Mais on peut raisonnablement espérer une amplification au cours du temps liée à une diversification des actions. Une étude serait à mener ultérieurement pour évaluer l'impact de ces mesures sur la motivation des salariés.

Remarque

Aujourd’hui, les travaux de recherche sur la motivation n’ont pas encore permis de décoder ce qu’est la motivation, ils ont permis d’identifier certains des paramètres qui interviennent. Il n’est probablement pas souhaitable que l’algorithme « motivation » soit un jour découvert, car sinon, le travail de l’Homme perdrait une bonne part de son humanité du fait de l’exploitation qui ne manquerait pas d’être faite de cette découverte.

BIBLIOGRAPHIE

LES OUVRAGES

BURGAUD Didier, *Le salaire ne fait plus tout*, les Editions d'Organisation, 2001

CADIN Loïc, GUERIN Francis, PIGEYRE Frédérique, PRALONG Jean, *Gestion des Ressources Humaines*, 4^{ème} édition, Dunod, 2012

LEVY-LEBOYER Claude, *La motivation en entreprise : modèle et stratégie*, Edition d'organisation, 1998

MAUGERIE et SALVATOR, *Théorie de la motivation au travail : estime et reconnaissance*, 3^{ème} édition, Dunod, 2013

ARTICLES DE REVUE

BURGAUD Didier, « Les entreprises peinent à accroître l'engagement et la motivation des salariés », *Le Monde*, 2010

DREYFUS Michel, « Histoire de la Mutualité », *Alternatives Economiques Poche*, 2006, n°022

LEVY-LEBOYER Claude, « Le cœur à l'ouvrage », *Science Humaines*, 1999, n°92

LEVY-LEBOYER Claude, « Les vrais ressorts de la motivation », *Sciences Humaines*, 2010, n°12

ROUSSEL Patrice « La motivation au travail – Concept et théorie », *Notes du LIRHE*, 2000, n°326

« La prévoyance en entreprise », *Liaisons sociales Numéros juridique*, 2012, n° 16092

« Contrat responsable- protection sociale : pour mieux comprendre et faire les bons choix », *Liaisons sociales magazine*, 2015, n°158, p.22

ARTICLES SUR INTERNET

BERGERONS Louis, « Satisfaction, motivation et performance au travail », 1996, <http://pages.videotron.com/bergoui/Documentation/Performance_Travail.pdf>

FARZAT Catherine, *Les facteurs de motivation*, <www.catherinefarzat.com>

HERMAL Noëlle, « La complémentaire santé pour le salarié bientôt obligatoire », 2013 <<http://www.lefigaro.fr/assurance/2013/07/22/05005-20130722ARTFIG00276-la-complementaire-sante-pour-le-salarie-bientot-obligatoire.php>>

ROSTAN Georges, « La théorie des organisations : rappels historiques », 2005 <<http://cv.stephane.cula.free.fr/Cnam/TET101/Supports%20-%20G.%20Rostan/02%20Approches%20th%C3%A9or%C2%A9e%20entreprise.pdf>>

Centre National de Ressources Textuelles Lexicales, « Motivé », <<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/motiv%C3%A9>>

INSTITUT NATIONAL D'ETUDES DEMOGRAPHIQUES, « *L'espérance de vie* » 2013,
www.ined.fr

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES,
« *Définition de la productivité* »<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/productivite.htm>
LÉGIFRANCE, « *Code de la Mutualité* », 2015
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074067>

ORGANISATION MONDIALE de la SANTE, « *L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde* », 2010 http://www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/

SERVICE-PUBLIC, « *Complémentaire santé d'Entreprise* », 2014 <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F20739.xhtml>

ZOBRIST Jean François, « *Compétitivité et bien-être, un management atypique* »
<https://www.youtube.com/watch?v=KXIy qlmq1Q>

AUTRES

BRENEOL Clémentine, « La place des mutuelles dans la démarche de prévention et de promotion de la santé réalisée auprès des entreprises », *Ecole des hautes études en santé publique*, 2010

HUTEAU Gilles, « Comprendre la santé publique et le système de santé : assurance maladie, complémentaire et accès aux soins », *MOOC France Université Numérique*, 2015

IAE Toulouse, *Les théorie de la motivation*,<http://www.iae-toulouse.fr/files/sitemfh/Les-theories-de-la-motivation-au-travail.pdf>

KLUMB Daniel, Cours de Politique et système de rémunération, Master 2 RH, Strasbourg, 2015

MAINHAGU Sébastien, Cours de Master 2 RH, Strasbourg, 2015

Maître MILLET-URSIN, « Généralisation de la santé et contrats responsables », *Webinar du Cabinet Fromont Briens*, 2015

ROSSI David, Cours d'économie de Licence AES-AGE, URCA, 2011

Mémoire présenté en vue d'obtenir
le diplôme MASTER 2
Ressources Humaines FI/FC

Claire Miramand

Impact en termes de motivation des salariés de la
mise en place d'une sur-complémentaire santé

Annexes

Compagnie Industrielle des Chauffe-Eau

Groupe Atlantic



Septembre 2015

Maître de stage : Claudine Durif

Directeur de Mémoire : Daniel Klumb

ANNEXES

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : HISTOIRE DE L'ACTIVITÉ DES MUTUELLES	3
ANNEXE 2 : DÉFINITION DE « CATÉGORIE OBJECTIVE DE SALARIÉS »	4
ANNEXE 3 : LES CONDITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE	5
ANNEXE 4 : LES SEPT MARQUES ET LES CINQ PÔLES	6
ANNEXE 5 : CADRE DU BILAN FINANCIER MIS À JOUR	7
ANNEXE 6 : PRÉSENTATION PRÉALABLE AU RENDEZ-VOUS MCA.....	8
ANNEXE 7 : EXEMPLE DE REPRISE DES RÉPONSES DE L'ENQUÊTE	13
ANNEXE 8 : ENQUÊTE MUTUELLE COLLÈGE NON-CADRE	14
ANNEXE 9 : CAHIER DES CHARGES	16
ANNEXE 10 : GARANTIES SOCLES ET OPTIONS	19
ANNEXE 11 : GUIDE DES BONNES PRATIQUES, VERSION DU MOIS D'AVRIL.....	20
ANNEXE 12 : GUIDE DES BONNES PRATIQUES, VERSION DU MOIS DE JUILLET	31

ANNEXE 1 : HISTOIRE DE L'ACTIVITÉ DES MUTUELLES

Histoire de l'activité des mutuelles

- 1780 : Apparition des premières formes de Sociétés de Secours Mutuels, qui font naître un système d'entraide et de charité
- 1791 : La loi le Chapelier interdit la « coalition », ce qui ralentit le développement des mutuelles
- 1820 : Révolution industrielle. Les Sociétés de Secours Mutuels (via la profession, les corporations et la charité de l'église) se renforcent dans l'illégalité
- 1852 : Napoléon III réorganise par décret les Sociétés de Secours Mutuels qui étaient quasi-clandestines, elles sont contrôlées par des notables impériaux. Les Sociétés de Secours Mutuels deviennent alors des « instruments de réformes sociales »
- 1898 : Suppression du décret de Napoléon III de 1852, libéralisation de l'activité des mutuelles et création de la « charte de la mutualité » qui institue les valeurs de la mutualité (démocratie, liberté et solidarité)
- 1902 : Création de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
- 1906 : Création du ministère en charge du travail, avec mission d'élaborer et de mettre en œuvre la politique française en matière de santé et sécurité au travail
- 1910 : Les mutuelles prennent part à la retraite ouvrière et paysanne
- 1945 : Création de la sécurité sociale étendue et obligatoire (différence de remboursement entre l'Alsace-Moselle et le régime générale)
- Codification du fonctionnement des mutuelles
- Possibilité de faire des contrats collectifs entre mutuelle et entreprise, facultatif ou obligatoire, qui permettent de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales
- 1967 : La Sécurité Sociale connaît des problèmes financiers, les mutuelles ont un rôle plus important. La complémentaire santé devient le cœur de métier des mutuelles
- 2003 : La Loi Fillon limite les avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs et obligatoires
- 2006 : Début des contrats responsables
- 2016 : Mutuelle d'entreprise proposée par l'employeur à tous les salariés

ANNEXE 2 : DÉFINITION DE « CATÉGORIE OBJECTIVE DE SALARIÉS »

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025130555&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

Article R242-1-1 code de la sécurité sociale

Une catégorie déterminée en vue d'accorder un avantage personnel n'est pas considérée comme objective. Il est impossible de retenir des critères telles que le temps de travail, la nature du contrat, l'âge du salarié, ou encore son ancienneté.

Les catégories de salariés doivent être définies de façon générale, impersonnelle, une catégorie est définie à partir des critères objectifs suivants :

- 1) L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention;
- 2) Un seuil de rémunération déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite issus de la convention nationale mentionnée au 1) ou de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la dernière tranche définie par l'article 6 de la convention nationale précitée ;
- 3) La place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail ;
- 4) Le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions ou les accords mentionnés au 3) ;
- 5) L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné, ou bien l'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières, ainsi que, l'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.

ANNEXE 3 : LES CONDITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

<http://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/actualites/007383.html>

Le site officiel de l'administration française nous informe :

À partir du 1er janvier 2016, une couverture complémentaire santé collective (mutuelle d'entreprise) doit être proposée par l'employeur à tous les salariés, **n'en disposant pas déjà**, en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

La loi du 14 juin 2013 prévoit en effet la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés du secteur privé et instaure un délai de négociation. À défaut d'accord entre les partenaires sociaux dans les branches professionnelles, l'employeur doit négocier avec les représentants du personnel de l'entreprise. Si ces négociations n'ont pas abouti, l'employeur doit mettre en place par décision unilatérale une couverture santé collective obligatoire avant le 1er janvier 2016.

D'ici le 1er janvier 2016, l'employeur doit souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur de son choix, après mise en concurrence, et en assurer le suivi. Le contrat doit remplir les conditions suivantes :

- la participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le salarié en payant le reste),
- le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimum),
- la couverture est prévue pour l'ensemble des salariés et leurs ayants droit, ou pour une ou plusieurs catégories d'entre eux (définies à partir de critères objectifs, généraux et impersonnels),
- le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans certains cas de dispense d'adhésion avec justificatif,

Le panier de soins minimal concerne les garanties suivantes :

- intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie sous réserve de certaines exceptions,
- totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation,
- frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel,
- frais d'optique forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple.

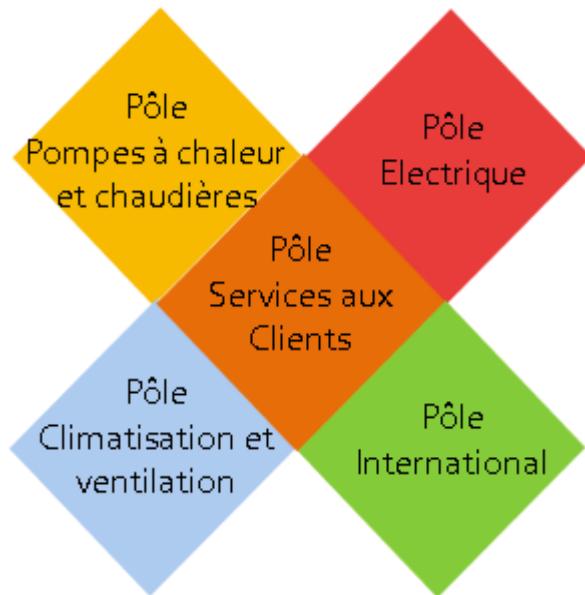
Si le contrat souscrit par l'entreprise est dit *responsable*, il ouvre droit à une exonération de charges sociales à condition de respecter certaines règles sur les garanties offertes.

ANNEXE 4 : LES SEPT MARQUES ET LES CINQ PÔLES

Les sept marques de Groupe Atlantic



Les cinq pôles d'activité



ANNEXE 5 : CADRE DU BILAN FINANCIER MIS À JOUR

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	CUMUL
Cotisations brutes (TTC)									
CMU remplacé par TSA & TCA en 2011									
Frais de Gestion									
Cotisations nettes									
Taux de sinistralité moyen de 85% reflétant une bonne mutuelle									
Prestations									
Gain pour la mutuelle hors frais de gestion									
Gain pour la mutuelle Adhérents									
Ayants droit conjoints									
Ayants droit enfants									
Total effectifs actifs									
Moyenne bénéficiaires par salarié									
Consultation généraliste									
Consultation spécialiste									
Consultation autres									
Pharmacie vignette blanche									
Pharmacie vignette bleue									
Pharmacie vignette orange									
Dentaire soins									
Dentaire prothèses									
Dentaire orthodontie									
Dentaire implantologie									
Radios									
Optique monture et verres									
Optique verres progressifs									
Optique lentilles									
Orthopédie									
Actes techniques médicaux									
Maternité chambre particulière									
Maternité chirurgie									
Hospitalisation chambre particulière									
Hospitalisation chirurgie									
Hospitalisation divers									
Auxiliaires médicaux									
Primes									
Pack prévention									
Divers									
Audioprothèses									
CUMUL									

ANNEXE 6 : PRÉSENTATION PRÉALABLE AU RENDEZ-VOUS MCA

Analyse CICE

Analyse des dépenses en frais de santé – mutuelle non cadre

Pourcentage lié aux prescriptions et aux soins à la CICE

	2013	2014
Consultations	8,04%	7,26%
Pharmacie	12,16%	9,88%
Dentaire	28,22%	29,37%
Radio	1,99%	1,82%
Optique	26,33%	30,49%
Orthopédie	1,25%	1,61%
Actes techniques	2,06%	2,70%
Maternité	2,30%	1,39%
Hospitalisation	10,86%	11,25%
Auxiliaires médicaux	3,97%	2,56%
Primes	1,78%	1,59
Prévention	1,04%	0,14%
Frais réel	55 728,11€	64 315,99€

Dentaire et optique sont les principaux postes de dépenses

Remarque (1)

% des différents postes de la consommation médicale France/MCA en 2013

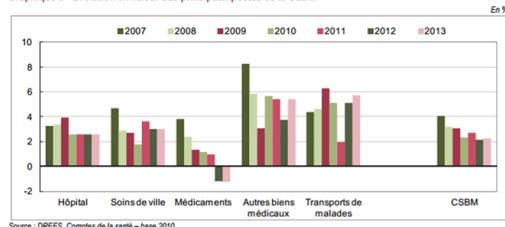
Comparaison entre dépenses de la CICE et d'autres moyennes Nationales difficile car intitulé différents

- =>soins hospitalier
- =>soins de ville
- =>auxiliaires médicaux
- =>actes technique médicaux
- =>médecine préventive

Consommation de soins et de biens médicaux	Plan national	MCA
Soins hospitaliers (court et moyen séjour, psychiatrie)	45,80	13,4
Secteur public	35,10	Hospitalisation 11,06
Secteur privé	10,50	Maternité 2,34
Soins de ville	25,70	45,08
Médecins	10,80	Médecin (consultation) 8,19
Auxiliaires médicaux	6,90	Auxiliaires médicaux 4,05
Infirmiers	3,60	
Massages-kinésithérapies	2,70	
Autres	0,60	
Dentaire	5,60	Dentiste 28,73
Analyses	2,30	Actes techniques médicaux 2,10
Cures thermales	0,20	Cures thermales 0
Transports de malades	2,30	Radio 2,02
Biens médicaux	24,60	Medicaments 12,38
Medicaments	17,60	
Autres biens médicaux	7,00	Autres bien médicaux
Optique	3,00	Optique 26,81
Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	1,30	Orthopédie 1,27
Petit matériel et pansements	2,70	
Médecine préventive	1,80	1,06
Prévention individuelle primaire	1,60	Prévention 1,06
Prévention individuelle secondaire	0,30	
Consommation médicale totale	100	100

Comment se situer en France Exemple (1)

Graphique 5 - Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM en France



CSBM - la consommation de soins et de biens médicaux : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires/ de ville, les transports sanitaires, et les biens médicaux.

Remarque (2)

Soins hospitaliers : l'ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjour fournis par les hôpitaux de secteur privé et public.

Secteur public : sectorisé, hôpitaux, centre hospitalier, retraite

Secteur privé : non sectorisé en cabinet ou clinique

Secteur 1 : conventionné

Secteur 2 : honoraires libres

Soins de ville : honoraires des médecins, sages femmes, auxiliaires médicaux, imagerie, radiologie, analyse médicales, dentistes, actes d'analyses et soins en cures thermales

CSBM - la consommation de soins et de biens médicaux : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires/ de ville, les transports sanitaires, et les biens médicaux.

Exemple (2)

Tableau qui servirait de base pour nos analyses

	OCE 2013	France 2013	OCE 2014	France 2014
Hospitalisation				
Soins hospitaliers				
fort et journalier				
Chambre particulière				
Frais d'accompagnement				
Soins de ville				
Consultation généraliste				
Consultation spécialisée				
Cures thermales				
Radio				
Analyses				
Medicaments				
Transport				
Actes techniques				
Auxiliaires médicaux				
Infirmier				
Kinésithérapeute				
Orthophoniste				
Orthoptiste				
Autres				
Dentaire				
Soins dentaires				
Prothèses remboursées				
Orthodontie				
Parodontologie				
Implantologie				
Appareillage				
Autres prothèses				
Autres biens médicaux				
Primes				
Orthèses				
Autres				
Prévention				
Total général				

	CICE 2013	France 2013	CICE 2014
Hospitalisation			
Soins de Ville			
Autres biens médicaux			
Prime			
Prévention			

	Prise réelle	Réuss.	Rebutante	% parfaits	Taux de succès au total N	Comparaison avec dernière N-1
Hospitalisation						
Séjour hospitalier						
Interventions chirurgicale						
Chirurgie partielles						
Frais d'accompagnement						
Consultation générale						
Consultation spécialiste						
Cure dentaire						
Radiologie						
Analyses						
Électroencéphalogramme						
Transfusion						
Actes thérapeutique						
Actes thérapeutique						
Prise en charge						
Consultations						
Diagnoses						
Thérapies						
Autres						
Chirurgie						
Soins dentaires						
Prise en charge infirmière						
Interventions						
Parasurveillance						
Analyses						
Électroencéphalogramme						
Transfusion						
Autres pratiques						
Autres soins et résultats						
Autres soins						
Opérations						
Autres						
Général						
Médecin						
Autre						
Autres						
Autres						
Frais						
Prise en charge						
Total général						
Coûts moyen						
Prix moyen coûts moyen						

Taux de couverture *exemple* (3)

Récapitulatif

Demande à la MCA (1)

- Définir « actes techniques »
 - Où la CICE se situe par rapport aux moyennes nationales? Pourquoi ?
 - Besoin données complémentaires pour simulations mais aussi pour cibler notre prévention, comme les exemples 1, 2 et 3.
 - Besoin des taux de couvertures par poste

Frais dentaire	2013		2014	
	%	€	%	€
Prothèse	67%	10 529,09€	61%	11 690,20€
Orthodontie	23%	3 617,99€	30%	5 639,29€
Soins	10%	1 580,33€	9%	1 682,49€
Total	100%	15 727,41€	100%	19 065,69€

⇒ Plus de la moitié des frais dentaires consacrés aux prothèses.

Analyse CICE
Les frais dentaires (2)

- Les dépenses en prothèse entre 2012, 2013 et 2014 sont respectivement passées de 6 978,07€ à 10.529,20€ et à 11 690,20€.
 - Forte évolution des frais prothétiques entre 2012 et 2014, soit une évolution de 67,53%.
 - A la CICE en 2014, 194 adultes adhérents pour une moyenne d'âge de 43 ans, cette même année la part des 50 ans et plus, représente 49 personnes.

Sur le plan National *Les frais prothétiques*

- En 2007 en France : 4,4 millions de consommateurs de prothèses dentaire (haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie).
 - Selon ce même conseil, la population âgée de plus de 50 ans serait plus consommatrice que les plus jeunes (entre 0 à 49 ans).
 - 40% des assurés déclarent porter au moins une prothèse dentaire, ce taux progressant avec l'âge.

Analyse CICE *Les frais dentaires (3)*

- Forte évolution des frais d'orthodonties (+ 57.4%) entre 2013 et 2014.
- Dépenses orthodontiques entre 2012, 2013 et 2014 sont respectivement passées de 2 960,70€ à 3 617,99€ et à 5 693,29€.
- A la CICE, 170 enfants ayant droits en janvier 2015, la moyenne d'âge est de 9 ans.

13

Pour information

⇒ Les tarifs des soins conservateurs (caries, dévitalisations,...) et chirurgicaux (extractions,...) fixés par Convention sans possibilité de «dépassement».

⇒ Les prothèses dentaires et actes d'orthodontie : l'Assurance maladie ne donne que des bases de remboursement, car actes à honoraires libres.

14

Demande à la MCA (2)

- Les consommateurs de prothèse et d'orthodontie
- Transparence du prix des prothèses appliquée par le dentiste
- Renforcer la concurrence, et réduire l'asymétrie d'information
- Réseau MCA avec tarifs plafonnés, et engagement en matière de tarification dentaires, prothétiques et orthodontiques
- Développer « répertoire santé et accès aux soins » : recensement des praticiens n'effectuant pas/peu de dépassement

15

16

Analyse CICE *Les frais optiques (1)*

Répartition des frais optiques pour 2013 et 2014

Frais optiques	2013		2014	
	%	€	%	€
Monture et verres	99%	14 476,11	98%	19 417,17 €
Lentilles	1%	198 €	2%	373,32 €
Total	100%	14 674,11 €	100%	19 790,49€

- Sur le total des dépenses :

⇒ 2^{ème} poste de dépense en 2013 avec 27%,

⇒ 1^{er} avec 30% des dépenses en 2014 ou 19 790,49€.

Sur le plan National et Européen *Les frais optiques (1)*

- Rapport 2013 - cour des comptes, dépense moyenne pour les lunettes en France est 2 fois supérieure à la moyenne des 4 grands pays d'Europe (Royaume-Unis, Espagne, Italie et Allemagne).
- Chaque Français dépense 88 €/an pour ses lunettes, 54€ pour un Allemand, 36€ pour un Italien (2013), à la CICE chaque non cadre adhérent à la MCA en 2013 dépense 41,92€ et 58,38€ en 2014 .

18

17

Analyse CICE *Les frais optiques (2)*

- Constat : depuis 2007 aucune dépense en « supplément verres progressifs » .
- La consommation de lentilles en croissance représente que 2% de la dépense globale des frais optiques, mais connaît entre 2013/2014 une évolution de 88%.



Sur le plan National et Européen *Les frais optiques (2)*

- Augmentation des points de vente = sous-productivité du réseau. Vente pour chaque magasin: 2,8 paires de lunettes par jour ouvré en moyenne (support des coûts fixes du magasin).
- Les dépenses de marketing, critique des « secondes paires gratuites », car plombent la facture de tous les consommateurs (120 millions d'euros par an !)
- Lunette sur internet – loi Hamon (écart pupillaire)

19

Demande à la MCA (3)

- Plus d'information sur les **réseaux MCA d'opticiens agréés**.
- Plus d'information sur l'achat d'optique en ligne.
- Possibilité d'un partenariat avec un site d'offre en ligne.

20

Sur le plan national

- D'après L'*UFC-Que choisir* (2013), les dépassements d'honoraires des :
 - Généralistes,
 - Gynécologues
 - Dentistes,
 - Ophtalmologistes,
 - Pédiatres

continuent d'augmenter, malgré les efforts gouvernementaux pour réguler l'accès aux soins.

21

Sur le plan national

- Décret du 19 avril 2005, conditions de remboursement prestations médicales transfrontalières clarifiées.
- Patient français doit s'acquitter de la facture du médecin allemand, par exemple, demander le remboursement à sa CPAM et à sa complémentaire sous quelques conditions :
 - =>respect du parcours de soin,
 - =>préciser l'affiliation à la CPAM
 - =>conservez une copie de la facture du médecin
 - =>demande de remboursement dans les 2 ans
 - =>www.europe-consommateurs.eu

22

Demande à la MCA (4)

- AG 2012 : prise en charge des actes d'implantologie dentaire dans les pays membre de la communauté européenne, possibilité d'autres actes ?
- Des soins à l'étranger, quelles sont les modalités?
- Comment cela pourrait marcher avec la MCA ?

23

Analyse CICE *Les frais pharmaceutiques*

- Entre 2011 et 2014 les dépenses en médicaments ont diminuées passant de 6 856,53€ à 6 414,73€.
- Sur les trois vignettes, les blanches représentent un poste élevé.

24

Pour information *Les frais pharmaceutiques (1)*

- Depuis le 1er juillet 2014, la vignette de couleur disparaît.
- Distinction de prise en charge justifiée par le critère du Service Médical Rendu (SMR) :
 - ⇒ le degré de **gravité** de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué,
 - ⇒ le niveau **d'efficacité** et les **effets indésirables** du médicament,
 - ⇒ les **alternatives thérapeutiques** disponibles et qui pourraient remplacer l'utilisation de ce médicament,
 - ⇒ l'**intérêt** pour la santé publique.

25

Pour information – régime local *Les frais pharmaceutiques (2)*

- Service Médical irremplaçables pour des affections graves et invalidantes, comme le cancer, le diabète, remboursés à 100% par la Sécurité Sociale, (ex-Vignette blanche barrée).
- Service Médical Majeur : indispensable comme les antibiotiques (advil, doliprane, lévothyrox). Remboursement Sécurité Sociale de 90 %, ticket modérateur par la mutuelle, (ex-vignette blanche).
- Service Médical Modérés : Traitements symptomatiques ou de confort, sans caractère de gravité (éclaran=anti-acné). Remboursement Sécurité Sociale de 80 %, ticket modérateur par la mutuelle, (ex-vignette bleue).
- Service Médical Faible : pas inutile mais remboursement non prioritaire (antidouleurs : spasfon, fluidifiants nez). Remboursement Sécurité Sociale de 15 %, ticket modérateur par la mutuelle (ex-vignette orange).

26

Analyse Nationale *Les frais pharmaceutiques*

- En 2013 le montant total des ventes de médicaments a de nouveau reculé en France :
 - ⇒ -1,4%, alors qu'il avait déjà régressé de -1,5% en 2012.
 - ⇒ Du fait des campagne de prévention
- En 2013, les français détiennent, le record européen de la consommation de médicament.

27

Demande à la MCA (5)

- Mettre les présentations des résultats techniques à jour
- Montant des dépenses retirés sans ordonnance, sur quel type de service médical (hors service médical irremplaçable)
- Y a-t-il un besoin supplémentaire de sensibilisation?

28

Pour information

- Au total, les dépenses en frais de santé représentent 5,55 milliards d'euros pour l'Alsace sur toute l'année 2013, soit près de 3 000 euros par Alsacien, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne nationale (2 910€).
- Pourquoi il y a plus de dépenses en frais de santé en alsace qu'ailleurs en France?

29

Un + MCA

- Simulation sur des taux différentiels (célibataire, famille)
- Des besoins spécifiques par rapports à la couverture médicale – Comment illustrer le besoin ? (poste à couverture faible, questionnaire)
 - Comprendre les comportements (les « demande à la MCA »)
 - Contrat responsable, chirurgie et pharmacie

30

ANNEXE 7 : EXEMPLE DE REPRISE DES RÉPONSES DE L'ENQUÊTE

Nom	Service	Feuille	Entretien	conjoint	Enfant(s)						Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Question 5	Question 6	Question 7	Remarque						
Montage FB1 Sémaine 18																								
xxx	FB1-MONTAGE ép2	21/04/2015	30/04/2015	0	0							optique (frais médicaux et hospitalisation. + consultation des spécialistes)	hospitalisation	les dépassements d'honoraires	non	1-optique;2-dentaire;3-dépassement spécialiste;4-dépassement chirurgie;5-chambre;6-petit appareillage;7-prévention	non il y a les mêmes besoin	oui, pour l'ensemble et pour un prix raisonnable						
xxx	MONTAGE - AUTRE	21/04/2015	30/04/2015	0	0							lunette (verres), les spécialistes (dépassement d'honoraires) et les soins dentaires	les spécialistes	spécialistes et dentaires (implants)	oui, implants	1-optique;2-dentaire;3-dépassement chirurgie;4-chambre;5-dépassement spécialiste;6-petit appareillage;7-prévention	oui car besoins de faire plus de soins	oui pour l'ensemble pour un prix raisonnable						
xxx	FB1-MONTAGE ép2	21/04/2015	30/04/2015	1	2	21/01/2002	16/12/2005							dentaires (prothèses), kiné et ostéopathe	optiques, analyses médicales, radios et scanners	dentaires, dépassements d'honoraires, semelles orthopédique	pour des soins dentaires trop coûteux	1-dentaire;2-optique;3-prévention;4-chambre;5-dépassements chirurgie;6-dépassement spécialiste;7-petit appareillage	oui car chaque membre de la famille n'a pas besoins des mêmes choses	oui pour des soins dentaires, optiques, prévention (ostéopathe) pour un prix raisonnable				
xxx	FB1-MONTAGE ép1	21/04/2015	21/04/2015	1	4	31/05/1995	08/12/1996	04/03/1998	08/06/2006							dentaires (couronnes) et optiques	optique (tous les deux ans et tous les an pour les enfants),	les spécialistes et les soins dentaires	non, jamais	1-dépassement chirurgie;2-dentaire;3-optique;4-chambre;5-petit appareillage;6-prévention;7-dépassements spécialistes	les besoins en soins changent en fonctions de la compositions de la famille, plus elle est nombreuse, plus elle est nombreux le besoin en soin multiple et fort, multiplication des consultations	res, optiques, les dépassements		
xxx	FB1-MONTAGE ép1	21/04/2015	21/04/2015	1	5	04/11/2006	09/10/2007	18/01/2010	03/03/2012	31/03/2013							les soins dentaires	le médecin traitant (généraliste)	dentaire	non	1-dépassement de spécialistes;2-dentaire;3-optique;4-dépassement chirurgie;5-petit appareillage;6-prévention;7-chambre	non, tous les mêmes besoins	oui on ne sait jamais	
xxx	FB1-MONTAGE ép1	21/04/2015	21/04/2015	1	2	03/12/2001	22/06/2005							optique et soins dentaires	hopital et médecin traitant	les soins dentaires et optique pour les enfants	oui par manque d'argent pour des maux de tête et de dos	1-dentaire;2-optique;3-dépassement chirurgie;4-chambre;5-dépassement spécialistes;6-petit appareillage;7-prévention	oui les enfants ont des lunettes, changement plus fréquent	non le prix est déjà trop élevé				
xxx	FB1-MONTAGE ép2	21/04/2015	30/04/2015	1	0							pas d'avis	dentiste (soins et plombages)	pas d'avis	oui si le médecin est en vacance, pas ailleurs	1-optique;2-dentaire;3-chambre;4-dépassement chirurgie;5-dépassements spécialistes;6-petit appareillage;7-prévention	non	non, soins en turquie quand prix trop élevé en france	soins en turquie plus avantageux					
xxx	FB1-MONTAGE ép2	21/04/2015	21/04/2015	0	0							remboursements dentaires (couronnes) et optiques	dentaires (plusieurs fois par an) et optiques tous les deux ans	dépenses optiques (verres) et dentaires (couronnes)	jamais attendu si douleurs	1-optique;2-dentaire;3-dépassement chirurgie;4-chambre;5-dépassement spécialistes;6-petit appareillage;7-prévention	oui comme plusieurs sur la même mutuelle	oui en particulier pour les soins optiques et dentaires	problème d'avance des frais, les remboursements sont trop lent					
xxx	FB1-MONTAGE ép1	21/04/2015	21/04/2015	0	0							les montures de lunettes, les soins dentaires et le petite appareillage	ophtalmologue et lunette	les verres de lunettes	Non	1-optique;2-dentaire;3-dépassements chirurgie;4-prévention;5-chambre particulière;6-dépassements spécialistes;7-petit appareillage	non les besoins en soins ne changent pas que l'on soit seul ou en famille	oui pour les soins optiques et dentaire et selon le prix						
xxx	FB1-MONTAGE ép2	21/04/2015	21/04/2015	1	3	07/12/2008	13/07/2011	17/10/2014							dentaire (prothèses + couronnes) et les frais optiques	généraliste et kiné	optique et spécialistes (dépassements d'honoraires)	non	1-optique;2-dentaires;3-dépassement chirurgie;4-chambre;5-prévention;6-petit appareillage;7-dépassement spécialiste	oui cela est lié aux enfants pour les yeux en particulier	oui pour l'ensemble et particulier l'optique			

ANNEXE 8 : ENQUÊTE MUTUELLE COLLÈGE NON-CADRE

Enquête

Projet : Mise en place d'une option améliorée en complément de la prestation de base

Option n°1 : actuelle

Option n°2 : améliorée avec la participation financière du salarié

[] Prestation de base (obligatoire)

[] Prestation supplémentaire (à la charge du salarié)
} – facultative

Objectif de l'enquête : définir les souhaits en frais de santé des salariés CICE affiliés à la MCA, moyennant participation supérieure du salarié.

- Quelles garanties actuellement proposées vous paraissent améliorables ?

- Quelles sont les dépenses de santé que vous effectuez le plus souvent ? (exemple : dentaires, spécialistes, biens médicaux, optiques...)

- Quelles sont les dépenses de santé pour lesquelles le reste à votre charge est le plus important ?

- Existe-t-il des dépenses de santé auxquelles vous (ou un membre de votre famille) auriez renoncé ? Si oui lesquelles ? Pour quelles raisons ?

- Pour compléter votre niveau de protection, quelles seraient, selon vous, les garanties à améliorer : numérotez par ordre de préférence (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) :

Dépassement d'honoraires de spécialistes	
Hospitalisation :	chambre particulière
	dépassement d'honoraires (chirurgie)
Optique	
Dentaire	
Petit appareillage (orthopédie, prothèse auditive, ceinture de soutien lombaire, bandages...)	
Prévention (ostéopathes, étiopathes, chiropracteurs, homéopathes, vaccin antigrippe...)	
Autres idées à préciser...	
Commentaires :	

- Selon vous, les besoins en soins changent-ils selon la composition familiale (seul(e), en couple, avec enfant(s)) ? Pourquoi ?

- Seriez-vous prêt à payer plus pour être mieux couvert ?

OUI / NON

- Si oui, pour quelles prestations ? / Si non, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

ANNEXE 9 : CAHIER DES CHARGES

Contexte

La mise en place d'une option sur-complémentaire permettrait de donner le choix aux salariés, soit d'avoir un contrat mutuelle socle (celui actuellement proposé) soit d'avoir un contrat mutuelle socle **plus** une option améliorée.

Dans ce contexte, un questionnaire a été diffusé à l'ensemble des salariés affiliés à la MCA, afin d'identifier les postes de santé sur lesquels il faut axer l'amélioration des remboursements dans le cadre de l'option sur-complémentaire.

Définition de la population cible et des postes de santé à améliorer

Population cible, nos salariés non cadres et leurs ayants droit :

- Salariés = 89 personnes
- Conjoint = 68 personnes (66 femmes et 2 hommes)
- Enfants = 170 enfants dont la moyenne d'âge est ≈ 9 ans

Les postes retenus pour la mise en place de l'option d'amélioration sont :

- Les prothèses dentaires
- Les verres de lunettes
- Les consultations chez un spécialiste
- La radiologie
- Des semelles orthopédiques

Schématisation

Option n°1 : actuelle

[] Prestation de base (obligatoire)
Ou contrat socle

Option n°2 : améliorée avec la participation financière du salarié

[] Prestation supplémentaire (à la charge du salarié – facultative) ou option sur-complémentaire

[] Prestation de base (obligatoire)
Ou contrat socle

Périmètre de remboursement du contrat socle de la MCA à la CICE

- Remboursement de **prothèses dentaires** → 200 % du remboursement de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.
- Remboursement du **forfait lunettes** (monture + verres) → Ticket modérateur + forfait de 8 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (dont 150 € maxi pour la monture).
Pour un adulte : un forfait tous les deux ans (sauf cas de modification de vision sur justification avec la copie de l'ordonnance datée d'au plus trois mois).
Pour un enfant : (- 18 ans), un forfait tous les ans.
- Remboursement de consultation chez un **spécialiste** → 55% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (avec CAS, 35 % hors CAS).
- Remboursement pour de la **radiologie** → Ticket modérateur.
- Remboursement du **petit appareillage** – appareillage auditif, orthopédie, véhicule pour handicapé physique (1 fauteuil roulant tous les 3 ans) et autres appareillages → 190 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Prestations souhaitées pour l'option d'amélioration

- Remboursement des **prothèses dentaire** → 300 % de la Base de Remboursement Sécurité Sociale.
- Remboursement du **forfait lunettes** (monture + verres) → Ticket modérateur + forfait de :
Verres simples : 9 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
Verres complexes : 12 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.
La part du forfait pour la monture est de 150 € maximum.
- Remboursement de consultation chez un **spécialiste** → 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (avec CAS, hors CAS 80 % du BR).
- Remboursement de la **radiologie** → 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (avec CAS, hors CAS 110 % de la BR).
- Remboursement du **petit appareillage** – appareille auditif, orthopédie, véhicule pour handicapé physique (1 fauteuil tous les 3 ans) et autres → 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

Contraintes

Les contraintes sont les suivantes :

- Contrainte du contrat responsable
- Contrainte de coût
- Contrainte de praticabilité
- Contrainte de délai de remboursement
- Contrainte de carence

Contrainte du contrat responsable

La mise en place de cette option sur-complémentaire doit pouvoir se faire via une décision unilatérale, et doit respecter les dispositions du contrat responsable. De plus, la mise en place de cette option sur-complémentaire, à la charge du salarié, ne doit pas engager d'avantage en nature l'entreprise.

Contrainte de coût

Suite à l'enquête faite, auprès des salariés, le **prix** a été défini comme un élément décisif, donc le coût de l'option sur-complémentaire doit être maîtrisé.

Contrainte de praticabilité

Les remboursements doivent se faire de manière accessible. La démarche pour obtenir le remboursement lié à l'option sur-complémentaire doit être simple et claire.

Contrainte délai de remboursement

Les remboursements de l'option sur-complémentaire doivent pouvoir être versés dans un délai raisonnable.

Contrainte de carence

Assurer un délai de carence maîtrisé.

Délais

Nous voulons pouvoir fixer un partenaire au plus vite, afin de déployer l'option d'amélioration.

ANNEXE 10 : GARANTIES SOCLES ET OPTIONS

Les garanties s'entendent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels	GARANTIES ACTUELLES MCA Contrat non responsable	RÉGIME DE BASE Cahier des charges "Contrat responsable"	Option facultative - "Contrat responsable"
Hospitalisation (y compris maternité)			
- Frais de séjour	100 % des FR - Rbt RO	100 % des FR	100 % des FR
- Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % des FR - Rbt RO limité à 1 500 € / an / bénéficiaire	CAS : 100 % des FR Hors CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR	CAS : 100 % des FR Hors CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR
- Forfait journalier	100 % du forfait en vigueur maxi 180 jours / an / bénéficiaire	100 % du forfait en vigueur sans limitation de durée	100 % du forfait en vigueur sans limitation de durée
- Chambre particulière	2 % du PMSS / jour (63 €) maxi 30 jours / an / bénéficiaire	2 % du PMSS / jour	2 % du PMSS / jour
- Frais d'accompagnant	100 % des FR Frais d'hébergement et de séjour enfant de moins de 12 ans et pers. âgée de + de 65 ans sous réserve qu'ils soient adhérents à la mutuelle	100 % des FR Frais d'hébergement et de séjour enfant de moins de 12 ans et pers. âgée de + de 65 ans sous réserve qu'ils soient adhérents à la mutuelle	100 % des FR Frais d'hébergement et de séjour enfant de moins de 12 ans et pers. âgée de + de 65 ans sous réserve qu'ils soient adhérents à la mutuelle
- Frais de Transport	100 % du TM	100 % du TM	100 % du TM
Frais Pharmaceutiques			
Pharmacie	100 % du TM	100 % du TM	100 % du TM
Frais Médicaux			
- Consultations – visites généralistes	100 % du TM + 50 % du Rbt RO = 55 % de la BR	CAS : 55 % de la BR Hors CAS : 35 % de la BR	CAS : 55 % de la BR Hors CAS : 35 % de la BR
- Consultations – visites spécialistes	100 % du TM + 50 % du Rbt RO = 55 % de la BR	CAS : 55 % de la BR Hors CAS : 35 % de la BR	CAS : 100% de la BR Hors CAS : 80% de la BR
- Actes de spécialités	100 % du TM	100 % du TM	100 % du TM
- Auxiliaires médicaux	100 % du TM	100 % du TM	100 % du TM
- Radiologie (actes d'imagerie, échographie ou Doppler)	100 % du TM	100 % du TM	CAS : 200 % de la BR Hors CAS : 140 % de la BR
- Analyses médicales	100 % du TM	100 % du TM	
Dentaire			
- Soins dentaires	100 % du TM	100 % du TM	100 % du TM
- Orthodontie prise en charge par la SS (conventionné)	100 % du TM + 200 % du Rbt RO = 200 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR
- Prothèses dentaires prise en charge par la SS	100 % du TM + 200 % du Rbt RO = 190 % de la BR	190 % de la BR	300 % de la BR
Autres Prothèses			
- Orthopédie, prothèses médicales	100 % du TM + 200 % du Rbt RO = 190 % de la BR	190 % de la BR	300 % de la BR
Optique	Adulte : 1 forfait tous les 2 ans (sauf en cas de modification de la vision) Enfant : 1 forfait tous les ans	Adulte : 1 forfait tous les 2 ans (sauf en cas de modification de la vision) Enfant : 1 forfait tous les ans	Adulte : 1 forfait tous les 2 ans (sauf en cas de modification de la vision) Enfant : 1 forfait tous les ans
- Verres + monture	100 % du TM + 8 % du PMSS (253 €)	100 % du TM + 8 % du PMSS (253 €) dont 150 € maxi pour la monture	Verres simples : 100 % du TM + 9 % du PMSS (285 €) Verres complexes : 100 % du TM + 12 % du PMSS (380 €) dont 150 € maxi pour la monture
- Lentilles prises en charge ou non SS, jetables incluses	3 % du PMSS / an / bénéficiaire (95 €)	3 % du PMSS / an / bénéficiaire (95 €)	3 % du PMSS / an / bénéficiaire (95 €)
Cures thermales acceptées SS	100 % du TM + 100 % du Rbt RO = 100 % de la BR 2 cures / an / famille Hébergement : forfait 215 €	100 % du TM + 100 % du Rbt RO = 100 % de la BR 2 cures / an / famille Hébergement : forfait 215 €	100 % du TM + 100 % du Rbt RO = 100 % de la BR 2 cures / an / famille Hébergement : forfait 215 €
Naissance	110 € / naissance en complément du remboursement au titre de l'hospitalisation	110 € / naissance en complément du remboursement au titre de l'hospitalisation	110 € / naissance en complément du remboursement au titre de l'hospitalisation
Prévention			
- Pilule contraceptive	Forfait global de 100 € / an / bénéficiaire	Forfait global de 100 € / an / bénéficiaire	Forfait global de 100 € / an / bénéficiaire
- Vaccin anti grippe			
- Ostéodensitométrie			
- Sevrage tabagique (avec prescription médicale)			
- Consultation chez un diététicien (enfant de - de 12 ans)			
- Médecine douce (Ostéopathe, Chiropracteur, acupuncteur, homéopathe)			

ANNEXE 11 : GUIDE DES BONNES PRATIQUES, VERSION DU MOIS D'AVRIL

Guide des bonnes pratiques



Sommaire :

Médecin traitant et parcours de soins

Maitriser ses frais de santé

Le tiers payant

Pharmacie

Recherchez et choisissez votre médecin

Demandez des devis

Dépassements d'honoraires : sachez négocier

Prévention

M'T Dents

Bilan de santé gratuit

Bouger et Manger équilibré

Les lunettes et lentilles en ligne

Se rendre en Allemagne pour faire des économies dans les soins médicaux

Consultation en Allemagne et conseil pratiques pour se faire rembourser

Annexes

Guide de bonnes pratiques

Médecin traitant et parcours de soins

- But : un suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée
- La déclaration du médecin traitant est nominative
 - Par exemple, les membres d'une même famille peuvent avoir le même médecin traitant ou un médecin traitant différent. Quoi qu'il en soit, ils devront le déclarer de façon nominative
- Aucune contrainte quant au choix de votre médecin traitant (par exemple : pas de contraintes géographiques)
- Une nouvelle déclaration de choix du médecin traitant si :
 - Changement de médecin traitant (résiliation sans condition à remplir et sans avoir besoin de vous justifier)
 - Si votre médecin traitant cesse son activité, change d'activité ou déménage
- Cette déclaration peut s'effectuer :
 - En ligne : simple, rapide et pas de courrier à envoyer,
 - Par formulaire : lors d'une consultation et en présentant au médecin, votre carte Vitale. Formulaire (en annexes) « Déclaration de choix du médecin traitant » : à remplir et signer conjointement avec le médecin
- Déclaration à la caisse d'Assurance Maladie

À savoir :

- Les jeunes de moins de 16 ans n'ont pas de déclaration de médecin traitant à faire
- Pour les jeunes de 16 et 17 ans, l'accord ou la signature du titulaire de l'autorité parentale est nécessaire
- En déclarant votre médecin traitant et en le consultant en premier dans le cadre du parcours de soins coordonné, l'Assurance Maladie rembourse alors 90 % du tarif de la consultation, moins 1€ au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de 19,70€. (reste 2,30€ à la charge de la mutuelle et 1€ à la charge de l'assuré)
- En revanche, si vous ne déclarez pas de médecin traitant ou si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonné, l'Assurance Maladie ne vous rembourse alors que 30 % du tarif de la consultation, moins 1€ au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de 5,90€ (la mutuelle prenant 2,30€, 14€80 restent à la charge de l'assuré)
- En consultation direct (remboursement normal sans passer par le médecin traitant) :
 - **un gynécologue,**
 - **un ophtalmologue,**
 - **un psychiatre ou neuropsychiatre**
 - **un chirurgien-dentiste,**
 - pour les 16 à 25 ans **un stomatologue**



En dehors de ces actes prévus en accès direct autorisé, vous devez avoir été orienté par votre médecin traitant vers un médecin spécialiste, sinon vous serez moins bien remboursé.

Maitriser les frais de santé

Le tiers payant

Votre carte Vitale vous permet de ne pas avancer les sommes qui doivent être prises en charge par la Sécurité Sociale et votre Complémentaire (MCA, Cogévie ou Allianz).

Le tiers payant vous est accordé par 90 % des pharmacies, 85 % des laboratoires d'analyse médicale, 75% des opticiens et 89% des établissements hospitaliers.

Pharmacie

Avoir le réflexe de demander à votre médecin quelles sont les conditions de remboursement des médicaments qu'il vous prescrit, (s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale).

Si vous devez acheter des médicaments hors prescription médicale (douleurs diverses), sachez qu'il existe aussi des médicaments en version générique pour l'automédication.

Sachez aussi que les tarifs peuvent varier de façon importante d'une pharmacie à l'autre, et, de façon générale, les « grosses pharmacies » ont souvent plus de stock et des prix plus attractifs.

Recherchez et choisissez votre médecin

Amélie : Vous pouvez utiliser <http://ameli-direct.ameli.fr/> pour **rechercher un professionnel de santé** en secteur 1 (qui pratique les tarifs de la Sécurité sociale), quelle que soit sa spécialité. Sur la fiche électronique du praticien, vous trouverez également les tarifs qu'il pratique pour chaque acte médical. Vous pouvez aussi rechercher ceux qui acceptent la carte Vitale (pour un remboursement plus rapide grâce à la télétransmission).

La mutualité française : il existe des centres mutualistes répartis dans toute la France, les tarifs proposés y sont généralement inférieurs, car ils sont aux tarifs de la Sécurité sociale. Autre avantage, vous y bénéficierez du tiers payant.

Pour trouver leurs coordonnées, rendez-vous sur le site <http://www.mutualite.fr/> puis sélectionnez le service de santé que vous souhaitez ainsi que le lieu de votre choix.

Le service des Centres Hospitaliers Universitaires : les étudiants en 4^{ème} ou 5^{ème} année des spécialités dentaires ou optiques s'exercent sur de vrais patients. Cela vous permet de bénéficier de 40 % à 50 % de remise sur vos soins. Seul bémol, il faut prendre rendez-vous pendant les heures de cours et l'attente est souvent longue.

Demandez des devis

Premier réflexe à adopter : demander systématiquement un **devis**. Pour comparer les prix (par exemple en optique, dentaire, audioprothèse...la concurrence y est forte) c'est un moyen pour négocier les tarifs à son avantage.

Dépassements d'honoraires : sachez négocier

Votre médecin traitant vous envoie consulter un spécialiste ? Demandez-lui de vous indiquer le tarif de la consultation, cela vous évitera peut-être une mauvaise surprise ! Si le tarif pratiqué est trop élevé pour vous et que vous n'avez pas la possibilité de consulter à l'hôpital (les spécialistes y sont très compétents), vous pouvez toujours demander à votre médecin traitant de rédiger une lettre à l'attention du praticien auquel il vous adresse. Il pourra ainsi demander à son confrère libéral d'adapter ses honoraires à vos moyens financiers **si possibles**.

Par exemple, chez le dentiste, vous pouvez négocier des réductions et obtenir un échelonnement des paiements.

Ainsi, même une intervention de type chirurgical peut devenir comparable et même négociable.

Prévention

M'T dents

C'est un examen bucco-dentaire gratuit. Le dentiste examine les dents et les gencives de vos enfants (aux âges de 6, 9, 12, 15 et 18 ans), il lui enseigne les bons reflexes pour éviter des caries et autres problèmes dentaires. Si votre enfant doit recevoir des soins complémentaires suite à cet examen (traitement des caries et des racines, détartrage...), ces soins sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sous condition d'être effectués dans les neuf mois suivant l'examen.

Les traitements d'orthodontie et de prothèse ne sont pas concernés par ces rendez-vous.

Pour en profiter : vos enfants vont bientôt avoir : 6, 9, 12, 15, 18 ans... un mois avant sa date d'anniversaire, il reçoit dans la boîte aux lettres, une invitation personnalisée de l'assurance maladie qui le convie à un rendez-vous de prévention dentaire.

Le jour du rendez-vous n'oubliez pas de **vous munir de la feuille de prise en charge jointe au courrier** et de la carte vitale pour bénéficier de la gratuité de la visite (www.mtdents.info).

Bilans de santé gratuits

La sécurité sociale propose tous les 5 ans, à tous les assurés et ayants droit, un bilan gratuit permettant de dépister les premiers signes d'une affection ou d'une maladie (formulaire en Annexes – Demande d'inscription bilan de santé).

Bouger, manger équilibré

Manger équilibré et faire du sport pour adopter les bons réflexes (<http://www.mangerbouger.fr>)

Les lunettes et lentilles en ligne

Le ministère de la santé ne s'oppose plus à la vente de lunettes de vue et lentilles en ligne. Désormais, les achats peuvent même être pris en charge par l'assurance maladie et les complémentaires santé, l'ensemble « monture et verres » et les lentilles étant moins cher qu'en magasin traditionnel. Via à un système « drive to store » il est possible d'associer offre en ligne et réseaux de magasin partenaire.

Se rendre en Allemagne pour faire des économies dans les soins médicaux...

Depuis le décret du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France, les conditions de remboursement de prestations médicales transfrontalières ont été clarifiées. Un patient français peut désormais consulter un médecin généraliste ou spécialiste allemand, sans autorisation préalable de sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) compétente, et sera remboursé selon les tarifs applicables en France **sauf pour les soins hospitaliers programmés**.

Consultation en Allemagne : conseils pratiques pour se faire rembourser

Pour une consultation chez un médecin allemand,

- Vous devrez faire l'avance des frais médicaux et remettre la facture du médecin à votre CPAM pour remboursement. Les praticiens allemands ne pourront pas accepter votre carte vitale.
- Les soins reçus en Allemagne sont remboursés à hauteur des tarifs en vigueur en France.
- Seuls des soins prévus au remboursement en France sont pris en charge
- Il est important de signaler au médecin allemand que vous êtes affilié au régime d'assurance-maladie public en France, et que vous n'êtes pas affilié à une assurance privée comme on l'entend en Allemagne
- Pour être remboursé au mieux, veillez à respecter le parcours de soins, même si le médecin consulté se trouve en Allemagne
- Lors d'une consultation chez un médecin allemand, vous aurez à régler une taxe de consultation de 10€ par trimestre calendaire (appelée « Praxisgebühr » en Allemagne). Conserver la quittance pour ne pas avoir à repayer une nouvelle fois la taxe au cours du même trimestre. Cette taxe ne sera pas prise en charge par votre CPAM.



Annexes

Déclaration de choix du médecin traitant

cerfa
N° 12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
 { inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)	
nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
n° d'immatriculation	<input type="text"/> <input type="text"/>
le bénéficiaire	
nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/>
adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*) <input type="text"/>	nom et prénom du médecin traitant nom <input type="text"/> prénom <input type="text"/> identifiant <input type="text"/>
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET) <input type="text"/>	

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704a

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie¹, que chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par cette démarche. Vous n'avez donc pas de formulaire à remplir pour eux.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un spécialiste en ville. Il peut aussi exercer à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

A l'occasion d'une consultation, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

Dans la rubrique "*identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro d'immatriculation et dans la zone "*le bénéficiaire*", votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, enfant âgé de 16 ans ou plus ou autre personne à charge - écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", les nom, prénom et numéro d'immatriculation de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "*le bénéficiaire*", vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

Dans la rubrique "*identification du médecin traitant*", le médecin appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et **indique son numéro d'identification professionnel** dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration. Dans le cas où le bénéficiaire est mineur (16 à 18 ans), il est nécessaire que l'un des deux parents signe également cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

(1) Loi n°2004-810 du 13 août 2004

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier..."

Centre d' Examens de Santé



Site de MULHOUSE

2, rue de Lucelle
68100 MULHOUSE

Tél : 03 89 45 40 40
ces-mulhouse@cpam-hauthrin.cnamts.fr



Site de COLMAR

1, rue Bruat
68000 COLMAR

Tél : 03 89 21 79 40
ces-colmar@cpam-hauthrin.cnamts.fr



Site de SELESTAT

5, avenue de la Liberté
67600 SELESTAT

Tél : 03 88 92 34 68
ces-selestat@cpam-hauthrin.cnamts.fr

Heures d'ouverture

7h 30 - 12h 00
13h 30 - 16h 45
Vendredi 15h 45

7h 30 - 12h 30
13h 30 - 16h 15

7h 30 - 12h 30
13h 30 - 16h 15

Un bilan de santé GRATUIT pour faire le point sur votre santé

Il vous est proposé
par la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie
du Haut-Rhin.

Si vous n'y êtes
pas affilié(e)
demandez
à votre organisme
s'il le prend aussi
en charge.

Comment se déroule un examen de santé ?

Il se divise en 2 parties

Un temps paramédical

Toujours le matin, il dure environ 2h 30

Il comprend en général :

- Un prélèvement sanguin et d'urine
- La biométrie (poids, taille,...)
- La vision et l'audition
- La tension artérielle
- Un examen bucco-dentaire

Il peut être complété en fonction de vos risques et de votre suivi médical par :

- Un électrocardiogramme
- Une spirométrie (test de la respiration)
- La recherche de sang dans les selles de 50 à 74 ans en lien avec ADECA
- Une évaluation du risque de chutes après 65 ans
- Ponctuellement d'autres tests

Un temps médical

Le matin ou l'après midi, il dure environ 30 minutes.

Le médecin vous recevra pour :

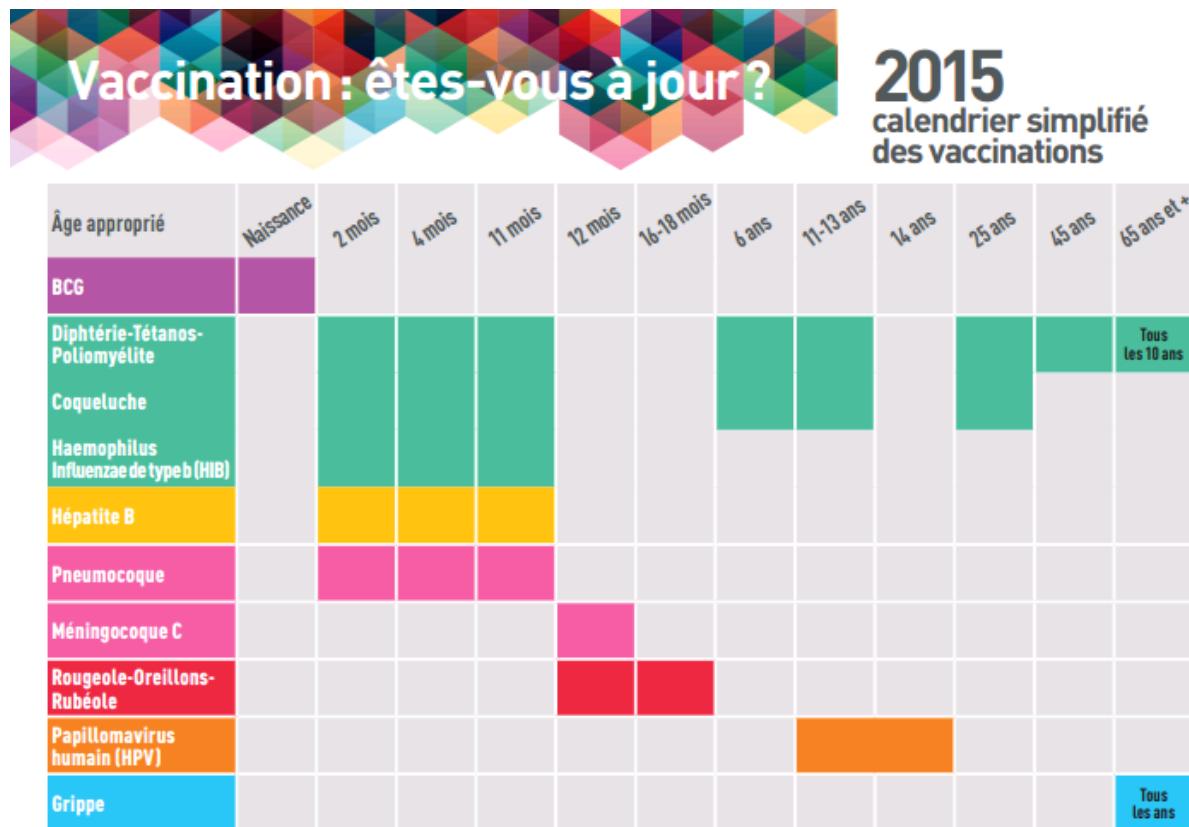
- Analyser avec vous les examens para médicaux réalisés.
- Pratiquer un examen médical.
- Vous informer sur votre état de santé en tenant compte du questionnaire médical que vous aurez rempli et des documents médicaux récents que vous aurez apportés.
- Vous donner des conseils adaptés en matière de prévention (vaccination, alimentation, activité physique...)
- Selon le cas, vous proposer quelques examens complémentaires comme un contrôle de la prostate, un examen gynécologique avec un frottis, des contrôles biologiques supplémentaires,

**Un compte rendu vous sera remis après la consultation médicale ou envoyé à votre domicile.
Une copie pourra en être faite et adressée à votre médecin traitant.**

Pour pouvoir organiser votre examen périodique personnalisé de santé, nous vous invitons à remplir soigneusement la demande d'inscription au verso **EN PRÉCISANT LE SITE SUR LEQUEL VOUS SOUHAITEZ PASSER LE BILAN** (les 3 lieux sont indiqués en haut de cette feuille).

ATTENTION Pour chaque **numéro d'assuré différent** il faut une feuille d'inscription spécifique. Si cela s'avère nécessaire, merci de faire des copies de cette demande d'inscription ou d'appeler le Centre pour en obtenir le nombre adéquat.

Calendrier des vaccinations





En savoir plus

Qu'est-ce que ça veut dire «être à jour»?

«Être à jour» c'est avoir reçu les vaccins recommandés en fonction de son âge et avec le bon nombre d'injections pour être protégé.

Si mes vaccins ne sont pas «à jour»?

Il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue. On parle de «ratrappage».

La vaccination permet de se protéger et de protéger les autres.

BCG (Tuberculose)

La vaccination contre la tuberculose est recommandée dès la naissance et jusqu'à l'âge de 15 ans chez certains enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite

Les rappels de l'adulte sont désormais recommandés à âges fixes soit 75 ans, 85 ans, etc.

Coqueluche

Le rappel de la coqueluche se fait à 25 ans. Les futurs parents sont particulièrement concernés, car la vaccination protège les nourrissons de moins de 3 mois que l'on ne peut pas encore vacciner ; la vaccination sera à nouveau recommandée à l'entourage des nourrissons à l'occasion d'une nouvelle grossesse, si le dernier rappel coqueluche date de plus de 10 ans.

Hépatite B

La vaccination des nourrissons débute à l'âge de 2 mois. Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque

La vaccination des nourrissons débute à l'âge de 2 mois. Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée dans des situations particulières.

Méningocoque C

La vaccination est recommandée aux enfants âgés de 12 mois avec un rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans inclus.

Rougeole-Oreillons-Rubéole

La vaccination est recommandée pour tous les enfants à l'âge de 12 mois avec une deuxième dose entre 16 et 18 mois. Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses du vaccin.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination est recommandée chez les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus.

Grippe

La vaccination est recommandée chaque année pour les personnes à risque y compris les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus.

313-63315-PC Mise à jour : décembre 2014

Une question ? Un conseil ?

Parlez-en à votre médecin, votre sage-femme ou votre pharmacien.



ANNEXE 12 : GUIDE DES BONNES PRATIQUES, VERSION DU MOIS DE JUILLET

GUIDE DES BONNES PRATIQUES



Les acteurs des remboursements des dépenses de santé

Exemple : une consultation chez un médecin généraliste coûte 23 €

Sécurité

Sociale



19,70€

Régime obligatoire

Mutuelle



2,30€
Régime complémentaire

Vous-même



1€

Part forfaitaire

Remboursement calculé en juillet 2015

Maitriser ses frais de santé

Déclarer son médecin traitant

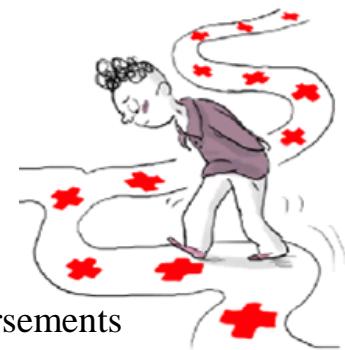


- Le formulaire* de déclaration se remplit avec le médecin choisi

*http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3704.pdf

- Avoir un médecin traitant **déclaré** permet de meilleurs remboursements

Parcours de soins coordonné



- Il est important de voir son **médecin traitant** en **1er**

- Le **respect du parcours** permet de meilleurs remboursements

Exemple : le reste à charge pour une consultation chez un dermatologue

Avec le respect du parcours
de soins

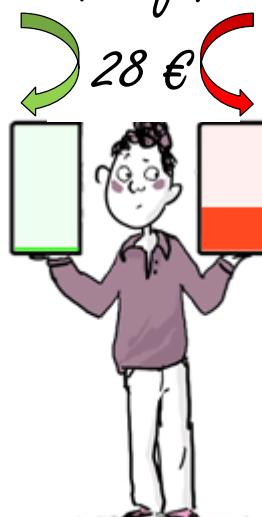
3,80€

Tarif :

28 €

Sans le respect du parcours de
soins

12,70€



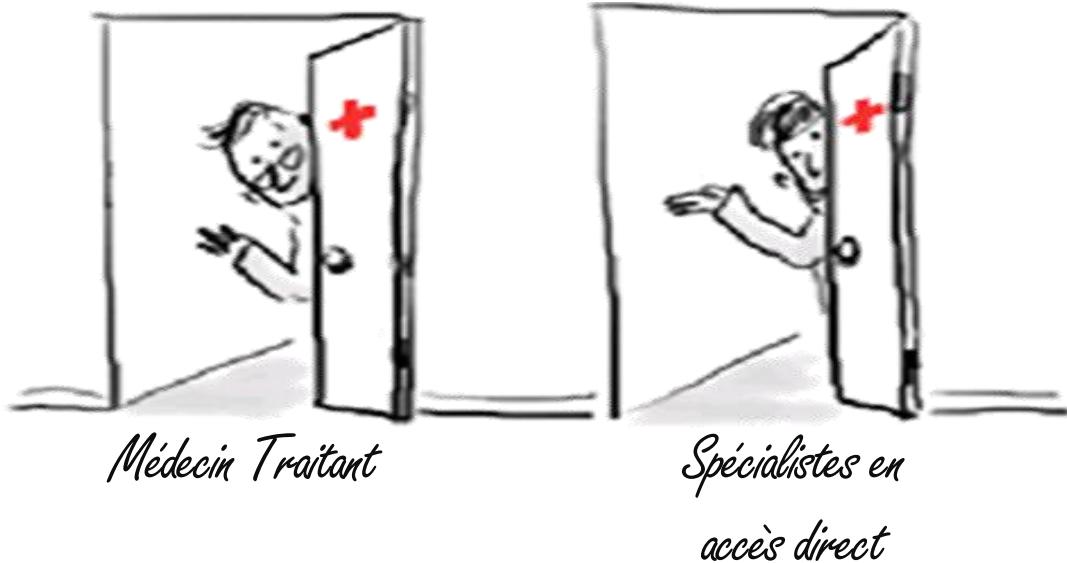
Remboursement Sécurité sociale et MCA en juillet 2015

Les étapes pour un remboursement MAXIMUM

1. Déclarer votre médecin traitant
2. Consulter votre médecin traitant en premier
3. Aller voir le spécialiste avec la lettre du médecin traitant

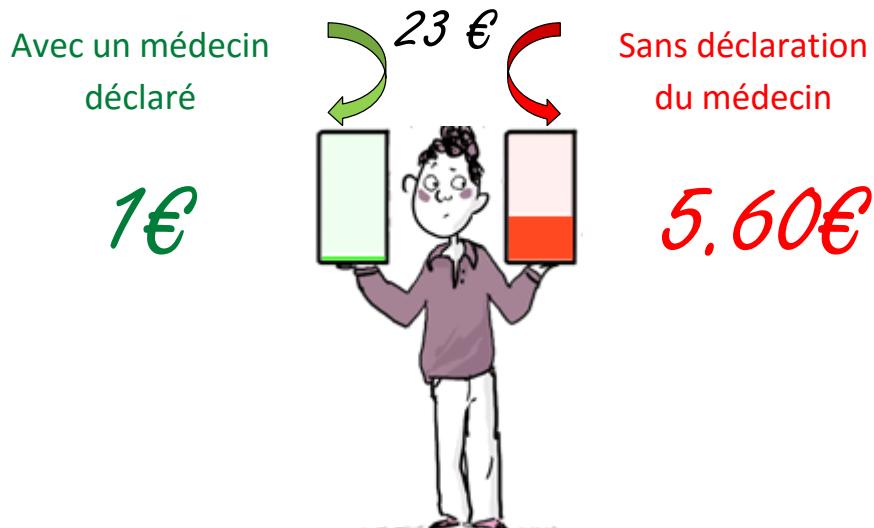
Spécialistes que vous pouvez voir en accès direct :

- Dentiste
- Gynécologue
- Pédiatre
- Psychiatre
- Ophtalmologue



⇒ Pourquoi déclarer son médecin traitant ? Des restes à charges différents !

Tarif :



Exemple calculé en juillet 2015

Être bien couvert

La carte vitale

- Remplace la feuille de soins = **aucun papier à remplir**
- **TIERS PAYANT** = vous ne payez pas la part Sécurité Sociale



En cas de perte ou de vol, déclarez le !

VRAIMENT VITAL !



⇒ Pourquoi ? Pour en avoir une nouvelle le plus rapidement possible

⇒ Où ? Directement sur le site de l'assurance maladie

→ http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/declarationperte-vol-carteVitale-VF-1.pdf

La Carte Européenne d'Assurance Maladie en Union Européenne!



- Remboursement simplifié
- Facilite l'accès aux services publics de soins du pays de séjour



→ https://assure.ameli.fr/PortailAS/appmanager/PortailAS/assure?_somtc=true

- La Carte Européenne d'Assurance Maladie **garantit** le remboursement des soins médicaux couvert par la sécurité sociale du pays de séjour
- Avec la carte le patient peut, **SELON LES PAYS**, bénéficier du remboursement sur place par l'organisme de sécurité sociale du pays de séjour

Le Contrat d'Accès aux soins (CAS)

- Des tarifs sans dépassement
- De meilleurs remboursements

↳ Médecin avec un Contrat d'Accès aux Soins : <http://ameli-direct.ameli.fr/>

⇒ Pourquoi avoir un médecin avec Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ?



Avec CAS = remboursement **24,20€**

Sans CAS = remboursement **19,70€**



Médecins conventionnés et médecins non conventionnés

- Secteur 1 : tarif Sécurité Sociale
- Secteur 2 : tarif Sécurité Sociale et dépassements d'honoraires limités
- Médecins non conventionnés : tarifs totalement libres, sans limite



Les bons tuyaux - Pensez-y !

Trouvez un médecin



-Avec le site de l'Assurance Maladie,
<http://ameli-direct.ameli.fr>

-Avec la mutualité française,
<http://www.centres-sante-mutualistes.fr/>

-Aux Centres Hospitaliers Universitaires,
40% à 50% de remise sur des soins réalisé par des étudiants

-En hôpital,

-En Maison de Santé Pluridisciplinaire.

-Le tarif de la consultation,

-La pratique d'un tiers payant,

-Devis à la mutuelle, et connaitre son remboursement.

-Les tarifs peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

-**Attention** aux différents génériques parfois plus chers que les médicaments de marque !

⇒ Le moins cher n'est pas toujours celui qu'on pense

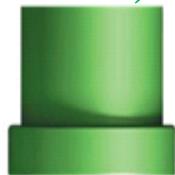
-Les parapharmacies se développent sur internet, cela mérite un coup d'œil !

-Écart pupillaire sur l'ordonnance pour l'optique en ligne.

-Lunettes, demander des devis chez plusieurs opticiens et sur internet, avec des **explications claires** !

-Aujourd'hui, il est possible de commander ses lentilles sur internet = **économie**

Optique (exemple ci-dessous)



1001 Bons gestes

-Coaching de l'assurance maladie : conseils personnalisés, jeux, et des exercices pratiques.

-Plusieurs programmes : [Nutrition](#), [Santé du cœur](#), [Santé du dos](#).

-Un espace « santé active » :

40 avenue Kennedy

mardi de 14h à 19h,

68100 Mulhouse

mercredi à vendredi de 10h à 19h

03.89.21.79.00

samedi de 10h à 17h.

<http://www.ameli-sante.fr/coaching-sante-active/coaching-sante-active-1001-bons-gestes-pour-votre-sante.html>

Site d'information de la santé



-Les bons gestes au quotidien : vous n'êtes pas seul(e) à vous poser des questions

-Situations d'urgence : de la brûlure à la morsure de serpent, que faire ?

<http://www.ameli-sante.fr/>

Les numéros gratuits

Samu : 15

Pompiers : 18

Appel d'urgence européen : 112

Centre anti-poison de Strasbourg : 03.88.37.37.37

Application mobile de l'Assurance Maladie

« Ameli » dans l'Apple Store ou dans Google Play

-Facilite le quotidien :

Relevé mensuel de santé,

Accès aux attestations,

Commander sa Carte Européenne d'Assurance Maladie,

Trouver le professionnel de santé qu'il vous faut, autour de vous.

Tabac, alcool, alimentation, activité physique, surpoids, exposition aux rayonnements UV, radon, cancers professionnels... Pour aider chacun à adopter des stratégies de prévention utiles, l'institut national du cancer propose un test en ligne.

Prévention cancers : le test, 3 minutes pour faire le point »

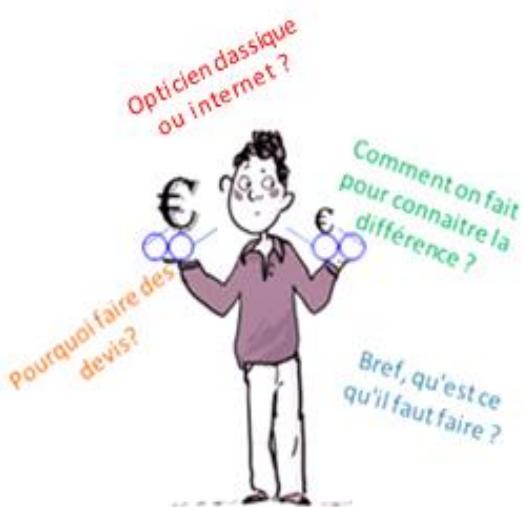
Quand on pense au cancer, on évoque souvent la fatalité, l'âge, les risques héréditaires ou l'environnement. Mais en réalité, 40% des cancers sont liés à nos modes de vie et pourraient donc être évités.

POUR RÉDUIRE VOTRE RISQUE DE CANCER,
répondez au test et découvrez vos résultats.

COMMENCEZ >

→ <http://www.e-cancer.fr/prevention-cancers-le-test>

Exemple : Optique ⇒ Les lunettes et dépenser moins, c'est possible ?



Chez un Opticien classique :

- Choisir sa monture
- Choisir son type de traitement (aminci, anti-reflet...)
- Montrer l'ordonnance à son opticien
- Demande de devis à transmettre à sa mutuelle pour connaitre son reste à charge
- ⇒Paiement avec ou sans avance de frais

Vous pouvez effectuer cette démarche auprès de plusieurs opticiens et choisir celui où le reste à charge sera le moins important !

Sur internet, l'exemple de easy-verre.com

- Choisir sa monture (possibilité de prendre une photo ou de se voir via sa webcam)
- Choisir son type de traitement
- Sélectionner l'opticien partenaire près de chez soi
- S'inscrire sur le site & montrer l'ordonnance :
 - Soit de suite avec un scan de l'ordonnance
 - Soit plus tard par téléchargement, par fax, ou par courrier

⇒Paiement :

- Soit directement et réception de la feuille de soins pour remboursement en différé
- Soit demande de tiers payant en ligne
- Réceptionner un coffret avec la monture et les verres séparés, aller chez l'opticien partenaire choisi qui devra SEULEMENT faire le montage, ajustage et centrage (déjà payé sur le site easy-verres)

Vous pouvez comparer les prix avec d'autres sites, et avec les prix des opticiens classique !

Exemple fait en août 2015



Préventions



Les étapes du programme M'T dents

1. **Invitation** par courrier personnalisé pour les enfants de 6, 9, 12, 15, 18 ans
2. Prendre **Rendez-Vous**
3. Examen bucco-dentaire **gratuit**

Dépistages



<i>Dépistage</i>	<i>Qui ?</i>	<i>Remarque</i>	<i>Quoi ?</i>
Cancer du sein	-Les femmes entre 50 et 74 ans	Tout antécédent familial signalé	Programme de dépistage
Cancer du col de l'utérus	-Les femmes de 25 à 65 ans -Vaccination à partir de 11 ans	Via un gynécologue	Frottis de dépistage tous les 2 ans
Cancer de la prostate	-Les hommes de plus de 50 ans	Via le médecin traitant	Dépistage recommandé
Cancer colorectal	-Pour les personnes entre 50 et 74 ans	Tout antécédent familial doit être signalé	Dépistage, tous les deux ans
Cancer de la peau	-Tout le monde -A tout âge	Examens par un dermatologue	Suspicion
Cancer de la bouche	-Vigilance pour les fumeurs et consommateurs réguliers d'alcool	Via chirurgiens-dentistes	Masse anormale

→ <http://www.e-cancer.fr/depistage>

Les remboursements à l'étranger



Un assuré averti en vaut 2 !!!

Avant de partir en vacances dans un autre pays = se renseigner :

- ⇒ S'informer du niveau de couverture médicale et de l'état sanitaire du pays,
- ⇒ Vérifier quels sont les vaccins nécessaires,
- ⇒ Repérer l'Ambassade et les Consulats français ⇒ diplomatie.gouv.fr
 - Ils peuvent fournir une liste de médecins parlant français
- ⇒ Selon le pays, il peut être recommandé de souscrire à un contrat d'assistance et d'assurance voyage (rapatriement et remboursements particuliers).

Les soins en Europe

La sécurité sociale permet la prise en charge des soins médicaux selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour.

Pensez à garder vos factures !

La **MCA**, intervient **uniquement** pour les soins réalisés dans l'Union Européenne, d'où l'utilisation de la **Carte Européenne d'Assurance Maladie**.

- Avant de partir, prévenir la mutuelle
- De retour en France donner à la mutuelle les factures détaillées :
 1. Traduites en Français,
 2. Détail du type d'actes (chirurgie, anesthésie, analyses...),
 3. Le montant en € pour chaque type d'acte.

⇒ Pensez à photocopier tous les éléments du dossier !!!

Cogévie (en attente)

Les soins hors Europe



Seuls les soins urgents et imprévus sont remboursés par la Sécurité Sociale.

1. Conservez **tous** les justificatifs et factures originales acquittées,
2. Règlement sur place, payez **tous** les soins sur place,
3. De retour en France, présentez les factures à l'assurance maladie,
4. Remboursement limité à ce qui aurait été accordé pour des soins faits en France

⇒ Pensez à photocopier tous les éléments du dossier !!!



Annexes

Pays de l'UE

La MCA intervient uniquement pour les soins réalisés dans l'UE et faisant l'objet d'une participation de la sécurité sociale, d'où l'utilisation de la carte Européenne d'assurance maladie.

Liste des États membres de l'Espace Économique Européen (E.E.E.) :

- les 27 États membres de l'Union européenne (U.E.) : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, le Danemark, l'Espagne (y compris les îles Baléares et les Canaries), l'Estonie, la France (la métropole, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane française, la Réunion), la Finlande, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni (l'Angleterre, l'Ecosse, les Pays de Galles, l'Irlande du Nord, Gibraltar), la Slovaquie, la Slovénie, la Suède ;
- l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège

Cogévie (en attente)

Les points d'accueil de la CPAM du Haut-Rhin

Mulhouse : 26 avenue Robert Schuman 68 100 Mulhouse, ouvert du lundi au vendredi de 8h à 16h.

Saint-Louis : 88 rue de Mulhouse 68 300 Saint-Louis, ouvert du lundi au vendredi de 8h à 16h.

Plus d'information sur <http://www.ameli.fr>