



CIRCULAIRE INTÉRIEURE AUX MEMBRES DES COMITÉS CONSULTATIFS

**DECEMBRE
1990**

Nouvelle série n°7

Nos Comités consultatifs sont loin d'être des chambres d'enregistrement

Le Comité de la Drôme s'interroge sur le devenir de l'Association à côté de la Société ALPTIS/GESTION SA dont le rôle est de plus en plus important. Pour lui le problème que l'Association doit résoudre est le suivant :

"Comment, dans l'optique européenne, devenir vraiment un partenaire valable auprès des professionnels de la santé et des pouvoirs publics en augmentant la taille de l'Association, en maintenant un effectif de jeunes adhérents mais en gardant l'option choisie de Vie Associative ?"

Le Comité du Nord demande l'organisation d'une réunion d'information ouverte à tous les adhérents de la région.

Elle a été fixée au vendredi 12 mars 1991 à Lille, la veille de la conférence de coordination des Présidents de Comités.

Le Comité de la Rochelle est résolument pour l'extension du tiers pharmacie et hospitalisation aux analyses de laboratoire et aux actes de radiologie. Il a conscience de l'obligation de renforcer les structures au fur et à mesure de la croissance des effectifs.

Le Comité du Maine & Loire estime que les changements d'option donnent lieu à des abus qui doivent être évités. Il souhaite qu'une fois sur deux à tout le moins, un collaborateur qualifié d'ALPTIS/GESTION SA assiste aux réunions des Comités.

Le Comité de Toulouse recommande que les Comités puissent être contactés par les adhérents ayant à résoudre des problèmes pratiques ou des questions à poser, à charge pour le Comité de saisir la Direction de l'ALPTIS.

Le Comité de l'Indre ne croit pas qu'en sa forme actuelle le parrainage envisagé puisse donner des résultats tangibles, s'il ne s'accompagne pas de dispositions incitatives favorables pour les parrains.

DROME

NORD

LA ROCHELLE

MAINE & LOIRE

TOULOUSE

INDRE

Vue partielle d'un atelier de travail au cours de notre dernière Assemblée Générale.



CHER

Le Comité du Cher demande que des propositions soient présentées concernant l'assurance dépendance. Il pense indispensable qu'ALPTIS affirme son caractère associatif et fonde son développement sur cette originalité.

HAUTES-ALPES et ALPES DE PROVENCE

Le Comité des Hautes-Alpes et des Alpes de Provence considère que les membres des Comités n'ont pas à intervenir en ce qui concerne le développement des effectifs si ce n'est dans leur entourage par le bouche-à-oreille. Le concours des professionnels est indispensable. Concernant ceux des membres des Comités qui cessent de participer aux réunions, le Comité propose de les interroger individuellement. Un gros effort de réflexion doit être fait par la Direction pour fournir aux Comités les éléments qu'ils doivent posséder afin d'effectuer un travail efficace.

AUBE

Le Comité de l'Aube réclame un livret de l'adhérent qui réponde aux questions habituellement posées par les nouveaux inscrits. La déductibilité fiscale des cotisations de la complémentaire médico-chirurgicale reste un objectif à atteindre.

ALSACE

Le Comité d'Alsace prépare une croisière sur le Rhin en Mai. Il propose que les réunions (Assemblées Générales, Conférences) aient lieu le dimanche ou le lundi pour permettre aux Commerçants et Artisans d'y participer.

BORDEAUX

Le Comité de Bordeaux souhaite que l'Association prenne position sur l'utilisation des médecines dites douces, considérant qu'un certain nombre d'adhérents responsables utilisent ces médecines dites douces sans pouvoir prétendre à un remboursement en dépit du fait que ces traitements ont en règle générale un coût plus faible que celui de la médecine traditionnelle.

RENNES

Le Comité de Rennes considère que refuser de pratiquer le tiers payant pharmacie au motif qu'il engendrerait une hausse de la consommation, constituerait un combat d'arrière garde. S'agissant des contacts que les Comités sont invités à nouer dans chaque région entre les autres Associations, Mutuelles et Caisses de prévoyance, le Comité de Rennes ne croit pas possible qu'il puisse y être donné suite sans l'assistance de techniciens et en l'absence de schémas précis. Il demande l'ouverture d'un numéro vert à Lyon permettant à chacun de trouver réponse à son problème.

GRENOBLE

Le Comité de Grenoble regrette le processus consistant à considérer les membres des Comités comme des agents recruteurs bénévoles. Il estime qu'il appartient au siège d'organiser la nécessaire formation de ses membres. Il préconise un rajeunissement des effectifs et souhaite connaître le nombre d'adhérents par classes d'âge. Il s'interroge sur l'opportunité de vouloir contenir la croissance des dépenses de santé.

AGEN

Le Comité d'Agen pense que les accords de modération envisagés par quelques uns seront difficiles à réaliser. Il propose que soit offerte aux adhérents la possibilité de prendre en charge les dépassements tarifaires des praticiens. Il suggère que des avantages spécifiques soient offerts aux enfants des adhérents lorsqu'ils quittent le domicile de leurs parents et travaillent.

Le Comité des Côtes d'Armor pense qu'ALPTIS doit avoir pour projet d'être l'Association qui offre les meilleurs contrats. Il pense que le rôle des Comités n'est pas de démarcher au nom d'ALPTIS dans quelque but que ce soit. Il pense que l'ALPTIS n'a pas à développer quelque concept philosophique ou moral que ce soit, mais doit adapter produits et services en fonction de la demande. Il estime que les avantages qui résultent de l'adhésion de jeunes sont le meilleur moyen de fidéliser les membres de l'Association. Il suggère que les assurés saisissent d'abord de leurs éventuelles réclamations, les membres des Comités Consultatifs, à charge pour ces derniers de transmettre à la Direction les problèmes qui doivent l'être.

Le Comité du Loiret estime indispensable de sauvegarder le caractère de l'ALPTIS, Groupement d'Assurés responsables, même si cette contrainte limite le recrutement. Il suggère que soit accentués les avantages consentis aux jeunes afin de faciliter leur adhésion.

Le Comité de Saône & Loire souhaite que les Présidents des Comités prennent une part plus active à l'organisation des débats qui ont lieu au cours des ateliers de travail et soient davantage mis à contribution.

Le Comité de Haute-Marne estime que la maîtrise de l'augmentation annuelle des cotisations est prioritaire. Il considère que la compétitivité, condition essentielle du développement, exige une gestion économique et la limitation des dépenses non strictement indispensables.

Le Comité des Bouches-du-Rhône recommande que la sélection médicale à l'entrée des nouveaux adhérents soit effectuée avec discernement et tienne compte des progrès de la médecine.

Le Comité de la Nièvre pense que sans sous estimer les difficultés nées de la croissance continue des dépenses de santé, le problème majeur est celui du maintien du pouvoir d'achat des retraités. ???

Le Comité du Gard demande que la possibilité matérielle soit donnée aux Comités de développer des actions de communication.

A la lecture des communiqués que nous leur faisons parvenir et de ceux qu'ils recevront au cours des prochains mois, les membres de nos comités se convaincront, si besoin était, de l'utilité de leur rôle.

Les aménagements apportés ou qu'il est prévu d'apporter dans le fonctionnement de nos services, dans le contenu de nos garanties aussi bien que dans l'organisation même de la vie de notre Association s'inspirent de leurs suggestions.



COTES D'ARMOR

LOIRET

SAONE & LOIRE

HAUTE-MARNE

BOUCHES DU RHONE

NIEVRE

GARD

Toujours au cours de notre dernière Assemblée Générale.

Nous ferons, en janvier prochain, le bilan des adhésions nouvelles enregistrées en 1990. Il devrait être positif grâce à votre concours !

Statistiques... Statistiques...
Statistiques... Statistiques... Statistiques...
Statistiques... Statistiques... Statistiques...
Statistiques... Statistiques... Statistiques...
Statistiques... Statistiques... Statistiques...
Statistiques... Statistiques... Statistiques...
Statistiques... Statistiques... Statistiques...

Nouveau cycle de conférences communes à Lyon :

**ALP
ALPTIS
CAMEC
APICIL-ARCIL**

Faut-il modifier la forme de nos Assemblées Générales ?

RAPPEL

■ **APPRECIS** regroupe les salariés des entreprises ayant adhéré collectivement aux contrats groupes mis au point à leur intention.

■ **AGAPAM** est une Association de Prévoyance dont le champ de recrutement se limite à l'Aveyron, son siège est à Rodez.

QUELS THEMES POUR LES PROCHAINS ATELIERS DE TRAVAIL...?

En sachant qu'aucun sujet n'est tabou, adressez-nous vos suggestions.

La tenue d'ateliers groupant chacun 40 à 60 participants pourvu qu'ils soient bien préparés, bien conduits, constitue une méthode éprouvée pour déterminer une orientation et affermir un projet commun.

UNE DATE À RETENIR

Le samedi 13 avril 1991, à l'Hôtel Tween, 32 place de la Gare, à Lille, conférence annuelle de coordination des 74 Présidents des Comités de l'ALPTIS.

Vous avez été une centaine à nous adresser des demandes d'envoi de documentation à telle ou telle de vos connaissances.

Nos services les ont satisfaites aussitôt ou les ont transmises à un professionnel de l'assurance qualifié demeurant à proximité du domicile de l'intéressé.

Ceci en plus des formulaires que vous aurez fait parvenir directement à vos Assureurs Conseils respectifs comme nous vous y avons invité.

A la date du 29 novembre 1990, ventilation des adhérents chefs de famille par classes d'âge et âge moyen ➡

	ALPTIS	AGAPAM	APPRECIS
moins de 20 ans	1,40 %	1,90 %	1,30 %
de 21 à 30 ans	20,30 %	20,90 %	32,50 %
de 31 à 40 ans	30,70 %	28,40 %	30,90 %
de 41 à 50 ans	25,90 %	23,00 %	23,40 %
de 51 à 60 ans	13,00 %	14,50 %	9,30 %
de 61 à 65 ans	5,10 %	7,60 %	1,70 %
+ de 65 ans	3,60 %	3,70 %	0,90 %
Age moyen	40,11 %	40,73 %	35,93 %

■ **Mardi 19 février 1991**

Accueil et soutien des personnes âgées dépendantes, un pari pour demain.

Quelle place pour des formules innovantes par Marie-Jo GUISSET, Responsable des actions personnes âgées à la Fondation de France à Paris et déléguée régionale des programmes d'actions prioritaires à la D.R.A.S.S. à Lyon.

■ **Mardi 19 mars 1991**

La place de l'assurance maladie complémentaire dans l'Europe des années 1990 par Dominique COUDREAU, chargé de mission du département santé auprès de la Direction Générale de l'U.A.P. Paris et ancien Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

■ **Mardi 9 Avril 1991**

Le recensement de 1990 en Rhône-Alpes : premiers résultats par Jean Edouard ROCHAS, Directeur régional de l'INSEE.

Plusieurs centaines d'adhérents ont profité de la possibilité qui leur était donnée de faire connaître leur opinion.

Quelques uns ont suggéré de faire précéder nos Assemblées Statutaires par des Assemblées régionales préparatoires qui désigneraient des délégués, fût-ce de manière informelle, puisque nos statuts ne prévoient pas pour le moment ce mode de représentation.

D'autres ont proposé de tenir une Assemblée très large tous les 2 ans seulement et de se limiter dans l'intervalle à une Assemblée statutaire moins coûteuse.

C'est vrai qu'actuellement, le coût de la tenue de nos Assemblées Générales Annuelles varie de 800 000 à 1 200 000, soit à peu près 12 F par an et par chef de famille assuré.

EXTRAITS DU DÉBAT SUR LA LOI EVIN

à Lyon, le 7 octobre 1990

au cours de l'Assemblée Générale de l'ALPTIS



Jean-Marie LE GUEN, Député de Paris et Rapporteur de la Loi EVIN du 31 décembre 1989, ne pouvait être physiquement présent à ce débat qui prenait place au centre du Congrès de l'ALPTIS.

C'est pourquoi il avait accepté, quelques jours auparavant, de répondre à nos questions au cours d'une interview à l'Assemblée Nationale. Cette interview avait été filmée.

Le principe de ce débat, animé par Jean-Yves CALVI, journaliste à Télé Lyon Métropole "TLM" était donc le suivant :

- les questions posées par ALPTIS étaient annoncées et commentées pour éclairer un public d'environ 300 délégués.
- la réponse de Monsieur LE GUEN était diffusée en vidéo.
- réagissaient alors :
 - Jean-François CLEMENT, conseiller juridique et fiscal à Lyon, Vice-Président d'ALPTIS,
 - Michel MAGNAN, médecin à Marseille, et Francis DUPONT, avocat à Lille, tous les deux administrateurs d'ALPTIS.

1^{ère} question

Nous connaissons depuis plusieurs années une très vive concurrence entre les divers organismes assureurs, visant à proposer des tarifs toujours plus compétitifs, principalement pour les contrats de groupes fermés (à adhésion obligatoire). Cette situation, nous le constatons en tant qu'Association d'assurés, a quelques effets négatifs.

En particulier celui d'élaguer au maximum la couverture offerte, en excluant trop souvent les plus faibles : les retraités, les invalides, les licenciés, les salariés appartenant à des entreprises disparues...

Est-ce pour chercher à enrayer

cette guerre de la concurrence que le législateur est intervenu ?

Est-ce la raison pour laquelle l'essentiel des aménagements apportés par la Loi vise les assurés en groupes fermés ?

Jean-Marie LE GUEN. – Vous avez mis le doigt, je crois, sur une évolution des pratiques en matière de prévoyance complémentaire qui était fort inquiétante. En effet, on voyait se développer une concurrence, mais dans tout ce qu'elle avait de plus négatif, c'est-à-dire que n'était pas véritablement pris en compte le droit des assurés, que les contrats devenaient de plus en plus complexes avec des

clauses qui étaient écrites en lettres minuscules et qui figuraient "dans un coin". Bref, très souvent, l'usager des contrats de prévoyance n'était pas garanti par bien des manières.

Or, on ne peut pas demander aux consommateurs que nous sommes tous de connaître et de comprendre l'ensemble des éléments juridiques d'une bonne protection.

Ce que nous avons voulu, c'est, à la fois, harmoniser les contrats qui sont proposés, et les harmoniser vers le haut, en faisant en sorte que ceux qui étaient exclus puissent être réintégrés fort légitimement dans une prévoyance sociale complémentaire afin que



De gauche à droite : Jean-Yves CALVI, journaliste à T.L.M., Jean-François CLEMENT, Vice-Président de l'ALPTIS.

les véritables risques, ceux des drames qui se produisent dans la vie des personnes autour de nous, puissent être couverts préalablement par de bons contrats de prévoyance complémentaire.

Jean-François CLEMENT. — *Ce que vient d'indiquer Monsieur LE GUEN est, je crois, très important.*

ALPTIS a souffert et continuera vraisemblablement à souffrir d'une fausse présentation d'un certain nombre de produits.

Il est bien évident qu'il faut, pour analyser un bon contrat ou pour savoir si ce contrat est convenable, prendre en compte tous les paramètres. En effet, si l'on propose à l'adhésion un contrat qui est peu onéreux, mais qui peut être résilié à tout moment suivant la volonté de l'assureur, il s'agit, en fait, d'un marché de dupes. Mais, à l'instant T où la personne contracte ce contrat, celle-ci sait qu'il s'agit là du produit le moins cher sur le marché. Donc, cette personne peu éclairée qui est isolée va se rendre vers ce qui est immédiatement son intérêt, sans être en mesure de juger des risques qu'elle peut prendre,

pouvant se trouver ensuite dans une situation extrêmement délicate car, lorsque le risque se sera déclenché, il sera beaucoup plus difficile de couvrir la personne en question.

2^{ème} question

L'article 6 prévoit le caractère viager des garanties après 2 ans de cotisation. Nous applaudissons d'autant plus volontiers que les garanties offertes par ALPTIS à ses adhérents étaient déjà viagères dès l'adhésion, depuis la création de l'Association. Mais ce progrès ne nous paraît pas encore aller jusqu'au bout de la question. D'où notre interrogation :

N'y aura-t-il aucun frein à la possibilité laissée aux assureurs de résilier pendant les deux premières années lorsque la résiliation sera consécutive à la dégradation de l'état de santé de l'assuré ?

Jean-Marie LE GUEN. — *Un assureur qui aurait une pratique systématique d'élimination et de chasse à celui qui consomme, très rapidement, se trouverait limité par son propre marché.*

Je crois qu'il appartient aux personnes qui souhaitent s'assurer de façon individuelle, tout d'abord de le faire en n'attendant pas d'être malades ou âgées. Il est clair, en effet, que si tant est qu'elles trouvent une police d'assurance, elles la trouveront à un prix évidemment beaucoup plus élevé. On ne peut pas, encore une fois, attendre d'être malade pour avoir droit à des prestations complémentaires maladie, par exemple, ou de revenu de substitution.

Pour en revenir à cette affaire des deux ans, il est, je crois, légitime de mettre en œuvre des pratiques, du côté des assureurs comme du côté des assurés, qui assurent la transparence de ces méthodes-là. Je crois qu'à l'évidence, il faudra que ceux qui proposent des contrats le fassent dans le cadre d'une certaine éthique et que, par conséquent, les assurés soient capables de s'organiser pour connaître et comprendre la valeur, y compris morale en quelque sorte, des contrats qu'on leur propose.

Jean-Yves CALVI. — *On peut rappeler le type de contrat qui est proposé par ALPTIS ?*

Jean-François CLEMENT. — *L'adhésion est viagère dès le jour*



De gauche à droite : Michel MAGNAN, Francis DUPONT, Administrateurs de l'ALPTIS.

de la souscription du contrat, sachant que ceci a été mis en place bien avant que le législateur se préoccupe de ce problème et que nous sommes, de plus, bien en avance sur ce dernier puisque celui-ci donne, finalement, et c'était le titre de votre question, une certaine incertitude à l'assuré.

3^{ème} question

N'y a-t-il pas une certaine contradiction à permettre une période d'observation de deux ans tout en laissant les assureurs exiger à la souscription un questionnaire médical fouillé ?

Jean-Marie LE GUEN. — *Je crois que, là, vous faites référence à une pratique que le législateur a voulu limiter car il y a, au travers du questionnaire médical, tout d'abord une certaine "science de Diafoirus"... puis, parfois, des atteintes à la vie privée qui nous posent problème.*

Là encore, le consommateur, l'utilisateur, celui qui va prendre une police d'assurance doit comprendre que l'on ne peut pas lui demander outrageusement, à la fois, des garanties, pour l'assureur, dans un sens et dans un autre. C'est donc à lui

de choisir ceux qui, parmi les contrats de groupe ouverts ou les contrats individuels, lui permettent d'avoir des prestations qui lui apportent la meilleure garantie.

D'où l'intérêt, d'ailleurs, des contrats de groupe ouverts par rapport à la somme des contrats individuels.

4^{ème} question

L'article 3 prévoit, donc, en théorie, s'agissant des assurés en contrats collectifs ouverts (à adhésions libres) ou en contrats individuels, que l'assureur devra désormais prendre en charge les suites des états pathologiques antérieurs.

Jean-Marie LE GUEN. — *Tout l'article du projet de Loi est inspiré de la philosophie d'une sorte de péréquation, d'une part, entre bien-portants et malades, et, d'autre part, entre jeunes et moins jeunes qui, en général, ont une consommation de prévoyance complémentaire plus importante.*

Nous ne pouvons pas favoriser la prévoyance complémentaire négociée — qu'elle soit ouverte ou fermée — et, dans le même temps, créer des droits pour ceux qui

viennent, à la fois, individuellement et tardivement à cette prévoyance complémentaire.

Ceci explique dans un premier temps qu'il appartient à l'assureur de noter les états pathologiques antérieurs qu'il refuse de prendre en charge. Par contre, il est de la responsabilité des assureurs de faire la preuve que la maladie dont souffre la personne assurée était effectivement antérieure au contrat.

C'est donc à l'assureur de faire la preuve et non pas, comme c'était trop souvent le cas jusqu'à présent, au malade de faire la preuve de sa bonne foi.

5^{ème} question

L'article 6, après avoir énoncé le caractère viager des garanties au bout de deux ans, prévoit que les tarifs d'un type de garantie ou de contrat ne peuvent être augmentés qu'uniformément pour l'ensemble des assurés souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

Ces mesures, liées aux nouveaux droits des assurés, ne risquent-elles pas d'entraîner de la part des assureurs des augmentations préventives de cotisations ?

Jean-Marie LE GUEN. — *Il est possible que, pour des raisons notamment d'ordre psychologique, dans un premier temps, à l'application de cette Loi, les assureurs soient tentés d'augmenter les tarifs. Mais je dirai que cette augmentation est aussi un gage de la qualité. (...)*

6^{ème} question

L'ALPTIS offre des contrats où l'assuré garde toute sa vie la tranche d'âge qu'il avait au moment de son adhésion.

Qu'en pensez-vous ?

Jean-Marie LE GUEN. — *Ce type de contrat "AGE A L'ADHESION", comme vous le définissez, est tout à fait dans l'esprit de la Loi, car il s'agit effectivement d'assurer, sur l'ensemble de la vie, une qualité de prestation et de ne pas se retrouver, en fait, avec de faux systèmes d'assurance, systèmes faisant que l'on ne paie rien car on ne consomme rien lorsqu'on est jeune et que l'on paie beaucoup car on consomme beaucoup lorsqu'on est âgé. Dans ce cas-là, la mutualisation n'a plus de sens et une telle démarche aboutit au fait que plus personne ne se mutualise et, par conséquent, à une faillite des systèmes de prévoyance complémentaire collective.*

Jean-François CLEMENT. — *Ce contrat est, je crois, tout à fait original et a été proposé pour inciter les jeunes à faire acte de prévoyance le plus tôt possible.*

Nous sommes convaincus, à ALPTIS, et nous le demeurons, que la prévoyance est un acte volontaire et que cet assistanat général dans lequel se complet le citoyen français est un état détestable et que le réveil sera incontestablement douloureux un jour ou l'autre.

7^{ème} question

L'article 9 interdit les remboursements qui excèdent les frais réellement engagés par l'assuré.

Cet article remet-il en cause l'existence des contrats du type "indemnité forfaitaire en cas d'hospitalisation" destinés à couvrir forfaitairement les frais annexes entraînés par l'hospitalisation d'un membre de la famille ?

Jean-Marie LE GUEN. — *Ce qui était visé dans cette affaire, c'étaient les publicités un peu scandaleuses qui pouvaient laisser croire aux gens que le fait d'être malade allait leur apporter des revenus supplémentaires à ce qu'ils auraient gagné normalement. Il y avait là, je crois, quelque chose de choquant. C'est donc ce qu'a voulu dire la*

Loi et elle a eu, à mon avis, raison de le dire. Mais elle n'interdit évidemment pas les revenus de remplacement lorsque l'on est malade.

J'imagine d'ailleurs que les décrets préciseront les choses dans ce sens.

Les pratiques de dumping.

(question abordée spontanément par Monsieur LE GUEN)

Je crois que nous devrions être beaucoup plus vigilants sur les pratiques de dumping en matière de contrat d'assurance ou de prévoyance complémentaire. Je réfléchis, pour ma part, à l'idée consistant à faire intervenir, dans le cadre de la législation actuelle, un amendement, notamment à cette Loi, prévoyant l'interdiction de contrats de dumping et permettant éventuellement à la Direction de la Concurrence ou à la Direction des Assurances d'intervenir dans ce domaine.

En effet, je crois que, là encore, il existe des pratiques de concurrence qui sont déloyales et qui aboutissent, in fine, à un abaissement du droit des assurés. Ce serait l'un des moyens de défense de leurs droits. (...)

