



AVIS D'APPEL À MANIFESTATION D'INTÉRÊT (AMI) POUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE COMMUNALE VILLEBONNAISE

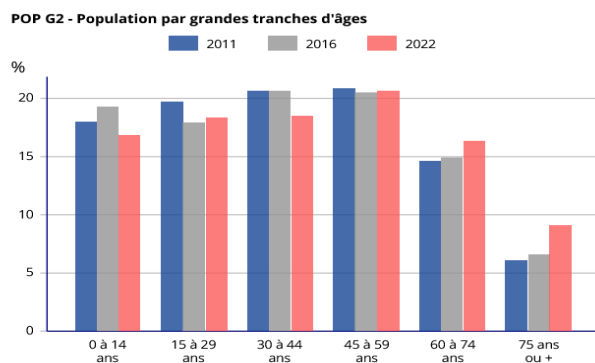
Contexte

Située dans le Nord-Ouest Essonne, la commune de Villebon-sur-Yvette compte 10500 habitants au 1^{er} janvier 2026 (selon l'INSEE). Elle se situe dans la vallée de Chevreuse et fait partie de la Communauté d'Agglomération de Paris-Saclay.

La ville dénombre environ 22.8 % d'habitants de moins de 20 ans et 25.5 % de plus de 60 ans.

Répartition de la population par tranche d'âge :

POP G2 - Population par grandes tranches d'âges



Sources : Insee, RP2011, RP2016 et RP2022, exploitations principales, géographie au 01/01/2025.

À la suite du diagnostic de l'offre de santé réalisé sur le territoire par l'Union Régionale des Professionnels de Santé, la ville a adopté une politique de santé visant à renforcer l'accès aux soins. Elle a notamment facilité l'installation de praticiens en créant une maison de santé et en mettant à disposition ces locaux à un coût attractif. Cette structure a ouvert ses portes en 2022.

Cette dynamique s'est poursuivie par des actions de prévention, comme la journée santé organisée en 2025, consacrée à la sensibilisation des habitants au dépistage, en particulier des cancers.

Parallèlement, la commune a identifié que l'accès à une couverture santé complémentaire demeurerait pour de nombreux habitants un enjeu majeur (personnes âgées, jeunes actifs et foyers à revenus modestes).

Aussi, afin de renforcer son engagement en faveur de la santé pour tous, la commune souhaite désormais favoriser l'accès aux soins en permettant la mise en place d'une mutuelle communale proposant aux habitants **une offre de complémentaire santé accessible sans condition d'âge ni de santé.**

Cette démarche s'appuie sur la forte mobilisation constatée lors de l'enquête réalisée en 2025 auprès des Villebonnais, qui a recueilli la participation de 305 foyers et permis de mesurer leurs besoins et attentes en matière de mutuelle.

Parmi les répondants, 94 % déclarent bénéficier d'une mutuelle tandis que les personnes non couvertes précisent majoritairement ne pas en disposer en raison :

- Du cout trop élevé (80 %),
- D'une couverture jugée insuffisante,
- D'un manque d'information.

Malgré un taux d'équipement élevé, 64,5 % des personnes déjà couvertes ne sont pas satisfaites de leur mutuelle actuelle. Cette insatisfaction s'explique principalement par :

- Un coût jugé trop important (85 %),
- Une couverture insuffisante (58 %),
- L'absence d'un interlocuteur dédié (10,5 %).

L'enquête montre également que 59 % des répondants paient une cotisation mensuelle supérieure à 100 € par personne, tandis que plus de 20 % s'acquittent d'une cotisation située entre 60 € et 100 €.

Concernant les besoins de santé, 94 % des répondants déclarent en avoir de spécifiques, notamment :

- Optique : 92 %,
- Dentaire / orthodontie : 82 %,
- Dépassements d'honoraires : 72 %,
- Médecine douce : 46 %,
- Soins spécifiques (infirmiers, autres) : 32 %,
- Audition : 29 %.

L'intérêt pour les administrés d'une mutuelle communale apparaît important : près de 90 % des répondants se déclarent potentiellement intéressés, sous réserve que les besoins identifiés soient satisfaits, en particulier :

- Un bon niveau de couverture (95 %),
- Un tarif inférieur à celui de leur contrat actuel (83 %),
- Un interlocuteur direct identifié (35 %),
- Une prise d'effet rapide (32 %).

Les répondants se caractérisent majoritairement par un profil senior, avec 70 % âgés de plus de 60 ans, et une composition des foyers allant :

- De 30 % de personnes seules,
- À 42 % de foyers de deux personnes,
- Tandis que plus de 20 % déclarent vivre dans un foyer de 3 ou 4 personnes.

Au vu des résultats de cette enquête, il ressort une attente forte de la population de pouvoir disposer d'une prestation de mutuelle moins chère, mieux adaptée à leurs besoins spécifiques exprimés et offrant un lien de proximité avec un interlocuteur dédié, notamment via des permanences physiques régulières sur la commune.

Dans ce contexte et afin d'apporter une réponse le plus en adéquation possible avec les besoins des habitants, le présent appel à manifestation d'intérêt a donc été construit à partir des attentes formulées.

1. Objet de l'AMI

Le présent AMI vise à identifier un organisme de complémentaire santé capable de proposer :

- Une offre de complémentaire santé adaptée aux besoins des habitants,
- Des garanties de qualité à un tarif préférentiel,
- Un accompagnement personnalisé au profit du public cible.

Il est à noter que la commune de Villebon-sur-Yvette ne conclura aucun contrat avec l'organisme retenu et ne lui apportera aucun financement. Elle n'interviendra pas dans la relation entre les habitants et la structure, ceux-ci contractant directement avec l'organisme choisi sans lien contractuel ou financier avec la commune.

Caractéristiques de l'organisme :

Le présent AMI est ouvert à tout organisme habilité à proposer des contrats de complémentaire santé (mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance). L'offre proposée devra respecter les principes de solidarité, notamment l'absence de sélection médicale et la possibilité de proposer des contrats compatibles avec la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Le contrat qu'il proposera sera ouvert à tous les habitants de la ville sans condition d'âge, de santé ou de statut professionnel. Les contrats seront conclus à titre individuel, les administrés restant libres de leurs choix.

Si la Ville est partenaire de la structure retenue, il est précisé qu'elle n'aura ni apport financier, ni responsabilité avec la structure retenue ou avec les usagers contractant avec ladite mutuelle.

Caractéristiques attendues du contrat :

1. Exigences éliminatoires :

Toute offre ne respectant pas l'un des critères suivants sera déclarée **non conforme**.

- Contrat ouvert à l'ensemble des habitants,
- Contrat ne comprenant pas de délai de carence,
- Contrat ne comprenant aucun frais de dossier, ni frais d'adhésion,
- Aucun questionnaire médical,
- Aucune exclusion, ni limitation liée à l'âge ou à l'état de santé,
- Aucune condition de ressources pour adhérer,
- Tiers payant généralisé,
- Délai de remboursement réduit (48H en cas de télétransmission),
- Possibilité de paiement mensuel sans frais supplémentaires

2. Engagements évalués :

Les éléments suivants, bien qu'attendus, peuvent varier selon les organismes et feront l'objet d'une **évaluation comparative** :

- Qualité du barème d'évolution tarifaire avec l'âge,

- Engagement à limiter la progression des cotisations avec l'âge, en particulier après 70 ans, selon un barème clair et transparent joint à l'offre,
- Transparence tarifaire et justification des évolutions,
- Qualité de l'expérience proposée (service client, accompagnement à la résiliation, clarté des documents...).

Nature des garanties attendues :

Les villebonnais ont exprimé leur souhait de bénéficier d'une complémentaire santé offrant un coût maîtrisé tout en garantissant un niveau de remboursement suffisant pour couvrir leurs dépenses de santé courantes et spécifiques.

Ils expriment également le besoin d'une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires afin de faciliter un choix plus libre des praticiens et un accès effectif aux soins.

Dans ce cadre, et conformément au dispositif national "100 % Santé", qui garantit une prise en charge intégrale de certains soins en optique, dentaire et audiologie, ainsi que l'intégration progressive d'autres équipements médicaux comme certains fauteuils roulants ou prothèses capillaires à partir de 2025-2026, les offres proposées devront distinguer clairement :

1. Les prestations relevant du panier 100 % Santé, intégralement remboursées (lunettes spécifiques, prothèses dentaires, aides auditives...),
2. Les garanties complémentaires nécessaires pour couvrir les soins et équipements qui ne relèvent pas de ce panier réglementaire.

Au regard des besoins identifiés et de la réalité de l'offre de soins du territoire, les offres proposées devront accorder une attention particulière aux domaines suivants :

- Soins et appareillages dentaires, y compris les actes et dispositifs non couverts par le dispositif 100% santé et pouvant générer un reste à charge pour les assurés,
- Appareillage auditif, hors panier règlementaire le cas échéant,
- Optique, notamment les équipements non éligibles au panier 100 % Santé ;
- Remboursement du forfait journalier en cas d'hospitalisation prolongée
- Assistance à domicile en cas de dépendance ou de perte d'autonomie,
- Accès aux examens permettant un diagnostic (radiologie, imagerie...),
- Consultations de psychologie,
- Soins non remboursés par l'assurance maladie tels que : médecines douces (ostéopathie, naturopathie, pédicurie etc...)

L'offre proposée devra également préciser les actions de prévention mises en œuvre pour les adhérents.

Enfin, les tarifs proposés seront déclinés en plusieurs niveaux de garantie, à minima 3 ou 4, afin de répondre à la diversité des situations et des besoins des habitants.

Modalités de mise en place :

L'organisme retenu devra proposer un service de proximité afin de garantir un accompagnement de qualité aux administrés. A ce titre, il s'engage à :

- Participer à une ou plusieurs réunions publiques de présentation du dispositif organisées par la commune en juin-juillet 2026,
- Mettre en place des permanences physiques, sur rendez-vous, avec une fréquence régulière : 1 demi-journée par semaine à minima et en fonction des besoins des habitants.
- Mettre en place une ligne téléphonique dédiée permettant de joindre les interlocuteurs identifiés, capables d'assurer un suivi personnalisé,
- Proposer des actions de préventions sur l'année sur le territoire de la commune, et a minima 1 fois par an.

En contrepartie, la commune s'engage gratuitement à :

- Assurer la communication sur le dispositif auprès de la population,
- Mettre à disposition une salle, en fonction des disponibilités, pour la tenue des permanences physiques,
- Mettre à disposition une salle pour l'organisation des réunions publiques. Une communication préalable avec la commune devra systématiquement être réalisée, avant la tenue de l'événement.

L'organisme retenu devra également :

- Accompagner les administrés dans la compréhension et la comparaison de leurs garanties actuelles, afin de faciliter un choix éclairé de la solution la plus adaptée à leur situation ;
- Assurer un accompagnement complet aux futurs adhérents dans la résiliation de leur ancien contrat, conformément aux dispositions légales en vigueur (résiliation infra-annuelle).

Calendrier de mise en œuvre :

Il est souhaité que la mise en place de la mutuelle communale soit effective en juillet 2026.

Le calendrier prévisionnel :

| Date | Evènement |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avril 2026 | Publication de l'appel à manifestation d'intérêt |
| Lundi 11 mai 12h | Date limite de dépôt des candidatures : ccas@villebon-sur-yvette.fr |
| Mai 2026 | Analyse des offres et information du choix du candidat retenu |
| Jeudi 25 juin 2026 | Conseil Municipal : Signature de la convention |
| Samedi 27 juin | Réunion publique d'information (en Mairie) |
| Juillet 2026 | Mise en place de permanences pour les habitants |
| Juillet 2026 | Mise en œuvre effective pour les habitants |

Durée du partenariat :

La durée du partenariat entre la Ville et l'organisme sélectionné est fixée à une année renouvelable tacitement 2 fois, pour une durée totale de 3 années, avec la possibilité pour chacune des deux parties de procéder à une résiliation annuelle du partenariat, sous réserve de respecter un préavis de trois mois avant la date anniversaire du partenariat.

L'organisme retenu devra établir :

- Un bilan des adhésions à 3 mois, transmis dans les 15 jours suivant l'échéance des trois premiers mois,

- Un bilan à six mois des adhésions transmis dans le mois suivant l'échéance des six premiers mois,
- Un bilan annuel transmis chaque année au plus tard le 31 janvier.

Ces bilans permettront de suivre l'évolution du dispositif, d'évaluer sa pertinence au regard des besoins des administrés.

Pour la première année du partenariat, le bilan annuel couvrira la période allant du 1er juillet 2026 au 31 décembre 2026. Ce bilan, bien que portant sur une période inférieure à douze mois, sera réputé constituer le bilan annuel au sens du présent AMI et pourra être utilisé pour évaluer le partenariat et, le cas échéant, justifier une résiliation à son échéance.

Les bilans incluront au minimum les éléments suivants :

- Le nombre d'adhérents,
- La répartition par âge et par composition familiale,
- La répartition par niveau de garanties (options choisies),
- Le coût moyen des cotisations,
- Les évolutions observées (adhésions, résiliations)
- Les indicateurs d'usage et d'activité (permanences, sollicitations, demandes spécifiques, etc.)

2. Modalités de participation et éléments constitutifs du dossier

Les candidats intéressés sont invités à soumettre leur dossier de manifestation d'intérêt avant la date limite **du lundi 11 mai 2026 à 12H00**, sous format électronique à l'adresse : **ccas@villebon-sur-yvette.fr**, en indiquant dans l'objet « ***Candidature AMI mutuelle / Solidarités*** ».

Chaque transmission fera l'objet d'un accusé de réception électronique. A ce titre le fuseau horaire de référence est celui de (GMT+01 :00) Paris, Bruxelles, Copenhague, Madrid.

L'offre sera considérée « hors délai » si elle est reçue après la date limite de réception des offres.

Si plusieurs offres sont transmises successivement par le même candidat, seule la dernière offre transmise dans le délai imparti sera prise en compte.

Toutes les questions peuvent être posées avant 20 avril 2026 sur la même adresse mail.

Le dossier de candidature, rédigé en langue française, devra obligatoirement contenir l'ensemble des pièces suivantes, organisées en deux volets : administratif et technique.

Volet administratif :

- Une note de présentation générale de l'organisme permettant d'apprécier sa motivation, son expertise et sa capacité à gérer un partenariat de type "mutuelle communale",
- Une fiche descriptive indiquant :
 - Les statuts de la personne morale,
 - Sa dénomination,
 - Son siège social,
 - Son objet,
 - Les noms, prénoms, qualité et pouvoirs du signataire,

- Les représentants habilités auprès de la commune.
- Un extrait Kbis de moins de trois mois, ou équivalent pour les organismes non-inscrits au RCS.
- Les comptes annuels certifiés des trois derniers exercices, ou, pour les structures de moins de trois ans, l'ensemble des comptes annuels certifiés depuis leur création.

Volet technique :

- Une plaquette ou brochure présentant l'organisme, ses services, ses engagements et son organisation et les moyens mis en œuvre pour informer et conseiller le public intéressé,
- Modalités d'accompagnement pour la souscription et la gestion des contrats adhérents et modalités de résiliation (une attention particulière sera apportée pour la rédaction FALC-Facile à Lire et à Comprendre- des dossiers de présentation de la complémentaire pour faciliter la compréhension par tous des offres), la grille comparative des garanties, fournie par la Ville, dûment complétée et obligatoire. Cette grille normalisée est impérative pour permettre une comparaison homogène des offres. Aucune présentation alternative ne sera retenue,
- Modalités d'information de la Ville notamment en cas de modification tarifaire.
- Les références de partenariats existants avec d'autres collectivités, si possible en Île-de-France, ou tout dispositif similaire de proximité,
- Dans la mesure du possible, joindre un modèle de carte d'assuré et de contrat type,
- Un planning détaillé de mise en œuvre, intégrant :
 - Participation aux réunions publiques,
 - Mise en place des permanences,
 - Activation de la ligne téléphonique dédiée,
 - Calendrier de communication.
- **Une note de conformité d'un maximum de 10 pages, répondant point par point aux exigences du présent AMI (exemples : absence de carence, tiers payant, absence d'exclusion liée à l'âge ou la santé, délais de remboursement, service de proximité...), conformément aux critères d'évaluation des offres précisés ci-dessous.**
- **Le fichier des grilles comparatives, à compléter impérativement, à télécharger sur le site de la commune www.villebon-sur-yvette.fr (avec 3 onglets) : tarifs et cas pratiques.**

3. Evaluation des offres

Critère n°1 – Caractéristiques de l'organisme et du contrat : 15 points

⚠ Les exigences éliminatoires ne sont pas évaluées ici : elles sont vérifiées en amont.

Solidité et structuration de l'organisme - 5 points :

- Expérience et expertise dans la gestion de contrats individuels et/ou de démarches solidaires
- Capacité à proposer des contrats conformes aux obligations des contrats responsables, incluant le dispositif 100 % Santé (optique, dentaire, audiologie)
- Capacité à proposer des offres compatibles avec la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- Fiabilité de l'organisme dans la gestion des évolutions contractuelles : clarté et professionnalisme des documents, rigueur administrative, qualité des supports fournis.

Transparence et lisibilité du contrat - 5 points :

- Clarté et transparence du barème d'évolution des cotisations avec l'âge, notamment après 70 ans (l'organisme s'engage à limiter la progression des cotisations avec l'âge, en particulier après 70 ans)
- Pertinence et justification des modalités d'évolution tarifaire (prévisibilité, pédagogie, lisibilité)
- Qualité de la documentation présentant les garanties : structure, compréhension, absence d'ambiguïtés.
- Degré d'effort fourni pour faciliter la compréhension des habitants (notes explicatives, exemples chiffrés, clarté rédactionnelle).
- Engagement formalisé de l'organisme à informer la Ville de manière anticipée (au moins 6 mois avant) en cas d'évolution tarifaire, avec justification transparente.

Conditions de gestion et performance du service – 5 points :

- Qualité de l'organisation administrative mise en place pour les habitants (gestion des demandes, facilité des démarches, supports d'accompagnement),
- Performance du service de remboursement : efficacité du traitement, maîtrise opérationnelle, engagement sur les délais (dont l'objectif de 48h en télétransmission),
- Qualité de la mise en œuvre du tiers payant généralisé (réseau, couverture, simplicité d'usage),
- Souplesse des modalités de paiement (clarté du paiement mensuel sans frais, options proposées, facilité d'adhésion et résiliation),
- Qualité de la relation avec la collectivité (réactivité, clarté des échanges, capacité de suivi contractualisée).

Critère N°2 – Nature des garanties - 60 points

Ce critère mesure la qualité réelle des garanties proposées, leur cohérence avec les attentes des habitants (notamment celles issues de l'enquête) et leur lisibilité, ainsi que la pertinence du positionnement tarifaire.

Tarifification – 30 points :

- Clarté et lisibilité de la tarification, notamment la stabilité, la cohérence des options et l'absence d'ambiguïté,
- Déclinaison en plusieurs niveaux de garantie (options) permettant d'adresser différents profils d'habitants,
- Adaptation des tarifs au territoire, au regard des besoins exprimés à Villebon (optique, dentaire, audio, dépassements d'honoraires, médecines douces...),
- Capacité du tarif à être accessible au plus grand nombre, au regard des niveaux de garanties et de la structure tarifaire proposée,
- Pertinence du rapport "couverture / prix", évaluée à partir des exemples chiffrés fournis dans la grille comparative.

Garanties - 30 points :

- Prise en charge des dépassements d'honoraires, notamment spécialistes et consultations courantes,

- Soins et appareillages dentaires, y compris les actes hors panier 100 % Santé,
- Appareillage auditif, en complément du panier 100 % Santé,
- Optique, tant dans le panier 100 % Santé que hors panier (verres complexes, équipements renforcés...),
- Forfait journalier hospitalier, notamment en cas d'hospitalisation prolongée,
- Assistance à domicile en cas de dépendance ou perte d'autonomie,
- Accès aux examens diagnostiques (radiologie, imagerie, actes techniques),
- Consultations de psychologues,
- Soins non remboursés par l'Assurance Maladie, notamment : ostéopathie, naturopathie, pédicurie, autres médecines douces,
- Actions de prévention proposées : bilans, ateliers, information, dispositifs d'accompagnement.

Critère N°3 – Modalités de mise en place et calendrier - 25 points

Moyens mis en œuvre pour permettre une relation personnalisée et de proximité avec les habitants.

Modalités pratiques points - 5 points :

- Participation à une ou plusieurs réunions publiques de présentation du dispositif au besoin et à la demande de la Ville
- Mise en place de permanences physiques sur rendez-vous avec une fréquence régulière (une ½ journée par semaine à minima et en fonction des besoins) avec une organisation claire,
- Mise en place d'une ligne téléphonique dédiée avec des interlocuteurs identifiés avec un délai de réponse adapté et mesurable.

Aide et accompagnement personnalisés - 10 points :

- Aide comparative personnalisée pour comprendre les garanties existantes et choisir la formule la plus adaptée,
- Accompagnement à la résiliation de la mutuelle précédente (prise en charge administrative, conseils),
- Présentation claire des mesures de protection et de confidentialité des données personnelles conformément au RGPD, incluant les procédures internes mises en œuvre.

Calendrier de mise en œuvre : 10 points

Ce sous-critère évalue la capacité du candidat à respecter le calendrier fixé par la Ville :

- Démarrage opérationnel souhaité en juillet 2026 pour l'adhésion et la gestion,
- Organisation d'au moins une réunion publique dès la mise en œuvre du partenariat avec une première le samedi 27 juin matin en Mairie,
- Mise en place des permanences physiques dès juillet 2026, de manière structurée et conforme aux moyens définis.

Les critères seront évalués à l'aide de la grille d'appréciation suivante :

| Note sur 5 Pts | Note sur 10 Pts | Note sur 15 Pts | Note sur 20 Pts | Note sur 30 Pts | Appréciation | Justification |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | Candidat qui n'a pas fourni l'information ou le document demandé non éliminatoire par rapport à un critère fixé |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | Insuffisant | Candidat qui a fourni l'information ou le document demandé par rapport à un critère fixé, mais dont le contenu ne répond pas aux attentes |
| 2 | 4 | 6 | 8 | 12 | Partiellement suffisant | Candidat qui a fourni l'information ou le document demandé par rapport à un critère fixé, mais dont le contenu ne répond que partiellement aux attentes |
| 3 | 6 | 9 | 12 | 18 | Suffisant | Candidat qui a fourni l'information ou le document demandé par rapport à un critère fixé, dont le contenu répond aux attentes minimales, mais qui ne présente aucun avantage particulier par rapport aux autres candidats |
| 4 | 8 | 12 | 16 | 24 | Bon et avantageux | Candidat qui a fourni l'information ou le document demandé par rapport à un critère fixé, dont le contenu répond aux attentes et qui présente un minimum d'avantages particuliers par rapport aux autres candidats. Ceci sans tomber dans la sur-qualité ou la surqualification. |
| 5 | 10 | 15 | 20 | 30 | Très intéressant | Candidat qui a fourni l'information ou le document demandé par rapport à un critère fixé, dont le contenu répond aux attentes avec beaucoup d'avantages particuliers par rapport aux autres candidats, ceci sans tomber dans la sur-qualité ou la surqualification. |

La convention est consultable sur le site de la commune de Villebon-sur-Yvette www.villebon-sur-yvette.fr.