

Congrès de la Mutualité Française
Nice - 18/19/20 octobre 2012



RAPPORT

L'accès aux soins

Quel rôle pour la Mutualité ?

Quel rôle pour les mutuelles ?



Les principaux métiers de la Mutualité Française¹

La Mutualité Française fédère la quasi-totalité des mutuelles santé en France, soit près de 500. Près de 6 Français sur 10 sont protégés par une mutuelle, ce qui représente 38 millions de personnes protégées et quelque 18 millions d'adhérents.

Les mutuelles se distinguent d'une part des sociétés d'assurance, qui rémunèrent des actionnaires, et d'autre part des institutions de prévoyance, qui sont cogérées par les syndicats de salariés et d'employeurs. Les mutuelles sont, en effet, des personnes de droit privé à but non lucratif, régies par le code de la Mutualité, et ne pratiquant pas la sélection des risques.

Elles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale.

Outre la complémentaire santé, les mutuelles proposent aussi des couvertures en matière de prévoyance, de dépendance, de retraite et de décès.

Les mutuelles de la Mutualité Française ont pour particularité d'être également offreurs de soins. Elles animent un réseau de près de 2 500 services et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui emploie plus de 15 000 professionnels de santé et dont l'objectif est de proposer aux adhérents mutualistes des

1. Données 2011.

soins ou des services de qualité pour un coût maîtrisé. Etablissements hospitaliers, centres de santé médicaux, centres dentaires et centres d'optique, établissements pour la petite enfance, services aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap... : les champs de savoir-faire des mutuelles de la Mutualité Française sont nombreux.

La Mutualité Française est aussi un acteur de santé publique reconnu, disposant d'un réseau régional de plus de cent cinquante professionnels en prévention et promotion de la santé.

Plus de 100 programmes, tant nationaux que locaux, ont été menés en 2011, en partenariat avec de nombreux acteurs du secteur sanitaire et médico-social, les collectivités locales, l'éducation nationale et le milieu associatif. Ces programmes portent notamment sur les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers...), la perte d'autonomie, la petite enfance et la jeunesse en lien avec Priorité Santé Mutualiste, le service d'information, d'aide à l'orientation et d'accompagnement des mutuelles de la Mutualité Française, accessible par téléphone au 39 35 ou par internet : www.prioritesantemutualiste.fr.

Enfin, la Mutualité Française constitue un mouvement d'utilité sociale qui occupe une place prépondérante et reconnue dans les domaines de la santé et de la protection sociale.

Préface

Etienne Caniard
Président de la Mutualité Française

Le congrès de la Mutualité Française est un événement important, pour le mouvement mutualiste bien sûr, mais au-delà pour l'ensemble du monde de la protection sociale. C'est lors de nos congrès que les contours de réformes majeures de notre système de santé ont souvent été tracés.

Les positions prises au congrès de Bayonne ont permis de formuler une position sans ambiguïté concernant les réformes engagées en 1995, comprenant notamment un rôle nouveau pour le Parlement sur lequel nul n' imagine de revenir.

Le congrès de Toulouse, en 2003, avait quant à lui permis de faire émerger 25 propositions permettant notamment, l'année suivante, de franchir de nouvelles étapes dans l'organisation de la santé avec la Loi du 13 août 2004.

Le contexte de l'année 2012 appelle une démarche similaire. Aujourd'hui, l'objectif doit être la réduction des inégalités d'accès aux soins. C'est le thème que nous avons choisi pour notre congrès afin de déterminer comment la Mutualité, en tant que mouvement, et les mutuelles en tant qu'acteurs quotidiens de la santé des Français, peuvent contribuer à réduire ces inégalités. Forte de la mobilisation autour de l'opposition à l'augmentation de la taxation des complémentaires, mais surtout de ses prises de position sur l'organisation des soins ou la politique du médicament, la Mutualité Française est « attendue ».

Le congrès de Nice doit permettre de consolider les positions de la Mutualité Française et sa place légitime en tant qu'acteur de santé. La publication de notre rapport se situe bien dans cette démarche : celle de promouvoir des idées nouvelles, d'autres solutions, pour un système de santé plus juste, plus efficace et pérenne.

Fédération de mutuelles protégeant plus de 38 millions de personnes, la Mutualité Française s'est efforcée dans ce rapport de dresser un état des lieux sans tabou de la situation du système de protection sociale. Plus que jamais, dans une économie en crise, elle réaffirme l'importance du système de protection sociale.

La logique solidaire de notre système de santé et sa pérennité sont pourtant compromises. Son financement est trop dépendant d'un endettement non contrôlé, les nouveaux risques sociaux sont insuffisamment pris en compte... Notre système de santé n'offre plus une garantie suffisante pour permettre à tous de bénéficier de soins de qualité.

La Mutualité Française rappelle son attachement intangible au principe d'universalité, son refus de la résignation face aux difficultés d'accès aux soins, son refus de la banalisation des inégalités.

Au-delà de la contestation, la Mutualité Française rappelle dans ce rapport qu'elle s'engagera, comme elle l'a toujours fait, pour proposer un nouveau cap, des solutions novatrices, pour adapter les politiques de santé et de protection sociale aux nouveaux enjeux.

Ce rapport est donc également une « boîte à outils » pour le mouvement mutualiste tout d'abord, mais également pour les décideurs. Aucun thème n'a été laissé de côté, qu'il s'agisse du financement, de la maîtrise des coûts de santé, de l'organisation des soins, de la nécessité pour chacun des acteurs de bénéficier des marges de manœuvre pour agir efficacement. Ces préconisations se veulent ancrées dans la réalité de la protection sociale.

Elles ont été débattues avec un grand nombre d'acteurs de terrain : professionnels de santé, associations d'usagers, mutualistes en charge d'établissements sanitaires et sociaux...

Ce rapport rappelle enfin que le modèle mutualiste, résolument inscrit dans l'économie sociale et solidaire, est aujourd'hui menacé en dépit des réponses concrètes qu'il apporte et des attentes fortes qu'il suscite.

Les attaques adressées au mouvement mutualiste au cours des dernières années fragilisent ce modèle en s'appuyant, parfois, sur des arguments discutables. La Mutualité Française refuse la banalisation de son modèle et la dilution de ses valeurs.

Par ailleurs, la spécificité du modèle mutualiste rend légitime une intervention plus large, au-delà des simples sphères de la santé. Dans un contexte de crise et de dégradation sociale, les mutuelles ont vocation à jouer leur rôle dans de nombreux secteurs, en tant qu'acteurs à part entière de la protection sociale.

Alors que le système de protection sociale doit, indéniablement, faire face à de nombreux défis, la Mutualité Française et les mutuelles sont prêtes à prendre leurs responsabilités, à proposer des solutions, à innover.

L'essentiel est le partage d'objectifs ambitieux au regard de l'efficacité de notre système de protection sociale, de sa pérennité et d'une plus grande justice... pour permettre d'avancer sur la voie du progrès social, étape après étape.

Introduction

Au début de l'année 2011, la Fédération Nationale de la Mutualité Française a défini quatre chantiers prioritaires pour sa réflexion et son action :

- un projet stratégique pour le mouvement mutualiste à moyen terme (2015) : il dote celui-ci d'un cadre général de réflexion et d'objectifs qui donne sens et cohérence à ses positionnements, propositions et actions,
 - la stratégie du mouvement mutualiste pour les services et soins et d'accompagnement mutualistes,
 - les propositions pour le système de santé formulées dans le cadre du débat 2012,
 - la perte d'autonomie, à l'occasion de la réforme alors annoncée de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et qui reste une nécessité urgente.
- Tous ces chantiers ont été menés à leur terme en 2011 et dans la première moitié de l'année 2012.

Dans le même temps, la Mutualité Française s'est mobilisée pour défendre l'égalité d'accès aux soins, mise en cause notamment par la taxation des contrats

solidaires et responsables : la pétition nationale, soutenue par de nombreux acteurs sociaux, a dépassé le cap du million de signatures.

Aujourd'hui, dans un contexte caractérisé par l'aggravation d'une crise globale mais également par une nouvelle donne politique dans notre pays, la Mutualité Française se tourne résolument vers l'avenir.

Elle le fait avec le pragmatisme de ceux qui se confrontent quotidiennement à la réalité sanitaire et sociale de notre pays. Elle le fait aussi avec l'ambition de ceux qui ne se contentent pas de s'adapter à cette réalité mais s'efforcent de la transformer.

Avec ses mutuelles, la Mutualité Française veut mettre sa capacité d'innovation au service des mutualistes et des populations. Avec elles, elle choisit de contribuer pleinement à la véritable refonte dont a besoin la protection sociale française. Avec elles, elle souhaite donner un nouveau souffle au modèle mutualiste, définir la place et le rôle de la Mutualité dans la société.

Bien qu'il bénéficie d'une image positive auprès des mutualistes et des Français, le mouvement mutualiste est aussi parfois l'objet de critiques. Et même, il a pu faire, dans la période récente, l'objet

de controverses publiques. Les réponses de la Mutualité Française sont donc attendues.

Le Congrès de Nice se situe ainsi à la croisée des chemins. Il ne fait pas fi du passé. Au contraire, il prend appui sur la réflexion doctrinale, les propositions et les engagements des précédents Congrès, notamment des plus récents, Toulouse en 2003, Lyon en 2006 et Bordeaux en 2009. Mais ce Congrès, la crise l'exige, le mouvement mutualiste l'attend, doit constituer une étape déterminante pour affirmer une volonté plus forte et une ambition plus grande encore que par le passé.

PARTIE I

La pérennité
et les finalités
de la protection sociale
solidaire sont
en question

Les mesures se multiplient, les réformes se succèdent et pourtant le déficit de la Sécurité Sociale, particulièrement de l'assurance-maladie, s'accroît et les inégalités sociales de santé se creusent.

La crise ouverte en 2008 a changé de nature, s'est généralisée et apparaît durable.

La crise des « subprimes » est devenue la crise des dettes souveraines. De financière, elle est devenue économique et sociale. Après une certaine reprise d'activité en 2010, 2011 a vu l'économie mondiale ralentir et désormais la récession guette. La politique de rigueur, parfois extrême, mise en place dans la plupart des pays européens semble aboutir au contraire des résultats souhaités : non seulement les peuples souffrent mais les difficultés des finances publiques s'aggravent plutôt qu'elles ne se réduisent.

La pérennité du financement de la protection sociale obligatoire est compromise

Naturellement, cette crise a des effets importants sur le financement de la protection sociale. Mais le déficit n'est pas que conjoncturel. Il a une dimension structurelle évidente. La branche maladie du régime général de la Sécurité Sociale a été constamment

déficitaire depuis 1989. En 20 ans, jusqu'en 2008, elle a accumulé 84.4 Mds € de déficit. De 2009 à 2011, 30.8 Mds € de déficit supplémentaire.

La dette de la Sécurité Sociale reprise par la CADES (essentiellement : assurance-maladie, retraite, fonds de solidarité vieillesse) s'élevait fin 2011 à 199.9 Mds € dont 140.6 Mds € restant à amortir. Mais au-delà de ces montants, cette dette elle-même n'est plus financée dans des conditions de sécurité et de lisibilité appropriées. Ainsi la CRDS ne représente plus désormais que 40% des recettes de la CADES.

Année après année, le choix a été fait de recourir à l'endettement et aux expédients financiers qui renforcent l'injustice et l'opacité du système. Les assurés sociaux, les mutualistes et les mutuelles, transformées en collecteurs d'impôts, en ont trop souvent été les victimes.

Cette situation unique en Europe est profondément déresponsabilisante : après nous le déluge, les générations qui nous succèdent paieront ! Or ce sont les bien-portants d'aujourd'hui qui devraient être solidaires des malades d'aujourd'hui. Pire encore, cette situation discrédite le système solidaire lui-même en instillant progressivement l'idée que celui-ci représente d'abord un coût, une charge pour l'économie, alors qu'il est un irremplaçable

amortisseur de crise et un incomparable facteur de cohésion sociale et de croissance d'un pays. A travers les prélèvements et les prestations sociales, le système solidaire a également un caractère redistributif : celui-ci pourrait être accentué car il contribue à la justice sociale.

La pérennité du financement solidaire de l'assurance-maladie est donc compromise. Mais ce constat vaut, à des degrés divers, pour d'autres branches du régime général de Sécurité Sociale et pour d'autres régimes.

Le système n'est pas suffisamment adapté aux risques sociaux actuels

Du lendemain de la seconde guerre mondiale jusqu'au milieu des années mille neuf cent soixante-dix, les politiques économique et sociale ont semblé marcher d'un même pas, l'une confortant l'autre. La croissance des « Trente glorieuses » a reposé en grande partie sur ces interactions vertueuses entre développement industriel, plein emploi, consommation de masse et généralisation de la protection sociale.

Cette période n'a pas effacé les inégalités sociales, mais celles-ci ont été régulées : le compromis social a permis aux ouvriers de profiter du progrès.

Le choc pétrolier de 1973 a été le catalyseur de la crise du capitalisme fordiste.

La mondialisation, les politiques de dérégulation, l'internationalisation du processus de production comme la transformation du travail, la création de valeur déconnectée de l'économie réelle, l'accroissement de la compétition sur les coûts, ont entraîné des tensions nouvelles sur les systèmes de protection sociale des pays développés.

Le vieillissement démographique, l'évolution des structures familiales, la nouvelle place des femmes dans la société, la montée des inégalités sociales, sous l'effet du recul de l'emploi stable et des écarts croissants de patrimoines et de revenus, ont modifié les besoins sociaux.

Si l'on ajoute à ces réalités objectives d'autres facteurs d'ordre idéologique, en particulier les thèses libérales sur la place et le rôle respectifs de l'Etat et des individus, on prend la pleine mesure de la déstabilisation de ces systèmes de protection sociale.

La question générationnelle est devenue essentielle

L'allongement de la période de la jeunesse, la tendance générale à la prolongation des études et les difficultés d'accès à l'emploi sont devenus une réalité partagée par tous les jeunes. Mais l'entrée dans l'emploi, l'indépendance financière, la fondation d'un foyer sont des réalités vécues de manière différente au sein de la jeunesse.

En mars 2012, le taux de chômage des jeunes de moins de 25 ans présents sur le marché du travail était de 21.8 % (contre 10 % en population générale). Les difficultés d'insertion dans l'emploi sont cependant structurelles, la crise ne faisant que les aggraver.

Beaucoup de jeunes connaissent des difficultés, mais certains des risques considérables d'exclusion, ces difficultés prenant naissance dès le plus jeune âge. La pauvreté s'est déplacée dans l'échelle des âges.

En France, le risque de pauvreté, après transferts sociaux, c'est-à-dire tenant compte des politiques de protection sociale, touche désormais davantage les jeunes que les personnes âgées. Selon Eurostat, ce taux de risque de pauvreté, mesuré par un revenu disponible inférieur ou égal à 60 % du revenu médian national, était en 2010 de 18.4 % pour les enfants

de 0 à 17 ans, de 24.5 % pour les jeunes de 18 à 24 ans et de 9.7 % pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Un tel écart en défaveur des enfants et des jeunes est spécifique à la France si on le compare à quelques-uns des pays européens les plus développés.

Le système de protection sociale français a tendance à aider les familles plutôt que les jeunes eux-mêmes et ne facilite pas l'autonomie de ceux-ci. Dans la mesure où la solidarité familiale est le principal soutien des jeunes Français, elle favorise la reproduction des inégalités.

Ainsi que le souligne la plateforme 2012 « pour un big-bang des politiques jeunesse ! », signée par la Mutualité Française aux côtés de nombreuses autres organisations et mouvements de jeunesse, « la société doit prendre acte aussi de la transformation des âges de la vie, garantir une protection sociale à tous et renforcer les conditions des solidarités inter-générationnelles ».

En effet, les profondes mutations démographiques et sociales actuelles doivent conduire à un réexamen de nos manières de penser et d'assurer les solidarités entre les âges et les générations. C'est un défi qui vaut aussi pour la Mutualité.

Les dépassements d'honoraires et de tarifs mettent en cause le caractère solidaire du système d'assurance-maladie

Le système de santé français soutient la comparaison avec beaucoup d'autres pays mais, incontestablement, il est aujourd'hui à bout de souffle. Pour les assurés sociaux, les difficultés financières et géographiques d'accès aux soins s'accroissent, le parcours de soins devient de plus en plus complexe, les principes de solidarité et d'universalité sont en question.

Un mal insidieux s'est répandu : les dépassements d'honoraires et de tarifs. Le prix demandé à l'assuré est de plus en plus déconnecté de la base de remboursement. La nature même du système en est changée. La question de l'opposabilité tarifaire devient centrale.

Sur le champ des dépenses remboursables en soins de ville (honoraires et actes médicaux, dentaires, paramédicaux, laboratoires, médicaments, transports, optique et autres biens médicaux), le montant des dépassements atteint 12.1 Mds € en 2010, soit 44 % du reste à charge des ménages sur ce périmètre.

Pour l'optique, le patient n'est plus remboursé par l'assurance-maladie qu'à hauteur de 4 % de ses

dépenses, pour les prothèses dentaires de 18 %, pour les divers biens médicaux de 43 %.

Les dépassements d'honoraires médicaux représentent 2.5 Mds €. Le dépassement moyen par rapport au tarif opposable était de 23 % en 1985, il est de 54 % en 2010.

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (rapport 2011) a précisé que, de manière générale, l'assurance-maladie ne remboursait plus les soins de ville qu'à hauteur de 51.3 % pour les personnes qui ne sont pas en affection de longue durée (82.7 % pour celles qui le sont, le taux de remboursement moyen des soins de ville étant de 65.5 %).

Le Haut Conseil confirme par ailleurs une constatation faite depuis longtemps par la Mutualité : malgré leur taux de remboursement global plus élevé, les personnes en ALD supportent un reste à charge, sur l'ensemble de leurs dépenses, supérieur à celui des personnes qui ne le sont pas (760 € environ contre 450 €).

Enfin, si 70 % des assurés ont un reste à charge, après remboursement par l'assurance-maladie et avant intervention des complémentaires, de l'ordre de 500 € maximum par an, celui-ci est beaucoup plus important pour un nombre significatif d'assurés : 20 % ont un reste à charge compris entre 500 et 1000 €, 5 % entre 1000 € et 1500 €, 5 % de plus de 1500 €.

Au-delà du coût toujours plus important supporté par les assurés, l'effritement du fait solidaire se fait également ressentir à l'échelle territoriale. La densité des professionnels de santé est très largement inégalitaire, certaines zones tendant à se transformer en réels « déserts médicaux ». Par ailleurs, les tarifs pratiqués varient fortement en fonction de la région, voire du département dans lequel on se trouve.

Deux interrogations majeures découlent de ces constats : le principe de solidarité entre bien portants et malades a-t-il encore un sens évident tel que le système fonctionne désormais ? En n'assurant plus un remboursement décent des soins courants, ce système conserve-t-il sa vocation à l'universalité ?

Les renoncements aux soins augmentent d'autant plus que le recours à une complémentaire santé devient plus difficile.

En 2008, 15.4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (IRDES 2011). Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, puis, dans une moindre mesure, sur l'optique et les consultations médicales.

Des enquêtes plus récentes ont fait état de taux de renoncement aux soins plus importants encore et d'une situation plus dégradée en France que dans d'autres pays européens.

La troisième enquête réalisée par l'observatoire Expertise et prévention pour la santé des étudiants de la Mutuelle des Etudiants (LMDE) révèle que 34 % des étudiants déclarent avoir renoncé à consulter un médecin au cours des douze derniers mois.

Cette situation est indigne d'un pays comme le nôtre.

L'absence de couverture complémentaire est, évidemment, un facteur important du renoncement aux soins. D'autres facteurs sont à prendre en compte, liés au parcours de vie et de travail des personnes, aux phénomènes de précarisation et de fragilisation.

Les personnes sans couverture complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire.

Le niveau de la couverture complémentaire doit également être pris en compte : les personnes qui jugent avoir besoin d'une meilleure couverture complémentaire déclarent renoncer plus que les autres.

Or, le recours à une complémentaire-santé est plus difficile aujourd'hui, compte tenu des taxes qui pèsent sur son coût (10.4 % de taxes nouvelles en trois ans !) :

- les jeunes ont de plus en plus de mal à accéder à une mutuelle, le plus souvent pour des raisons économiques (19 % des étudiants n'ont pas de complémentaire santé !),

- la précarisation du monde du travail multiplie les situations de ruptures professionnelles qui s'accompagnent fréquemment d'une perte de couverture complémentaire,

- la perte du bénéfice des contrats collectifs au moment de la cessation d'activité et l'accroissement du coût des contrats individuels, conjugué à la baisse des revenus, augmentent le nombre de personnes âgées sans couverture complémentaire.

Finalement, ce sont donc les populations les plus fragiles qui accèdent le plus difficilement aux mutuelles..., ce qui renforce les inégalités.

Reconnaissant le caractère nécessaire de la complémentaire santé, les pouvoirs publics ont créé en 2000 la CMU-C puis l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Ces aides s'accompagnent cependant d'effets de seuil et ne sont pas toujours demandées par les publics potentiels. C'est le cas en particulier de l'ACS, du fait de la complexité du dispositif.

Depuis que l'Etat s'est totalement désengagé de leur financement, ces aides sont maintenant

entièrement financées, au moyen de taxes, par les adhérents et assurés des organismes complémentaires, auxquels les pouvoirs publics imposent par ailleurs de prendre en charge les dépenses que l'assurance-maladie obligatoire ne couvre plus. Les mutuelles, qui ne peuvent, ni ne veulent avoir une gestion déficitaire, sont donc contraintes d'augmenter leurs cotisations, rendant encore plus difficile l'accès à celles-ci, ces mécanismes en chaîne générant de véritables « trappes à exclusion ».

Que faut-il alors penser d'une politique qui aggrave les conditions d'accès aux mutuelles, en les obligeant à financer des prestations de solidarité nationale ? Et qui, en outre, permet à l'assurance-maladie, à travers la CMU-C, de devenir un opérateur de la complémentaire santé financé par les organismes complémentaires ?

Les systèmes sanitaires et sociaux de prise en charge des personnes sont peu organisés et souvent inefficients

La question du déficit de l'assurance-maladie ne se résume pas à la seule question des recettes supplémentaires, bien que celles-ci soient indispensables : elle appelle également la recherche d'un fonctionnement optimal du système de soins.

On en est très loin aujourd'hui.

Malgré certains progrès, le HCAAM soulignait récemment (mars 2012) que les pratiques accusent encore en France un retard marqué par rapport à certains pays étrangers : prescriptions dans le répertoire générique, recours aux soins ambulatoires, respect rigoureux des référentiels de bonne pratique...

Et le système français inciterait toujours au choix le plus cher !

– L'hôpital est très souvent la porte d'entrée dans le système (274 hospitalisations ont eu lieu en France pour 1000 habitants en France en 2008 contre 158 en moyenne dans les pays de l'OCDE). D'ailleurs, la France compte de très nombreux hôpitaux et cliniques (3500 en France, 2080 en Allemagne, 640 au Royaume-Uni pour des populations voisines) ;

– Le système favorise toujours l'intervention

médicale au détriment de celle d'infirmiers (2.1 infirmiers / médecins en France contre 4.1 au Royaume-Uni et 4.7 au Canada) ;

– Les médecins eux-mêmes sont aujourd'hui en majorité spécialistes alors que les médecins généralistes devraient répondre à 80 % des besoins ;

– Les prescriptions de médicaments restent les plus chères (276 € par an et par habitant de plus que la Norvège ou les Pays-Bas)... Elles sont aussi plus fréquentes : selon le HCAAM, 90 % des consultations se concluent, en France, par une ordonnance, contre seulement 72 % en Allemagne ou 40 % aux Pays-Bas.

La qualité de la prise en charge est également en question. Les fréquentes ruptures dans les parcours de soins, l'absence le plus souvent de parcours de santé sont d'autant plus préjudiciables que les principaux motifs de recours au système concernent les maladies chroniques et les pathologies multiples. Ces situations sollicitent un grand nombre d'intervenants et de services sur le plan sanitaire et social. Dans ces conditions, la qualité de la prise en charge ne peut s'apprécier que de manière globale.

Cet enjeu de coordination soignante et sociale est encore plus évident pour les personnes en perte d'autonomie. A ce sujet, la Mutualité Française a fortement insisté sur l'idée que l'organisation de la prise en charge était tout aussi importante que le

financement de la perte d'autonomie, sans nier le poids des restes à charge pour les personnes en établissement.

La mise en place d'un parcours de santé est déterminante dans ce cas, compte tenu de la place que doivent prendre les politiques de prévention tout au long de la vie : il s'agit d'éviter notamment les complications chez les personnes atteintes de maladies chroniques car celles-ci sont bien souvent à l'origine des pertes d'autonomie.

L'organisation du système de soins doit donc prendre en compte un changement de paradigme : les soins ont en grande partie changé de nature. L'essentiel des recours concerne les soins chroniques et non plus les soins aigus. D'une logique de réparation, ces soins doivent désormais s'orienter en fonction d'une logique d'accompagnement plus adaptée à l'évolution des pathologies. En d'autres termes, il s'agit bien de sortir d'une logique du « tout curatif » pour s'orienter vers une plus grande prise en compte de la prévention et de l'accompagnement.

Le droit à un égal accès aux soins doit s'accompagner du droit à la protection de la santé

Au-delà de l'égal accès aux soins, un autre droit tend également à être remis en cause, le droit à la protection de la santé des individus et des populations.

Si l'on veut faire reculer les inégalités sociales de santé, particulièrement importantes en France, il est nécessaire d'agir dans le domaine des soins mais, plus encore, sur l'ensemble des déterminants de la santé et facteurs de risque qui se situent, pour l'essentiel, en dehors du système de soins.

Au sein d'une société, la santé varie en fonction de l'échelle sociale. Elle a pris également une dimension environnementale, dont les conséquences sont plus graves pour les populations les plus défavorisées. La santé au travail est, par exemple, un facteur d'aggravation des inégalités sociales de santé.

« L'épidémie » des maladies chroniques, qui a des conséquences sociales, humaines et financières considérables, s'explique notamment par des facteurs de risques liés à l'environnement, aux modes de vie et de travail : déséquilibre nutritionnel, tabac, alcool, addictions, sédentarité, risques psycho-sociaux,

souffrance au travail, polluants divers (par exemple, les perturbateurs endocriniens apparaissent être un facteur supplémentaire d'explication des maladies métaboliques), etc.

Le Congrès de Bordeaux en 2009 avait souligné la nécessité de mettre en œuvre des logiques de prévention, lorsque le risque est avéré, et de précaution en situation d'incertitude. Ces logiques de précaution doivent être proportionnées au risque potentiel.

Si ce sont d'abord les politiques publiques qui sont interpellées, la Mutualité, dans la mesure où elle se veut mouvement social, acteur global de santé, présente dans l'entreprise comme dans la cité, est également concernée par la mise en œuvre de ce droit à la protection de la santé.

La réforme de 2004 et la Loi HPST de 2009 n'ont pas amélioré la gouvernance des systèmes d'assurance-maladie et de soins

La réforme de 2004 a formellement repris quelques unes des propositions de la Mutualité Française, notamment à travers la création de la Haute autorité de santé (HAS), de l'Institut des données de santé (IDS) et de l'Union nationale des

organismes complémentaires d'assurance-maladie (UNOCAM). Mais sa mise en œuvre a conduit à en galvauder les finalités.

La direction de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a renforcé sa place et son rôle dans le système, mais, pour une part, à l'encontre des exigences de la démocratie sanitaire et sociale ainsi que de la démocratie politique.

Elle ne s'est pas contentée d'être forte. Elle a eu tendance à devenir hégémonique, ayant peu d'appétence pour le partage de son pouvoir, qu'il s'agisse de la régulation, de l'accès aux données de santé ou encore de l'organisation des systèmes d'information.

L'UNOCAM s'est efforcée de jouer son rôle mais elle n'a pu réellement peser sur le contenu des conventions nationales. Celles-ci sont restées essentiellement le lieu de négociation bi-partite des revenus des professionnels de santé. Elles ont été insuffisamment utilisées pour améliorer l'organisation et la régulation du système.

Le principal objectif de la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009 a été de mettre en place une régulation plus fine, coordonnée,

territoriale de ce système. La création des Agences régionales de santé s'est faite avec l'opposition et la résistance de la direction de la CNAMTS.

Aujourd'hui, une certaine confusion continue de régner entre les fonctions de régulateur, d'organisateur et d'opérateur.

La Mutualité Française regrette de ne pouvoir développer des relations plus fructueuses avec son partenaire naturel, l'assurance-maladie obligatoire. Mais la situation ne pourra évoluer en comptant uniquement sur la bonne volonté des acteurs.

Pour que la Mutualité joue un rôle plus actif et contribue à conforter le caractère solidaire du système, il sera indispensable de clarifier le pilotage de celui-ci. Ce choix ainsi que celui d'un partenariat effectif, concret, entre les différents acteurs, institutionnels, sociaux et professionnels, restent à faire.

La régulation du marché de la complémentaire santé est en recul

L'importance d'une couverture complémentaire pour l'accès aux soins n'est plus à démontrer. Certains s'en félicitent, le marché de la complémentaire santé étant profitable et favorisant les synergies avec

d'autres activités. D'autres s'en inquiètent, considérant qu'une prise en charge de plus en plus privatisée des dépenses de santé aggrave inéluctablement les inégalités.

La Mutualité ne peut en aucun cas se satisfaire d'une assurance-maladie sous-financée, dégradée et perdant de sa légitimité. Les valeurs fondatrices de la Sécurité Sociale sont les siennes. Elle assume directement la gestion du régime obligatoire pour les fonctionnaires, les étudiants et les travailleurs indépendants. Elle a ainsi conscience de ses responsabilités et entend les assumer.

Malgré une concurrence effrénée, un cadre légal, réglementaire, financier et fiscal tendant à les banaliser, les mutuelles entendent réaffirmer leur spécificité.

Le modèle mutualiste est original. Il se distingue de l'assurance privée par son mode de propriété et de gouvernance, par ses objectifs et par sa gestion des risques.

Les mutuelles couvrent, davantage que les autres opérateurs, les personnes aux revenus faibles et les personnes âgées car elles ne font pas dépendre les cotisations de la réalité du coût du risque de leurs adhérents sur un plan individuel.

La structure des dépenses que prennent en charge les mutuelles a également ses particularités : ce n'est pas tout à n'importe quel prix !

La part des mutuelles dans le chiffre d'affaires des organismes complémentaires a reculé de 4 points entre 2001 et 2008, mais s'est stabilisée depuis. En 2010, elle est supérieure à 56 %.

Les mutuelles sont, de loin, le premier opérateur pour les contrats individuels et il faut également souligner que le poids des contrats collectifs qu'elles gèrent est tout aussi important que celui des institutions de prévoyance.

Mais les mutuelles, compte tenu de leurs valeurs et de leurs pratiques, sont handicapées par un marché insuffisamment régulé.

Les contrats solidaires et responsables, les avantages fiscaux et sociaux, ne sont pas assez discriminants pour favoriser les comportements conformes à l'intérêt général.

Plus grave, la taxation des contrats solidaires et responsables a conduit, au-delà du renchérissement du coût de ces contrats, à priver les pouvoirs publics de tout outil de régulation, risquant ainsi de favoriser les pratiques les moins vertueuses.

PARTIE II

Protection sociale, santé : la Mutualité Française propose de changer de cap et s'engage

La Mutualité Française a participé activement au débat public dans le cadre des élections présidentielles. Face au problème de l'accès aux soins, elle a montré que des solutions existent. Elle a voulu que les candidats s'engagent sur les questions de protection sociale et de santé, aux premiers rangs des préoccupations des Français.

Des réformes des systèmes de protection sociale et de santé apparaissent nécessaires. Mais c'est surtout aux politiques menées qu'il faut redonner du sens : celles-ci doivent conforter le pacte social dans ce qu'il a de plus précieux : la protection de tous face aux risques sociaux de notre époque, la garantie donnée à chacun d'un accès à des soins de qualité.

La Mutualité Française, ses mutuelles, font des propositions qui sortent des sentiers battus et se veulent créatives, innovantes. Des propositions qui s'inscrivent dans la durée et ont pour finalité une protection sociale solidaire et universelle. Mais elles ne veulent pas se contenter de proposer. Elles entendent aussi contribuer concrètement à ce changement de cap. Elles s'engagent.

Le financement de la Sécurité Sociale, de sa branche maladie et de la CNSA doit être plus solidaire et répondre aux besoins

Une gestion équilibrée de la Sécurité Sociale et de sa branche maladie est indispensable. Il faut sortir de la spirale de l'endettement. Le retour à l'équilibre doit se faire dans des délais rapides. Il suppose des recettes supplémentaires qui permettent également une augmentation raisonnable, donc maîtrisée, des dépenses.

La mise en œuvre d'un droit universel à la prise en charge de la perte d'autonomie implique un financement fondé sur une large solidarité nationale.

Cet effort doit certes s'envisager dans le cadre d'une réflexion plus générale sur les prélèvements obligatoires. Mais la question posée n'est pas seulement celle de l'importance des financements à mobiliser pour la protection sociale, elle est aussi, et peut-être davantage, celle de leur nature.

L'OCDE rappelait récemment (novembre 2011) que les dépenses sociales des principaux pays développés, Etats-Unis compris, sont d'un niveau équivalent si l'on intègre les dépenses privées et les mesures fiscales.

La question primordiale est donc bien celle du caractère solidaire ou non du financement.

La Mutualité Française fait plusieurs propositions :

- renforcer la capacité de remboursement de la dette afin d'accélérer celui-ci : il faut éviter qu'une part trop importante des ressources affectées ne serve qu'au seul paiement des intérêts. Il faut également éviter que la CADES devienne une caisse de refinancement permanent de la Sécurité Sociale et de l'assurance-maladie en particulier ;

- faire évoluer l'assiette des prélèvements afin que celle-ci soit la plus large et la plus juste possible : réexaminer les niches sociales et fiscales qui relèvent d'une logique autre que celle du financement de la protection sociale, qui ne bénéficient qu'à un nombre limité de personnes ou qui introduisent des disparités intergénérationnelles ;

- élargir l'assiette des cotisations sociales patronales à d'autres éléments de la valeur ajoutée que celui des seules rémunérations du travail ;

- garantir l'égalité des prélèvements sur les différents types de revenus ;

- redonner à la CSG et à la CRDS leurs ambitions d'origine, en les rendant légèrement plus progressives, avec des taux de prélèvement différents selon les tranches de revenus.

La part des dépenses de santé restant à la charge des assurés sociaux doit être réduite

La question financière est la principale raison du renoncement aux soins. Il faut donc s'efforcer de réduire la part des dépenses de santé restant à la charge des assurés sociaux après remboursement par l'assurance-maladie obligatoire. Et il faut, le plus souvent, éliminer ces restes à charge après l'intervention d'une mutuelle.

Avancer dans cette voie suppose en premier lieu d'apporter une réponse pérenne au problème des dépassements d'honoraires et de tarifs. L'objectif est de garantir aux assurés sociaux et aux mutualistes une réelle opposabilité des tarifs grâce à l'action conjointe, coordonnée, de l'assurance-maladie obligatoire et des mutuelles.

Avancer dans cette voie nécessite également de faire évoluer le panier de biens et de services médicaux pris en charge collectivement par l'assurance-maladie obligatoire comme par les mutuelles.

Il faut lutter vraiment contre les dépassements d'honoraires et construire une nouvelle forme d'opposabilité tarifaire pour les patients

La Mutualité Française considère qu'il est possible de résoudre le problème des dépassements d'honoraires et de tarifs dans l'intérêt des patients, mais aussi dans celui des professionnels de santé.

Il ne faut pas essayer de replâtrer un système qui ne marche pas. Il ne s'agit donc pas de continuer à légitimer les dépassements d'honoraires, en considérant que le seul problème à résoudre est celui des dépassements abusifs. Il est compréhensible cependant de vouloir sanctionner ceux-ci et d'y mettre fin. Mais il faut, sans délai, maîtriser réellement les dépassements d'honoraires tout en se fixant l'objectif d'un assèchement de l'actuel secteur 2 d'exercice des médecins.

Bien entendu, si le droit à l'accès aux soins doit être garanti, le droit des professionnels de santé à une juste rémunération ne peut être ignoré : les disparités de rémunération existantes doivent être réduites afin de retrouver un équilibre satisfaisant pour tous. La diversification des modes de rémunération, la prise en compte des conditions territoriales d'exercice, peuvent y contribuer, mais elles ne suffiront pas.

Le véritable changement résultera de la responsabilisation de tous les acteurs. Il consiste à construire, dans la transparence, une nouvelle forme d'opposabilité des honoraires et des tarifs pour les patients. Cela doit passer par un réajustement de certains tarifs du secteur 1 pour renforcer l'attractivité de ce secteur. Il faut que l'assurance-maladie obligatoire retrouve des marges de manœuvre à cette fin. Mais sa seule intervention ne peut suffire, compte tenu des contraintes financières qui pèsent actuellement sur elle : elle doit être complétée si l'on veut améliorer significativement l'accès aux soins.

La Mutualité Française est prête à s'engager en ce sens. Elle considère que certains suppléments d'honoraires ou d'autres formes de rémunération ou de prise en charge permettant d'améliorer les conditions d'exercice peuvent être envisagés et solvabilisés par les organismes complémentaires. Ceci pourrait se faire en contrepartie de la baisse de la taxe sur les conventions d'assurance. Tous les médecins seraient potentiellement concernés, y compris les médecins généralistes. Naturellement, ils prendraient pour leur part des engagements sur la qualité des pratiques et des actes.

On le constate : la question de la maîtrise des dépassements est intimement liée à celles de la fiscalité des mutuelles et de la régulation.

Les mutuelles doivent bénéficier d'une pleine capacité de conventionnement

Dans tous les domaines, la prise en charge des soins doit être améliorée : médical, mais aussi dentaire en définissant un nouveau équilibre entre la prise en charge des soins conservateurs et celle des prothèses dentaires pour tous les assurés sociaux. Les récentes négociations conventionnelles se sont soldées par quelques progrès, par exemple en matière de prévention, mais elles n'ont pas permis d'avancer rapidement dans la voie de ce rééquilibrage.

Dans les secteurs du dentaire, mais aussi de l'optique et de l'audioprothèse, les mutuelles ont développé un savoir-faire, prenant appui sur l'apport d'expertise de leurs Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM) pour mener à bien des conventionnements qualité/prix avec des professionnels. Leurs adhérents en sont les premiers bénéficiaires, mais une meilleure régulation de certains marchés, plus ou moins désertés par l'assurance-maladie obligatoire, a aussi été rendue possible.

Pourtant, la sécurisation juridique de ces conventionnements n'est pas assurée pour les mutuelles. Le Code de la Mutualité doit donc être modifié pour donner aux mutuelles une pleine capacité de conventionnement. Celle-ci n'a pas pour

objet de remettre en cause la liberté des adhérents, ni celle des professionnels de santé. Les mutuelles ont besoin de diffuser à leurs adhérents des informations sur les prix pratiqués par les professionnels de santé : elles doivent, à cette fin, être autorisées à accéder aux bases publiques d'information.

Le panier de soins et de services pris en charge collectivement doit être redéfini

La définition du panier des biens et services remboursables doit être la traduction d'un choix collectif qui conditionne l'acceptation par tous du système solidaire et de son coût. Cela vaut en premier lieu pour l'assurance-maladie obligatoire, mais les mutuelles sont également concernées : cette démarche est en effet conforme à leur mode de fonctionnement, à leurs pratiques. Il faut cependant qu'à l'avenir, elles puissent, si nécessaire, proposer à leurs adhérents des choix plus discriminants.

La révision du périmètre de prise en charge dans les secteurs du médicament et des dispositifs médicaux, du dentaire, de l'hospitalisation doit tenir compte de l'évolution des besoins et du progrès médical. Elle doit permettre de mieux répondre au souci d'utilité collective et d'éviter le développement de situations de rente.

Le domaine du médicament illustre bien cette nécessité, d'autant qu'il reste le premier poste de dépenses des mutuelles : 26 % en 2011.

La Mutualité Française a développé une politique du médicament centrée sur l'utilité et le bon usage. Après la révélation du scandale du Médiateur, elle a fait connaître en 2011 un plan pour une politique de santé publique indépendante des politiques industrielles, en France comme en Europe, où se prennent désormais les décisions essentielles.

La loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé votée en 2011 apporte quelques réponses, mais celles-ci sont insuffisantes.

L'autorisation de mise sur le marché des médicaments doit être plus sélective et le progrès médical devenir un critère d'octroi de cette autorisation.

La Mutualité Française demande la suppression du taux de remboursement de 15 % et une réforme du critère de service médical rendu, une vraie transparence dans la politique des prix, l'abandon du système des remises qui opacifie le marché et désavantage le patient.

La Mutualité Française se réjouit de la nouvelle convention pharmaceutique qui permet d'organiser une coopération interprofessionnelle sur des sujets tels que l'observance ou le dépistage. Elle peut également permettre la relance des génériques, trop souvent injustement dénigrés aujourd'hui.

D'autres secteurs que le médicament sont concernés par la nécessaire redéfinition du panier de soins et de services, par exemple :

- les dispositifs médicaux doivent répondre à des critères de qualité, de sécurité et d'efficacité pour être mis sur le marché : une autorité sanitaire doit pouvoir en décider, comme c'est le cas pour le médicament ;
- la nomenclature des soins dentaires, aujourd'hui obsolète, doit être renégociée et exclure toute prise en charge hors panier ;
- les conditions et modalités des participations des patients aux soins hospitaliers doivent être revues, qu'il s'agisse du ticket modérateur ou des forfaits. L'objectif est d'introduire plus de transparence et de permettre que ces soins restent accessibles à tous, à l'hôpital et en clinique. La Mutualité Française s'est, pour sa part, engagée dans cette voie, avec le démarrage effectif et réussi du conventionnement hospitalier mutualiste.

Il est urgent d'organiser les soins de premier recours et de développer des parcours de soins et de santé

Notre société connaît, depuis maintenant de nombreuses années, une « transition épidémiologique » caractérisée par le développement considérable des maladies chroniques et des pathologies multiples. L'environnement, au sens large du terme, les modes de vie, l'allongement de l'espérance de vie, la recherche et l'innovation médicale expliquent à des degrés divers, cette « transition épidémiologique ».

Désormais, la qualité des soins ne peut plus s'apprécier à travers des actes isolés, mais dans le parcours de santé global des personnes concernées par ces situations de chronicité : il est indispensable de mieux prévenir les maladies chroniques, de prendre en charge les malades de manière continue et coordonnée, de conjuguer davantage les interventions sanitaires et sociales.

Dans le débat sur la « dépendance » la Mutualité Française a fréquemment souligné le manque global de cohérence et de coordination dans la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie.

Les professionnels de premier recours, le médecin traitant en particulier, ont une mission globale d'accompagnement de la santé des populations sur un territoire donné. Cette mission, ils ne peuvent que difficilement la remplir dans un système dont l'organisation n'est pas optimale. En effet, le système de soins reste trop centré sur l'hôpital. Celui-ci doit avoir les moyens d'exercer ses missions, de jouer tout son rôle mais rien que son rôle. Or, il pallie aujourd'hui les défaillances de l'organisation des soins de premier recours. Par ailleurs, ce système souffre d'un double déséquilibre : entre médecins spécialistes et médecins généralistes d'une part, entre médecins et professions paramédicales d'autre part.

La loi « hôpital, santé, patients, territoires » a donné une définition des soins de premier recours, mais n'a pas créé les conditions de leur déploiement. Or, pour cela, trois conditions doivent être réunies :

- une offre de santé adaptée aux besoins de la population, ce qui nécessite en premier lieu d'agir réellement contre les déserts médicaux. Une nouvelle régulation de l'exercice médical s'impose, les mesures d'incitation ayant fait la preuve de leur insuffisance ;
- la complémentarité et la coordination des professionnels au sein de la chaîne de prise en charge ;
- des modes de financement permettant de favoriser la coordination des professionnels et de nouveaux types de prise en charge.

Le rôle du médecin traitant et de l'équipe soignante doit être conforté, leurs rémunérations adaptées

– L'exercice collectif et coordonné du médecin généraliste et de l'équipe soignante associée à la prise en charge du patient (au sein de centres, maisons de santé et pôles) doit être résolument soutenu, notamment sur le plan conventionnel. Le mode d'allocation des ressources doit y contribuer, en dépassant les limites du paiement à l'acte. Il s'agit de valoriser pleinement le temps médical et l'utilité sociale de ces acteurs organisés dans le cadre de leur exercice : la Mutualité Française propose la mise en place d'un forfait pluridisciplinaire de coordination ; la réflexion doit se poursuivre sur les formes de participation des mutuelles.

– Les nouvelles missions assignées aux pharmaciens par les articles 36 et 38 de la Loi HPST sont un des enjeux majeurs de la coopération pluridisciplinaire. L'élargissement des compétences des pharmaciens peut améliorer la prise en charge des patients et l'efficacité du parcours de santé ; les négociations conventionnelles menées au premier trimestre 2012 ont prévu des évolutions significatives des modalités de rémunération des pharmaciens qui, dans leur principe, rejoignent les propositions formulées par la Mutualité Française dès son Congrès de Toulouse en 2003.

– De nouveaux modes de rémunération doivent être mis en place, favorisant en particulier le développement de politiques de prévention et de promotion de la santé, dont l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

– La dispense totale d'avance de frais doit être assurée et les franchises supprimées pour les soins dispensés dans le parcours de santé, spécialement pour les structures organisées de médecine de proximité (centres, maisons et pôles de santé). L'accès aux soins de premier recours doit pouvoir s'effectuer en tiers payant pour le médecin traitant et l'équipe de professionnels paramédicaux associée.

La coordination entre les soins de ville et les établissements de santé et médico-sociaux doit être améliorée

L'établissement de santé, l'établissement médico-social, sont des maillons du parcours de soins et de santé et doivent s'adapter à celui-ci : cette nécessité vaut tant pour les malades chroniques que pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Le développement de nouvelles pratiques de soins, telles que la chirurgie ambulatoire ou l'hospitalisation à domicile (HAD), porte la même exigence.

– La prise en charge coordonnée de l'admission et de la sortie des patients devrait être une mission de l'établissement hospitalier, par exemple au travers de la création d'une fonction de « coordination de séjour » ; la gestion des cas ou des parcours relèverait de la responsabilité des professionnels de premier recours ; les centres et maisons de santé s'inscrivent, d'ores et déjà, dans cette logique.

– Des objectifs doivent être fixés aux établissements de santé pour développer leur capacité de communication avec leur environnement ambulatoire, par exemple : produire et envoyer des comptes-rendus d'hospitalisation dématérialisés dans des délais raisonnables aux professionnels de santé chargés de la prise en charge ambulatoire ; faciliter l'accès au dossier médical, notamment pour les personnes en situation de dépendance.

– Le développement de la chirurgie ambulatoire et celui de l'hospitalisation à domicile doivent être encadrés pour garantir qualité des soins et efficience économique.

L'implication des mutuelles peut prendre des formes diversifiées et doit s'intensifier, avec une vision globale de la gestion du risque en santé

La Mutualité Française, ses mutuelles, peuvent mettre plus résolument leurs prestations, leurs services, leurs actions au service de l'organisation des soins de premier recours et du développement des parcours de soins et de santé.

Il ne s'agit pas de créer de toutes pièces une nouvelle mission pour la Mutualité et ses mutuelles : celles-ci sont déjà engagées dans des démarches qui visent à faciliter l'accès des adhérents et des populations à la prévention et aux soins, à organiser le premier recours, à coordonner l'action des professionnels, à accompagner chaque personne tout au long de sa vie. Il s'agit maintenant de donner un nouvel élan à ces démarches, de les généraliser, d'en assurer la cohérence, de continuer à innover.

Déjà, le Congrès de Toulouse en 2003 indiquait : « Pour le mouvement mutualiste, gérer le risque en santé, c'est d'abord tout mettre en œuvre pour empêcher la survenue des maladies, accidents ou handicaps. C'est ensuite garantir aux personnes malades, accidentées ou handicapées l'accès à des soins et des prises en charge précoces et de qualité

pour éviter l'aggravation de leurs problèmes de santé, favoriser leur guérison quand c'est possible ou à tout le moins en limiter les conséquences. Gérer le risque santé, c'est enfin assurer un emploi efficient des ressources disponibles humaines, matérielles ou financières, au meilleur bénéfice de chacun, en fonction de ses besoins, indépendamment de son statut social ou de ses ressources. Il n'y a donc pas de gestion du risque en santé sans anticipation des problèmes, sans responsabilisation de tous et sans actions concertées entre les acteurs, qui concernent aussi bien la couverture des besoins de santé que l'organisation des ressources humaines et matérielles pour les satisfaire. Ce n'est pas le cas aujourd'hui ».

La Mutualité a ainsi été la première à donner une définition de la gestion du risque dépassant son seul aspect financier et assurantiel. Cette vision est progressivement devenue celle des autres acteurs, ainsi qu'en témoigne la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'Assurance-maladie en 2006.

Sur un autre plan, le Congrès de Lyon en 2006 innovait également en affichant l'ambition d'un « parcours de santé » qui devait permettre, « en partant de l'existant, d'agir sur le développement de l'information, sur les modes d'exercice des professionnels, tout en faisant évoluer le périmètre de

prise en charge des mutuelles et la nature des prestations couvertes ».

Les quelques 2500 Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM) témoignent de la volonté des mutuelles de jouer un rôle d'acteur global de santé

En élaborant la stratégie du mouvement mutualiste pour les SSAM, la Mutualité Française a rappelé que ceux-ci permettent aux mutuelles de jouer un rôle d'acteur global de santé. La consolidation et le développement des SSAM ont été au cœur de cette réflexion stratégique.

Dans le domaine des soins de premier recours, les mutuelles ont créé plus de 500 centres de santé médicaux, dentaires et infirmiers qui facilitent l'accès aux soins grâce au respect des tarifs du secteur 1 en médecine, aux tarifs maîtrisés des prothèses dentaires, à la pratique du tiers payant.

Les centres de santé médicaux sont désormais reconnus en tant qu'acteurs à part entière de l'offre ambulatoire. Historiquement, ils ont été à l'origine du développement de la médecine de groupe et de l'exercice pluridisciplinaire.

Ils sont une réponse d'avenir pour l'organisation des soins de premier recours, à condition qu'un nouveau modèle économique soit trouvé. Pour cela, la gestion des centres de santé doit être optimisée, à travers notamment une meilleure organisation des activités, par exemple de nouvelles formes de partage des tâches entre professionnels. Les centres de santé doivent également et impérativement bénéficier de financements publics adaptés à leurs missions.

Les travaux menés en 2011, par la Mutualité Française et le Réseau national des centres de santé mutualistes, sur un prototype de centre de santé équilibrable, montrent qu'il est possible d'avancer dans cette voie.

Les centres de santé répondent aux attentes de collectivités territoriales soucieuses, comme la Mutualité, de combattre des fractures géographiques et sociales dans l'accès aux soins. Ils proposent également un mode d'exercice salarié auquel aspire une grande majorité de jeunes médecins.

La création de nouveaux centres de santé polyvalents et médicaux, économiquement crédibles, est à l'ordre du jour. Naturellement, la Mutualité Française fera tout ce qui est en son pouvoir pour préserver les centres de santé actuellement en difficulté et les inscrire dans une logique d'efficience.

Elle demande à tous les acteurs concernés, sans exception, de prendre leurs responsabilités à cette fin, car il ne peut y avoir de gestion pérenne si celle-ci s'avère structurellement déficitaire. De ce point de vue, il existe une obligation de résultats et pas seulement de moyens.

Parallèlement et de manière complémentaire, en fonction des réalités et opportunités territoriales, les mutuelles peuvent s'investir dans la création et le développement de maisons de santé, en partenariat avec des collectivités et des professionnels libéraux. Cette intervention suppose néanmoins que les mutuelles participent au projet de santé et que des modalités d'opposabilité des tarifs soient définies. Plus formellement, la participation de personnes morales à des maisons de santé devra être permise par la loi.

De manière générale, tout en portant la plus grande attention au développement de ses SSAM, la Mutualité entend utiliser tous les outils disponibles pour organiser les soins de premier recours, dans la mesure où ces outils contribuent effectivement à améliorer l'accès aux soins et favoriser la coordination entre professionnels.

Les autres SSAM ont également un rôle à jouer dans le développement de parcours de soins et de santé, qu'il s'agisse des centres d'optique et

d'audioprothèse, des pharmacies, des cliniques, des établissements et services pour la petite enfance, les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie : une mission d'expérimentation en matière de coordination pourrait être donnée à des SSAM volontaires. Tous doivent cependant veiller à sortir d'un fonctionnement cloisonné, à mettre en place des filières de soins, à surmonter le clivage entre le sanitaire et le social, à favoriser le travail partenarial avec les autres intervenants du parcours de soins et de santé, par exemple au sein des réseaux de santé existants.

Avec le Fonds des SSAM, la Mutualité s'est donné le moyen d'un soutien méthodologique et financier aux groupements du Livre III qui ont des projets de développement ou innovants. Une priorité pourrait être donnée aux projets qui contribuent à l'organisation des soins de premier recours et au développement de parcours de soins et de santé.

Priorité Santé Mutualiste répond à la demande de plus en plus importante d'accès à l'information et de débat sur les questions de santé

Lancé au Congrès de Lyon en 2006, le parcours de santé mutualiste, devenu ensuite Priorité Santé Mutualiste, a développé deux canaux de diffusion : la plateforme téléphonique et les rencontres santé

en région. Un troisième vient d'ouvrir en juin 2012, le site grand public : www.prioritesantemutualiste.fr.

Ce site facilite l'orientation des personnes dans un système de santé de plus en plus complexe. Il répond également aux besoins d'échanges, de confrontation des points de vue dans la construction même de l'information.

Tous les services Priorité Santé Mutualiste sont tournés vers la recherche de solutions personnalisées et peuvent être délivrés de manière ponctuelle ou suivie dans le temps, dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité. Ces différents services sont destinés aux personnes bien portantes et qui souhaitent le rester, aux malades et à leurs proches.

Plus précisément, Priorité Santé Mutualiste permet :

- d'informer sur la prévention et le dépistage, les maladies et leurs traitements, les droits et démarches concernant les soins et les problèmes périphériques à la maladie ;
- d'aider à choisir un établissement, une association ou bien un lieu ressource :
 - des établissements de soins par exemple pour la chimiothérapie ou la chirurgie cardiaque,
 - des associations qui conseillent et soutiennent les malades et leurs proches,

- des lieux de ressources pour la prévention et le dépistage.

Les informations sont issues des autorités de santé (ministère, Haute autorité de santé...) ou d'autres organismes reconnus (Ligue contre le cancer, par exemple).

- d'accompagner dans la durée un adhérent par un « coaching » adapté pour l'aider à changer son mode de vie et réduire ses facteurs de risque, ou par des conseils personnalisés aux différentes étapes du parcours du patient (maintien à domicile après une hospitalisation, par exemple).

Cinq programmes d'accompagnement sont proposés :

- aide à l'arrêt du tabac,
- équilibre alimentaire,
- nutrition des personnes âgées,
- maintien à domicile,
- hébergement pour personnes âgées.

Priorité Santé Mutualiste s'organise aujourd'hui pour mieux répondre aux besoins spécifiques des mutuelles, dans des conditions nouvelles : un socle commun de services ouvert à toutes les mutuelles adhérentes à la FNMF ; des services propres aux mutuelles qui souhaitent utiliser le savoir-faire de PSM pour innover et se développer.

Le programme éducatif « Tensioforme » a été lancé par la Mutualité Française.

Outre sa participation aux expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération, la Mutualité Française, en collaboration avec sept mutuelles et en partenariat avec l'Assurance maladie et les agences régionales de santé, a lancé, en février 2011, un programme expérimental pour prévenir et réduire l'hypertension artérielle : Tensioforme.

Le principe d'un tel programme avait été décidé lors du Congrès de Bordeaux en 2009. Il est aujourd'hui opérationnel.

Tensioforme vise à limiter les complications cardiovasculaires chez les adhérents atteints d'hypertension artérielle et à éviter l'entrée dans la maladie chez ceux qui présentent des facteurs de risques cardiovasculaires.

Pendant une année, les hommes de plus de 45 ans et les femmes de plus de 50 ans suivent gratuitement un programme éducatif complet. Accompagnés par une équipe médico-éducative formée, les participants agissent sur leurs facteurs de risques cardiovasculaires.

Le programme Tensioforme se déroule en lien étroit avec le médecin désigné par le participant qui a donné au préalable son accord.

Personnalisé selon le profil du participant, le programme s'articule autour de trois modules, à raison d'un ou deux rendez-vous par mois :

- un module d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intitulé « santé cardiovasculaire », dispensé par des infirmières spécialisées au sein des établissements de santé mutualistes partenaires,

- un module d'« activité physique adaptée », dispensé par des éducateurs médico-sportifs, des animateurs dans les clubs sportifs et des médecins pour la partie motivation,

- un module de « réduction des facteurs de risque » au choix pour l'adhérent, d'arrêt du tabac ou d'équilibre alimentaire, délivré par un tabacologue ou une diététicienne selon le module choisi, dans le cadre des services de soutien personnalisé de Priorité Santé Mutualiste.

Le programme Tensioforme sera évalué dans le but d'être modélisé et mis en œuvre par les mutuelles qui le souhaitent.

Le service PSM, l'expérimentation Tensioforme participent d'une démarche plus générale de prévention et de promotion de la santé qui devrait être au cœur des parcours de soins et de santé

Cette démarche est mise en œuvre par l'ensemble des acteurs mutualistes : les mutuelles, les Unions régionales à travers leurs services Prévention et promotion de la santé, les SSAM.

Les multiples actions menées, dont une partie est financée par le Fonds national de prévention, ont pour but d'améliorer la santé et la qualité de vie de tous, en agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé, en créant un environnement favorable à celle-ci et en s'appuyant sur les ressources des personnes et des populations. Cette démarche de développement durable en santé doit être affirmée, renforcée, coordonnée et valorisée. C'est, incontestablement, une démarche de différenciation, en adéquation profonde avec les valeurs mutualistes.

- Dans les domaines d'intervention prioritaires que constituent notamment la prévention des maladies chroniques et de la perte d'autonomie, les initiatives mutualistes tendent à offrir des services personnalisés. Ceux-ci seront d'autant plus efficaces qu'ils se déploieront en coordination avec les équipes soignantes et, notamment, le médecin traitant.

Les actions de prévention et de promotion de la santé favorisent la participation libre et active des personnes à leurs parcours de soins et de santé : c'est essentiel pour la qualité même de ce parcours.

Dans un souci d'efficience et de pérennité, il convient naturellement de développer prioritairement les actions dont l'évaluation aura permis de démontrer l'efficacité.

– La politique de prévention de la perte d'autonomie doit être soutenue à tous les âges de la vie et renforcée à certains moments charnières : elle illustre bien le caractère pluridimensionnel de cette politique que la Mutualité s'efforce de mettre en œuvre :

- prévention en amont du risque ou visant à stopper l'évolution négative de ce dernier ;
- approche à la fois médicale et sociale, permettant de corriger certaines vulnérabilités, liées par exemple à l'isolement ou à la pauvreté ;
- dimension individuelle mais également familiale (« aide aux aidants ») et environnementale (adaptation du logement et du contexte urbain afin de favoriser le libre choix et la fluidité du parcours de la personne).

– Le parcours de santé commence dès la naissance. Aussi, la prévention dans le champ de la petite enfance et de la jeunesse est une autre priorité. Elle est décisive si l'on veut combattre les inégalités

sociales de santé qui se construisent dès l'enfance et expliquent en partie la reproduction de ces inégalités d'une génération à l'autre ; la Mutualité Française et ses mutuelles peuvent jouer un rôle important pour prévenir un certain nombre de difficultés au moment de la périnatalité et de la petite enfance ; elles peuvent jouer un rôle pour favoriser l'accès des jeunes aux droits (protection sociale, éducation et formation, emploi, logement...) aux soins, à la prévention et à l'éducation pour la santé.

– Dans le cadre d'une organisation renouvelée des soins de premier recours, la Mutualité Française et ses mutuelles peuvent favoriser une approche populationnelle des problèmes de santé, en donnant accès au plus grand nombre de personnes à un continuum d'actions de prévention, en contribuant au recul des inégalités sociales de santé, en renforçant la démocratie sanitaire.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) peuvent être des outils utiles et efficaces

Les NTIC peuvent être des outils utiles et efficaces pour l'exercice des métiers de la Mutualité, mais également pour mettre en place de nouveaux modes d'organisation du système de santé et de prise en charge des patients.

Leur développement appelle une évaluation sérieuse de leur intérêt et de leur coût et nécessite le plus souvent une réflexion éthique. Les obstacles à surmonter sont nombreux, les vicissitudes du dossier médical partagé (DMP) l'ont amplement montré.

La Mutualité Française dispose d'une expertise dans certains domaines, tel celui de la compensation de la perte d'autonomie. Deux centres d'expertise nationaux, portés par des groupements mutualistes, ont ainsi reçu le soutien de la CNSA (Cenrobotique à Montpellier, Centich à Angers).

La Mutualité Française est désormais sollicitée pour contribuer à l'émergence et au développement de projets innovants. Elle rappelle toutefois que ces projets doivent être mis au service d'une vraie ambition médicale et permettre la mise en place de nouvelles formes d'organisation et d'exercice des soins de premier recours. Elle doit être attentive au modèle économique de ces projets, compte tenu des modes actuels d'allocation de ressources.

La télémédecine, en particulier, peut être un outil qui contribue à améliorer l'accessibilité aux soins, leur qualité et leur efficacité : c'est une forme de coopération médicale à des fins de diagnostic, de surveillance ou de prise en charge. De nombreux projets, soutenus financièrement par les ARS et portés

principalement par des établissements hospitaliers sont en phase de déploiement. Ils concernent la prise en charge des maladies chroniques, de certaines affections telles que l'accident vasculaire cérébral, l'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, l'hospitalisation à domicile, etc.

Cette utilisation des NTIC n'a pas vocation à se limiter aux soins. Elle peut être élargie à la prévention et à l'accompagnement des personnes, à l'exemple de PSM ou de certaines autres expérimentations mutualistes.

La Mutualité Française pourrait dès lors se fixer trois objectifs stratégiques :

- favoriser la coopération médicale et professionnelle en intégrant la télémédecine dans de véritables parcours de soins et de santé ;
- faciliter le suivi à domicile des maladies chroniques et des personnes en perte d'autonomie ;
- renforcer l'offre mutualiste en prévention et promotion de la santé.

Le Congrès de Nice devra préciser les conditions dans lesquelles la Mutualité Française peut s'engager dans ce domaine des NTIC.

Il faut tendre vers un droit réel à une complémentaire santé solidaire

La couverture complémentaire conditionne désormais l'accès aux soins. Ce constat ne vaut pas renoncement à une prise en charge améliorée de l'assurance-maladie obligatoire. Il incite cependant à prendre en compte l'hétérogénéité des couvertures complémentaires actuelles dans un marché concurrentiel, de plus en plus agressif et segmenté. Un marché segmenté renforce les ruptures occasionnées par les trajectoires de vie ou professionnelles. Comment, dès lors, ne pas s'interroger sur les conditions d'une couverture complémentaire solidaire et de qualité pour chacun, tout au long de sa vie ?

La Mutualité Française considère qu'une telle couverture santé doit rapidement devenir un droit. Un droit réel, un droit attaché à la personne, un droit universel qui ne dépend pas exclusivement des ressources ou du statut de cette personne.

Dans la résolution générale votée lors du Congrès de Bordeaux en 2009, la Mutualité Française s'était déjà engagée à « agir pour créer un droit à la protection sociale complémentaire tout au long de la vie ».

Ce chantier reste ouvert mais il est désormais urgent de le mener à bonne fin. Plusieurs séries de

mesures y contribueraient. Elles feraient intervenir la solidarité nationale. Elles amélioreraient les liens entre contrats collectifs et contrats individuels. Elles réserveraient les aides fiscales et sociales aux garanties réellement solidaires.

La solidarité nationale doit s'exercer pleinement

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) sont accordées sous condition de ressources : en 2012, le plafond de celles-ci pour une personne seule est de 648 € par mois pour la CMU-C et de 874 € pour l'ACS (plafond de la CMU-C + 35 %).

Or, le seuil de pauvreté, calculé sur la base de 60 % du revenu médian des ménages, est, en 2012, sensiblement supérieur au plafond de l'ACS (il était estimé à 954 € pour l'année 2009 par l'INSEE).

Une première mesure consisterait à rapprocher le plafond de l'ACS et le niveau du seuil de pauvreté et à utiliser en priorité les aides complémentaires existantes pour les personnes vivant sous ce seuil.

Mais les deux prestations de solidarité nationale – CMU-C et ACS – devraient logiquement être financées par la solidarité nationale. Or, cette dépense est entièrement financée depuis 2009 par la

contribution de 5.9 % des cotisations ou primes des organismes complémentaires (1.9 Mds € en 2011). La dotation budgétaire de l'Etat n'est prévue que pour équilibrer les comptes du Fonds CMU : depuis 2009, elle est inexistante alors qu'au moment de la création du Fonds, en 2000, elle représentait plus des trois quarts des recettes ! Toute nouvelle dépense relative à la CMU-C et à l'ACS devrait être prise en charge par l'Etat afin de pouvoir sortir de ce cercle vicieux : la contribution des mutuelles s'accroît, le coût des contrats augmente, des personnes abandonnent leur mutuelle, elles sont prises en charge au titre de la CMU-C ou peuvent prétendre à l'ACS, la contribution des mutuelles s'accroît de nouveau...

Par ailleurs, la gestion par les organismes complémentaires de la CMU-C devrait être encouragée dans une logique de droit commun pour les bénéficiaires.

La solidarité nationale devrait également s'exercer plus directement en faveur de la jeunesse, en garantissant à tous les jeunes des droits propres, condition de leur autonomie. La Mutuelle des Etudiants (LMDE) a proposé la création d'un chèque national santé pour permettre l'accès à la complémentaire santé de tous les étudiants.

Au-delà des aides indispensables à apporter à ceux qui en ont le plus besoin, la Mutualité Française avait, au début des années 2000, avancé l'idée d'un crédit d'impôt universel. Cette réflexion plus générale sur l'équité des aides et leur généralisation devrait être relancée dans les conditions d'aujourd'hui.

Les liens entre contrats collectifs et contrats individuels doivent être améliorés

Sans remettre en cause l'architecture générale de la couverture complémentaire, il est néanmoins devenu indispensable de renforcer les liens entre contrats collectifs et contrats individuels. Une logique doit présider à cet objectif, celle de la mutualisation et de la portabilité des droits.

La Loi Evin (1989) prévoit par exemple, lorsque les salariés sont couverts collectivement, le maintien de cette couverture au profit des anciens salariés. Cette disposition vise les bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement. Mais les conditions d'application de ce texte ne sont pas satisfaisantes.

L'Accord national interprofessionnel (2008) a de son côté mis en place un dispositif de portabilité des droits. Celui-ci permet le maintien du bénéfice des

garanties des couvertures santé et prévoyance en cas de rupture du contrat de travail. Mais la durée maximale prévue est limitée à neuf mois et le dispositif s'applique difficilement lorsque son financement n'est pas mutualisé.

Si les principes de la Loi Evin et de l'Accord national ne doivent pas être remis en cause, leur application généralisée nécessite, en revanche, la mise en place de mécanismes de mutualisation. Ceux-ci existent déjà, sous différentes formes, dans certaines entreprises ou branches professionnelles, mais ils sont l'exception.

C'est pourquoi, lors de son Congrès de Bordeaux en 2009, la Mutualité Française s'est prononcée en faveur de « la mise en place de mécanismes de mutualisation entre actifs d'une part, retraités, pensionnés et chômeurs d'autre part, qui conditionneraient les aides fiscales et sociales ». Elle se disait alors « prête à étudier des solutions innovantes avec les autres acteurs concernés, en particulier avec les organisations syndicales de salariés ».

De fait, des discussions approfondies ont bien eu lieu en 2009 et 2010 avec ces organisations. Elles ont confirmé l'intérêt de celles-ci pour de tels mécanismes de mutualisation. Mais le type de mécanisme à mettre en place nécessite de poursuivre les échanges au sein

du mouvement mutualiste afin de déboucher rapidement sur des propositions concrètes. La réflexion peut être élargie à la mise en place, sous des formes diversifiées, d'une solidarité intergénérationnelle généralisée, concernant l'ensemble des contrats de couverture complémentaire santé.

Bien entendu, toute cette démarche n'exclut pas la poursuite de la réflexion sur les contrats collectifs eux-mêmes : les nécessaires contreparties aux aides fiscales et sociales dont ils bénéficient, leur économie, leur contribution à la régulation du secteur de la complémentaire santé... Les conditions dans lesquelles se développent les accords de branche et leurs impacts sur les mutuelles doivent également faire l'objet d'un examen attentif.

Il faut réserver les aides fiscales et sociales aux garanties réellement solidaires et responsables

L'expérience des contrats solidaires et responsables a montré que la faiblesse de leur contenu a conduit, dès 2010, à une baisse de l'avantage fiscal. C'est la réalité des engagements pris, leur conformité à l'intérêt général, qui constitue la meilleure garantie de la pérennité des aides financières. Les contrats solidaires et responsables doivent être renouvelés en ce sens.

Les nouvelles règles doivent permettre de renforcer le niveau de solidarité et la capacité de régulation de tous les contrats, collectifs et individuels.

La solidarité, c'est celle qui s'exprime entre les générations, entre bien portants et malades, envers les personnes aux revenus les plus modestes, envers les personnes en situation de rupture professionnelle, familiale ou sociale. Des écarts maximaux de tarification entre tranches d'âge visant à éviter la sélection par l'âge, des systèmes de mutualisation et de péréquation peuvent y contribuer.

La régulation, c'est celle qui permet de sortir d'une approche à court terme, consumériste et individuelle de la couverture santé. C'est celle qui concourt à la maîtrise des dépenses. Des obligations comme des interdictions de prise en charge peuvent y contribuer.

Ces règles de solidarité et de régulation, conformes aux valeurs et aux pratiques mutualistes, devraient être respectées par tous les opérateurs pour bénéficier des aides fiscales et sociales.

La Mutualité est un acteur solidaire de la régulation du système de santé : ce rôle doit lui être reconnu

La Mutualité Française l'a fréquemment souligné : la solidarité ne peut être maintenue sans régulation globale du système de santé. Toute approche fondée sur la maîtrise des seules dépenses de l'assurance-maladie obligatoire est vouée à l'échec. Elle conduit, en effet, le plus souvent à faire de la rupture des liens de solidarité le prix d'un hypothétique équilibre.

Les mutuelles ont un intérêt objectif à la régulation du marché de la complémentaire-santé

À la différence des autres acteurs du marché de la complémentaire santé, les mutuelles ont un intérêt objectif à la régulation de celui-ci.

La complémentaire santé représente 89 % du chiffre d'affaires des mutuelles, 48 % de celui des institutions de prévoyance, 14 % de celui des sociétés d'assurance non-vie, 6 % de celui des sociétés d'assurance mixte (données 2010).

Les mutuelles couvrent plus largement les personnes à revenus modestes et les personnes âgées qui sont aussi les plus malades. Les mutuelles ont une première préoccupation, l'accès aux soins et la

protection de la santé de leurs adhérents, pas celle de vendre de l'assurance à tout prix.

Un marché dérégulé désavantage forcément les pratiques vertueuses et conduit à la banalisation de celles-ci, tout en nuisant à l'intérêt général. Une vraie régulation ne viendrait pas contredire la liberté consubstantielle au fait mutualiste. Elle est au contraire, désormais, la condition du déploiement de la capacité d'initiative des mutuelles, dans le respect de leurs valeurs, pour continuer notamment à jouer un rôle solidaire.

Le choix du partenariat entre les différents acteurs du système santé doit être affirmé

Le système de protection sociale en santé, le système de santé font intervenir de nombreux acteurs. Pour que le partenariat entre ces acteurs fonctionne, il est indispensable que chacun dispose des outils nécessaires à l'exercice de ses métiers et que la gouvernance du système prenne en compte ce pluralisme sur la base d'objectifs partagés.

Les propositions faites par la Mutualité Française lors du Congrès de Toulouse en 2003 étaient guidées par cette conviction : l'objectif était de « clarifier les responsabilités pour une gestion partenariale du risque en santé ».

Depuis la réforme de 2004, l'expérience a montré, malgré la mise en place des instances devant permettre à cette démarche de se concrétiser, qu'il n'y avait guère eu d'avancées. Pire, sur des questions essentielles, le retour en arrière est flagrant.

C'est le cas, en particulier, du schéma directeur des systèmes d'information de la CNAMTS : il prévoit le développement d'une plateforme d'échange de données avec les professionnels de santé, en dehors du GIE Sésam-Vitale. Cette plateforme serait l'unique point d'entrée des données en provenance des professionnels de santé. Or, les organismes complémentaires ont déjà travaillé à la mise en place des solutions « neutres », au sein du GIE Sésam-Vitale, qui permettraient d'éclater les données à la source, en direction de l'assurance-maladie d'une part, des organismes complémentaires d'autre part.

Compte tenu du choix de la CNAMTS, les mutuelles risquent de perdre leur relation directe avec les professionnels de santé, de ne pas disposer des informations nécessaires à la maîtrise des remboursements et au développement des conventionnements. Elles seraient également dépendantes de la CNAMTS pour le déploiement de nouveaux services en ligne.

La préservation de l'indépendance des mutuelles et de leur capacité à gérer au mieux le risque santé

appelle des solutions partenariales. L'enjeu est vital pour les mutuelles. Cela doit les conduire également à alimenter le système national de données mutualistes (SNDM) dans leur propre intérêt et dans celui de la crédibilité du mouvement sur ces questions.

Plus largement, la clarification des responsabilités et une gouvernance réellement partagée du système de santé restent à l'ordre du jour. Au-delà du rôle dévolu à l'UNOCAM dans le cadre des négociations tripartites, la Mutualité Française souhaite que sa qualité d'acteur solidaire de la régulation du système de santé lui soit entièrement reconnue. Cela doit être le cas au sein des agences régionales de santé. Au niveau national, l'intérêt de mettre en place une Agence nationale de santé est souvent souligné. L'objectif serait de clarifier le pilotage national du système et de favoriser le partenariat entre les acteurs concernés. La Mutualité Française devra apprécier en quoi cette nouvelle structuration pourrait être susceptible de répondre à l'intérêt général et à ses propres objectifs.

PARTIE III

Un enjeu vital : défendre et promouvoir le modèle mutualiste

La crise globale actuelle conduit à réfléchir davantage, et certainement autrement, aux questions du développement durable, du progrès humain, de la cohésion sociale, de la participation démocratique des citoyens...

De tous ces points de vue, l'économie sociale et solidaire, la Mutualité, ont quelque chose à dire, au nom de leurs valeurs, de leurs pratiques, de leurs projets.

Elles peuvent être entendues, encore que cela ne va pas nécessairement de soi. Plusieurs enquêtes montrent par exemple la difficulté pour les jeunes d'appréhender la notion même d'économie sociale et solidaire ou encore de distinguer les mutuelles des sociétés d'assurance.

La défense et la promotion du modèle mutualiste passent par un positionnement clair et des actions continues, en cohérence avec le « projet stratégique pour le mouvement mutualiste » adopté par l'Assemblée générale du 15 juin 2012.

La Mutualité Française souhaite renforcer son implication dans l'économie sociale et solidaire

La Mutualité fait partie de l'économie sociale et solidaire. Elle en est l'une des formes, aux côtés des associations, des coopératives, des fondations, mais cette forme est spécifique, son statut est particulier.

L'économie sociale et solidaire vit un moment charnière

Les entreprises de l'économie sociale et solidaire sont des sociétés de personnes et non de capitaux. Elles partagent les valeurs de liberté, d'égalité, de solidarité. Elles s'organisent autour des principes de coopération et de mutualisation. Elles ont une gestion démocratique.

Aujourd'hui, l'économie sociale et solidaire vit un moment charnière : il existe un projet de loi de programmation pour l'économie sociale et solidaire ; le président de la République et le Gouvernement ont pris des engagements à son égard ; un ministre chargé de ce secteur d'activité a été nommé ; des mesures de soutien sont annoncées.

La Mutualité Française est représentée au Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire (CSESS),

au Conseil des entreprises groupements et employeurs de l'économie sociale (CEGES), à l'Agence de valorisation des initiatives socio-économiques (AVISE) et à la Fondation du Crédit coopératif. Elle préside des chambres régionales de l'économie sociale et solidaire et elle est partenaire du Conseil national qui rassemble celles-ci.

La Mutualité Française est donc directement concernée par les débats sur la conception de l'économie sociale et solidaire, sa représentation, son organisation et son développement : elle n'a aucune raison de rester à l'écart de sa famille naturelle, elle a tout intérêt, au contraire, à renforcer son implication au sein de celle-ci.

Une approche critique de la notion d'entrepreneuriat social est nécessaire

La notion d'entrepreneuriat social connaît aujourd'hui un certain succès et inspire les réflexions de la Commission européenne.

Cette notion, d'origine anglo-saxonne, désigne essentiellement les activités économiques marchandes mises au service d'un but social. L'entreprise sociale n'est pas nécessairement à but non lucratif. Elle a principalement pour vocation de satisfaire certains objectifs économiques et sociaux, à travers

notamment des solutions innovantes aux problèmes de l'exclusion et du chômage.

La Commission européenne, dans sa proposition de règlement sur les fonds d'entrepreneuriat social (décembre 2011) définit l'entreprise sociale en indiquant qu'elle « utilise ses bénéfices pour atteindre son objectif principal plutôt que de les distribuer » et qu'elle vise un public de « personnes vulnérables ou marginalisées ».

Il ne s'agit pas de critiquer la notion d'entrepreneuriat social en soi, mais de souligner qu'elle est différente de l'économie sociale et solidaire, de la Mutualité.

Appliquée aux mutuelles, une telle conception reviendrait en effet à mettre en cause deux caractères essentiels de leur activité :

- leur non-lucrativité, au profit d'une « lucrativité limitée » permettant à l'entreprise sociale de distribuer une partie de ses bénéfices à ses propriétaires et actionnaires ;
- leur universalité, car si les mutuelles sont particulièrement soucieuses de la situation des personnes les plus défavorisées, elles ont une vocation universelle et s'adressent à l'ensemble de la population.

En outre, la définition de l'entrepreneuriat social proposée par la Commission européenne n'aborde pas la question de la gouvernance, qui est pourtant une garantie essentielle de la finalité sociale de l'entreprise.

Il revient donc au secteur de l'économie sociale et solidaire d'agir pour que soient pris en compte et pleinement reconnus les statuts de ses entreprises à l'échelon européen comme à l'échelon national.

La Mutualité Française a engagé une réflexion concrète

La Mutualité Française a décidé également d'approfondir deux problématiques de l'économie sociale et solidaire pour lesquelles elle entend proposer et agir :

- les conditions de la nécessaire reconnaissance des employeurs de l'économie sociale et solidaire et de leur participation au dialogue social en France et en Europe ;
- les collaborations, sur le plan régional, entre la Mutualité Française, ses mutuelles d'une part, les autres acteurs de l'économie sociale et solidaire d'autre part, afin de renforcer la capacité d'influence du mouvement mutualiste.

Le modèle mutualiste a de l'avenir, mais il est menacé

Valeurs, mode de propriété, finalités, méthode d'intervention : tout est intrinsèquement mêlé dans le modèle mutualiste. Il forme un tout cohérent auquel il convient de faire référence pour le définir, et non pas au champ d'intervention, aux différents métiers que les mutuelles peuvent exercer.

Confrontées à des risques de banalisation, les mutuelles ont aujourd'hui de nombreux défis à relever.

Les mutuelles peuvent intervenir de manière spécifique dans de nombreux domaines

Les mutuelles sont des « personnes morales de droit privé à but non lucratif » (art. L111-1 du Code de la Mutualité).

Elles se distinguent à la fois par :

- leur mode de propriété : la mutualisation des ressources. Les mutuelles sont détenues par leurs adhérents qui se regroupent librement ;
- leur objet social : les mutuelles mènent « une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide » ;
- leur finalité : « le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie » ;

– leur méthode d'intervention : une gestion démocratique, un partage solidaire du risque.

Sur ces bases, le champ d'intervention des mutuelles, précisé par le Code de la Mutualité, est particulièrement large. Elles peuvent réaliser des opérations d'assurance de personnes, prévenir des risques, avoir une action sociale, gérer des réalisations sanitaires, sociales et culturelles. Elles peuvent également participer à la gestion d'un régime légal d'assurance-maladie ou assurer la gestion d'activités ou de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

Si elles sont essentiellement présentes dans le champ de la santé, l'activité des mutuelles peut donc, et devrait sans doute davantage, s'exercer dans bien d'autres domaines :

– ceux de la protection sociale : outre la santé, la retraite, la dépendance, la famille, le chômage, le logement, l'exclusion sociale... ;

– ceux de la vie éducative, culturelle, sportive...

Naturellement, il ne s'agit pas de vouloir tout faire, sans discernement, sans projet pertinent, sans viabilité économique. Mais il faut savoir prendre la mesure du champ des possibles.

Il est frappant de constater aujourd'hui qu'en dehors même de la Mutualité, les références à la

mutualisation des ressources, des moyens et des risques deviennent, les crises aidant, de plus en plus fréquentes : dans la vie sociale comme dans la vie économique, à l'échelon national comme à l'échelon européen et international.

Incontestablement, le modèle mutualiste a de l'avenir.

Face aux risques de banalisation, les mutuelles ont de nombreux défis à relever

Les logiques qui président à la réglementation européenne des activités d'assurance, le développement de marchés concurrentiels dans les domaines sanitaire et social font peser de fortes contraintes sur les mutuelles. Les risques de banalisation, au cours des années écoulées, se sont accrus.

Beaucoup dépend des mutuelles elles-mêmes. Elles ont démontré, depuis le début des années deux mille, une remarquable capacité d'adaptation. Cependant, les défis permanents que doivent relever les mutuelles sont nombreux, parmi lesquels :

– celui de l'adéquation constante de leurs pratiques et des valeurs auxquelles elles se réfèrent : les mutuelles doivent rester elles-mêmes, le décalage entre le discours et les actes ne pouvant déboucher que sur un discrédit ;

– celui de leur crédibilité sociale mais aussi économique : les mutuelles sont des entreprises et elles doivent démontrer que l'on peut vraiment entreprendre autrement. Une économie fondée sur la solidarité n'a pas vocation à être déficitaire. L'entreprise mutualiste doit être efficiente, qu'elle relève du Livre I, du Livre II ou du Livre III. C'est la condition de sa pérennité. C'est aussi en étant un acteur économique fort que la Mutualité deviendra un acteur de référence dans les domaines de la protection sociale et de la santé. C'est pour cette raison que les politiques de prévention des risques économiques et financiers ont une importance cruciale. Elles doivent être organisées, coordonnées, développées avec des outils adaptés ;

– celui de leur coopération au sein de mouvement mutualiste, conjointement à l'affirmation de leur identité propre : les mutuelles sont autonomes et leur liberté est une condition de leur capacité d'innovation. Mais elles doivent préserver ce qui les rassemble et ne pas laisser l'émulation qui peut exister entre elles se transformer en concurrence ouverte. Elles y perdraient leur âme.

*Les mutuelles ne peuvent laisser
certaines critiques sans réponse sérieuse*

Sur le plan économique, dans le domaine de la couverture complémentaire santé, les mutuelles n'ont

rien à envier à leurs concurrents, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance. Les dernières données disponibles le prouvent, qu'il s'agisse des résultats techniques et nets, ou encore des ratios de solvabilité (la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2011).

Mais les mutuelles continuent parfois d'être attaquées sur l'importance présumée de leurs réserves. C'est pour le moins paradoxal alors que tant d'autres acteurs économiques ont dû faire appel à l'Etat ou à la Banque centrale européenne pour compenser la faiblesse de leurs fonds propres, parfois suite à des prises de risque déraisonnables.

De fait, il est exact que les taux de couverture bilancielle de marge des mutuelles sont bien supérieurs, en moyenne, aux 100 % exigés : ces taux moyens étaient de 386 % en 2010 et 423.5 % en tenant compte des plus-values latentes.

Ces chiffres restent néanmoins inférieurs à ceux des sociétés d'assurance non-vie et des institutions de prévoyance.

N'ayant pas d'actionnaires à rémunérer, mais ne pouvant compter que sur leurs résultats, les mutuelles ont accumulé leurs réserves année après année,

certaines sur plusieurs générations : c'est le patrimoine indivisible et inaliénable de leurs adhérents.

Rapportées aux prestations à payer, ces réserves doivent être relativisées. Et l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) rappelle justement que « ces taux doivent cependant être utilisés avec une grande prudence, l'exigence de marge de solvabilité actuelle ne comprenant pas la prise en compte des risques d'assurance et de placement, contrairement au régime prudentiel à venir, Solvabilité 2 » (rapport annuel sur le marché de l'assurance en 2010).

Sur le fond, c'est moins le niveau de ces réserves que leur utilisation potentielle qui devrait faire débat : les exigences de sécurité étant remplies, ces réserves vont-elles « dormir » ou permettre à l'initiative mutualiste de se déployer ? On peut ici évoquer les investissements immobiliers ou dans des fonds de développement des mutuelles gestionnaires de SSAM ; ou encore les fonds propres nécessaires à la couverture de risques longs, tel que la dépendance des personnes âgées.

Les frais de gestion des mutuelles sont également parfois présentés comme étant excessifs. Sur la base du compte de résultat technique santé 2010, les frais de gestion des mutuelles sont en moyenne supérieurs à ceux des institutions de prévoyance – qui gèrent

essentiellement des contrats collectifs dont la gestion est moins lourde que celle des contrats individuels –, mais inférieurs à ceux des sociétés d'assurance. Les frais d'acquisition de ces dernières sont particulièrement élevés (la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2011).

A ce sujet, dans un contexte polémique déplorable, marqué par de nombreuses attaques contre la Mutualité, la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2012 a introduit une nouvelle condition au bénéfice des avantages fiscaux et sociaux des contrats responsables : les organismes complémentaires devront communiquer annuellement aux assurés le montant et la composition de leurs frais de gestion et d'acquisition, exprimés en pourcentage des cotisations ou primes. Un rapport du gouvernement, dont la rédaction est confiée à la DREES, doit être remis au Parlement avant le 31 août 2012. Il a pour objet l'analyse comparative des coûts de gestion et du niveau de prestations offertes par l'assurance-maladie obligatoire et l'assurance-maladie complémentaire.

La Mutualité Française est favorable à la transparence. Et que des progrès restent à faire pour optimiser la gestion des mutuelles, personne ne le contestera. Encore faut-il s'entendre sur le contenu de ces frais de gestion et admettre que comparaison n'est

pas raison. La Mutualité Française a exprimé ses plus grandes réserves sur l'utilisation qui pourrait être faite de ce rapport. Le débat sur cette question doit repartir sur de nouvelles bases.

La spécificité mutualiste est l'enjeu des évolutions du cadre juridique, prudentiel et fiscal des activités mutualistes

La question de la spécificité mutualiste est récurrente : son acuité s'exprime à travers les dossiers qui concernent la fiscalité des activités mutualistes, les règles prudentielles des opérations d'assurance, les évolutions du Code de la Mutualité.

Un nouveau régime fiscal est applicable aux mutuelles

La 4^{ème} loi de finances rectificative pour 2011 prévoit l'assujettissement des mutuelles au régime fiscal de droit commun. Les conditions et les conséquences de cet assujettissement ont été précisées par la Direction de la législation fiscale en mars 2012.

Cette décision est intervenue après que les autorités européennes ont décidé que les mutuelles ne pouvaient continuer à être exemptées du fait de leur

seul statut. Seules comptent désormais la nature de leurs activités et les conditions dans lesquelles elles les exercent.

Après avoir, par son action, longtemps retardé l'échéance, le mouvement mutualiste a encore pu négocier des délais pour l'entrée progressive en fiscalité.

Les mutuelles du Livre II sont concernées par les règles de droit commun applicables aux entreprises d'assurance. Elles sont donc soumises à l'impôt sur les sociétés et à la taxe sur les excédents de provisions pour sinistres. L'enjeu pour ces mutuelles est l'établissement d'un bilan fiscal de départ.

Les mutuelles du Livre I et du Livre III doivent respecter certaines conditions pour bénéficier du régime des organismes non lucratif : c'est l'occasion d'une réflexion stratégique pour les groupements du Livre III en termes d'organisation et de contenu de leurs activités.

Enfin, tous les groupements sont concernés par la contribution économique territoriale (CET) et peuvent l'être, selon leur situation, par l'imposition forfaitaire annuelle (IFA) et par des taxes annexes assises sur les salaires.

Ce nouveau régime fiscal va restreindre les

possibilités de constitution de fonds propres des mutuelles du Livre II et les marges de manœuvre des groupements du Livre III. Le gouvernement doit remettre au Parlement, avant le 30 septembre 2012, un rapport sur les conséquences de la fiscalisation sur les fonds propres, dans la mesure où les mutuelles ne peuvent faire un appel public à l'épargne. La Mutualité Française continuera donc à faire des propositions visant à limiter l'impact négatif du nouveau régime fiscal, tant pour le livre II que pour le livre III.

Solvabilité 2 réforme profondément la réglementation applicable au secteur de l'assurance

Avant même l'entrée en vigueur de la directive européenne Solvabilité 2, une directive modificative, Omnibus 2, a été proposée par la Commission européenne en janvier 2011. Cette dernière est toujours en négociation. Deux versions de la directive coexistent à ce jour, l'une émanant du Conseil de l'Union européenne, l'autre du Parlement européen.

Le nouveau cadre prudentiel serait, a priori, applicable au 1^{er} janvier 2014, avec une mise en œuvre progressive partielle courant 2013.

Ces délais restent très volontaristes. Les pouvoirs publics en France ont prévu une échéance de

transposition fin 2012. Une loi d'habilitation permettrait au gouvernement de transposer les textes par voie d'ordonnance, dans un délai de deux ans.

Mais un risque existe, celui d'une harmonisation qui concernerait les principes de gouvernance et de gestion des risques, la clarification des niveaux de responsabilité, les compétences des dirigeants effectifs. Ce sont des domaines dans lesquels actuellement le Code laisse à la Mutualité une latitude pour agir. Cette possibilité doit être garantie et renforcée.

Si la gouvernance mutualiste doit s'adapter aux réalités de son environnement, ses spécificités doivent, en revanche, être absolument préservées : des propositions concrètes devront être faites à cette fin par la Mutualité Française.

Par ailleurs, dans le domaine des fonds propres, certaines inquiétudes perdurent : leur niveau réglementaire, le durcissement des conditions d'admissibilité, leur fiscalité peuvent être un élément de fragilisation pour des mutuelles.

La Mutualité Française se prononce pour un juste équilibre entre la nécessité de protéger au mieux les assurés et un niveau raisonnable de fonds propres tenant compte de la nature des activités exercées.

Enfin, le projet actuel apparaît totalement inadapté au traitement des risques longs en général et du risque retraite en particulier : il introduirait une distorsion de concurrence inacceptable au profit des fonds de pension européens.

*Le Code de la Mutualité peut évoluer
mais sa légitimité doit être affirmée*

Comment doit évoluer le Code de la Mutualité ? Au fur et à mesure de la transposition de la réglementation européenne, la Mutualité Française a constamment dénoncé la dérive qui conduirait à faire du Code des Assurances le code pilote, et du Code de la Mutualité le code suiveur.

Il ne s'agit évidemment pas d'exiger que le Code de la Mutualité rassemble toutes les dispositions relatives à tous les métiers exercés par les mutuelles. Cela ne serait guère justifié, compte tenu de l'ampleur et de la diversité de leur champ d'intervention. Ce qui vaut déjà pour les activités sanitaires et sociales peut valoir également pour les opérations d'assurance. Avec une condition cependant : la Mutualité Française doit être représentée dans toutes les instances qui donnent un avis sur les textes législatifs et réglementaires concernant ces opérations, outre bien entendu le Conseil supérieur de la Mutualité.

Le Code de la Mutualité a toute sa légitimité. Il a pour vocation de rassembler les lois et règlements qui définissent le statut particulier des mutuelles : leur nature, leurs principes, leur objet, leurs finalités, leur fonctionnement, leur gouvernance, leur mode d'intervention...

Ce Code doit évoluer pour prendre en compte les besoins des mutuelles, les doter des outils, des moyens propres à leur développement. Il ne doit pas entraver la liberté mutualiste et aller jusqu'à susciter la recherche d'autres formes juridiques d'intervention. Des propositions ont été faites à cette fin, issues du groupe de travail fédéral « Organisation juridique et financière des groupes mutualistes ». Elles seront approfondies et soumises aux pouvoirs publics.

Le service social rendu par les mutuelles doit être mesuré

La promotion du modèle mutualiste ne peut se payer de mots. Les adhérents, la population, les partenaires de la Mutualité, les pouvoirs publics ont besoin de prendre la mesure du service social rendu par les mutuelles. Il convient donc de définir les critères, les indicateurs qui permettront d'objectiver, de concrétiser leur apport : en quoi répondent-elles aux besoins sanitaires et sociaux des personnes ?

Le font-elles dans des conditions optimales ? Et avec quelle capacité de différenciation vis-à-vis des autres opérateurs de la couverture complémentaire santé ?

Les mutuelles du Livre II doivent pouvoir évaluer le service social qu'elles rendent à leurs adhérents sur un plan individuel, à leurs adhérents et à la population sur un plan collectif. Elles peuvent le faire en considérant le contenu solidaire de cette offre, mais aussi son efficacité sanitaire et son efficience économique.

Il en va de même pour les Unions régionales, à travers notamment leurs services de prévention et de promotion de la santé : l'évaluation de leurs actions participe de la démarche visant à objectiver le service social rendu.

Les groupements du Livre III sont également et directement concernés, avec des critères communs à ceux des mutuelles du Livre II mais aussi des critères spécifiques. Aux critères valables pour tous les SSAM s'ajouteront certainement des critères propres à chaque type de SSAM.

Un chantier spécifique s'ouvre sur la contribution des mutuelles, en tant qu'entreprises de l'économie sociale et solidaire, à des missions d'intérêt général. Ce chantier sera l'occasion de revisiter les notions de

services sociaux d'intérêt général, de développement durable, de responsabilité sociétale d'entreprise et d'apprécier, de ces différents points de vue, l'engagement et l'apport des mutuelles.

La mesure du service social rendu conduira certainement à définir des critères et des indicateurs communs à l'ensemble du secteur de l'économie sociale et solidaire. Il sera utile de s'appuyer sur les travaux déjà ouverts dans ce cadre. Mais il sera également nécessaire, chaque fois que cela s'avèrera possible, d'identifier des critères et des indicateurs propres à la Mutualité.

L'ensemble de ce chantier, dont les avancées seront présentées lors du Congrès, nécessite la participation active des groupements mutualistes qui ont été assurés de la confidentialité des données transmises.

Chaque groupement pourra tirer le plus grand profit du cadre de référence du service social rendu qui sera établi. Mais ce sera vrai aussi pour le mouvement, pris collectivement : quel atout majeur pour la défense et la promotion du modèle mutualiste !

La restructuration des mutuelles se poursuit, le caractère démocratique de leur gouvernance ne doit pas être pris en défaut

Si le secteur mutualiste reste plus morcelé que celui de ses concurrents assurant une couverture santé, sa concentration se poursuit. Il existait 1158 mutuelles du Livre II en 2006, dont 484 étaient substituées. Elles ne sont plus que 719 en 2010, dont 233 substituées. Les 100 premières mutuelles en terme de chiffre d'affaires « santé » représentent aujourd'hui 83 % de l'assiette du Fonds CMU de l'ensemble du secteur mutualiste.

Le mouvement de concentration a ses raisons, mais le pluralisme et la diversité du mouvement mutualiste doivent être absolument préservés. Les regroupements les plus importants, sous une forme fusionnée ou unionale, doivent coexister entre eux et respecter le tissu des petites et moyennes mutuelles. Celles-ci peuvent nouer des partenariats avec d'autres opérateurs ou entre elles, concernant le contenu de l'offre, son développement, les politiques de conventionnement ou encore la mutualisation de moyens.

Dans ce nouveau contexte, la réflexion sur le sens et les conditions d'un fédéralisme efficace doit être développée.

Quels que soient les choix de structuration des mutuelles, ceux-ci doivent être faits de manière transparente, démocratique. Ils ne sauraient également avoir pour conséquence de remettre en cause l'ancrage territorial et les relations de proximité avec les adhérents.

La démocratie est au cœur du modèle mutualiste.

Si le principe « un homme (une femme), une voix » ne peut souffrir de discussion pour les mutuelles, la gouvernance des unions, et particulièrement des Unions territoriales du Livre III, nécessite de mieux faire coïncider responsabilité économique et responsabilité politique.

Mais la primauté donnée aux mutuelles qui s'engagent économiquement ne doit pas conduire à priver les autres mutuelles, qui ont l'obligation d'adhérer et de cotiser, de la possibilité de compter dans les décisions majeures concernant la vie et le devenir de ces Unions territoriales : un groupement ne peut décider seul.

C'est ce qui a conduit, dans le cadre de l'élaboration de la stratégie du mouvement pour les SSAM, à moduler le système des « mutuelles financeurs » tout en rappelant l'importance et le sens de celui-ci.

Le caractère démocratique de la gouvernance des mutuelles peut également être mis en défaut par le manque de mixité, de rajeunissement et de diversité des élus mutualistes.

Le Conseil d'administration de la Fédération, bien que son caractère particulier doive être pris en compte, ne donne malheureusement pas l'exemple.

Il comprenait 30 % de femmes en 2009, 24 % seulement en 2012.

En 2012, comme en 2009, il n'y a que 5 % d'administrateurs âgés de 25 à 40 ans. En revanche, 76 % des administrateurs sont âgés de plus de 56 ans en 2012, ils étaient 72 % en 2009.

D'autres chiffres sont également significatifs : par exemple, les 25 Unions régionales de la Mutualité Française ne comptent que 2 femmes présidentes, soit 8 %.

Le renouvellement militant est indispensable. Bien plus, c'est une question de survie pour le mouvement mutualiste. Et il n'est plus possible de déplorer le même constat à chaque congrès. Le projet stratégique pour le mouvement mutualiste contient des propositions à ce sujet. Elles ne devront pas rester lettre morte.

Le statut de mutuelle européenne est un enjeu majeur pour la reconnaissance et le développement des mutuelles

La Mutualité Française s'est engagée plus résolument au sein des instances européennes et internationales. Elle assure désormais la présidence de l'Association internationale de la Mutualité (AIM). Elle participe aux travaux de la Fédération internationale des coopératives et mutuelles ayant des activités d'assurance santé et de biens (ICMIF). Elle est présente, avec ses partenaires français (GEMA, ROAM) et européens, dans l'Association des assureurs mutuels et coopératifs en Europe (AMICE), laquelle représente le secteur mutualiste auprès des instances de supervision européenne (EIOPA).

L'AMICE et l'AIM ont déjà élaboré conjointement un argumentaire et un plan d'action commun en faveur du projet de statut de mutuelle européenne. Ce projet a connu de nombreuses péripéties, mais il constitue plus que jamais un enjeu majeur pour la Mutualité Française. En effet, les outils juridiques actuels ne permettent pas aux mutuelles de se développer dans le marché intérieur en tant que telles. Elles sont contraintes d'adopter d'autres formes juridiques à cette fin : c'est un risque pour leur identité, c'est une perte de chance pour leur développement.

L'actualité est redevenue favorable. En mars 2011, le Parlement européen a voté une déclaration écrite à l'attention de la Commission européenne pour relancer ce statut de mutuelle européenne. Il a publié, en août 2011, une étude sur « le rôle des mutuelles au 21^{ème} siècle ». Il a entrepris la rédaction d'un rapport d'initiative législatif sur ce statut, qui devrait faire l'objet d'un vote, début 2013.

La Commission européenne a lancé, de son côté, une étude complémentaire dont les conclusions sont attendues pour octobre 2012.

L'hétérogénéité des situations nationales peut continuer d'apparaître comme un obstacle dans l'avancée de ce dossier. Mais Solvabilité 2 rend encore plus nécessaire la création du statut de mutuelle européenne : pour les groupes d'assurance, les règles prudentielles tiennent compte de la diversification des risques, en termes d'activité et de localisation géographique ; avec le statut de la mutuelle européenne, les mutuelles pourraient constituer des groupes à l'échelle européenne et bénéficier des mêmes avantages.

Certes, d'autres possibilités de constitution de groupes existent, mais elles ne répondent que partiellement aux objectifs poursuivis à travers le statut de la mutuelle européenne.

La Mutualité Française poursuivra donc ses efforts pour que ce statut de mutuelle européenne devienne le plus vite possible réalité.

Les partenariats doivent être développés en cohérence avec les valeurs, les principes et la stratégie mutualistes

Le projet stratégique pour le mouvement mutualiste le souligne : les partenariats sont un moyen d'action privilégié au service des objectifs du mouvement et des mutuelles.

Cependant, dans les domaines les plus divers, le mouvement mutualiste est confronté à des choix de politique partenariale qui peuvent mettre en jeu ses valeurs, ses priorités, son indépendance : les systèmes d'information ont déjà été cités, on peut également évoquer la pratique du courtage en assurance ou encore des actions de prévention suscitant l'intérêt de laboratoires pharmaceutiques...

Evidemment, les partenariats sont de différente nature.

La Fédération a démontré son attachement au développement du dialogue avec les autres acteurs du mouvement social, les syndicats de salariés et les associations. Des incompréhensions sur le rôle des uns

et des autres ont pu être levées, il a été possible d'aboutir à des positionnements communs ou convergents, visant à défendre et consolider la protection sociale solidaire. Il est remarquable de souligner que la Mutualité Française a pu, à plusieurs reprises, en 2011 et 2012 s'exprimer en commun avec l'ensemble des syndicats de salariés.

Au sein de l'économie sociale et solidaire, les partenariats permettent de promouvoir des valeurs, des principes, un modèle d'entreprise partagés.

Dans le système de santé les partenariats, cela a été souligné, sont indispensables. Avec les professionnels de santé et, bien entendu, l'assurance-maladie obligatoire. La Mutualité Française se prononce clairement pour un partenariat pérenne entre une assurance-maladie obligatoire de haut niveau et une Mutualité mettant au service de la protection sociale la souplesse et la diversité de ses formes d'intervention ainsi que sa capacité d'innovation. Ces partenariats concernent aussi les autres acteurs de l'assurance-maladie complémentaire. Ils ont une forme institutionnalisée, avec les missions dévolues à l'UNOCAM. Mais ces partenariats n'effacent pas la concurrence et n'atténuent pas les différences stratégiques. Ils peuvent être conflictuels.

Les partenariats avec les pouvoirs publics et les collectivités territoriales sont un enjeu, non seulement pour la reconnaissance de la Mutualité, mais également pour l'organisation de l'offre sanitaire et sociale et le développement territorial. L'accord de partenariat récemment conclu avec l'Assemblée des départements de France (ADF) en témoigne.

Enfin, la politique de développement des mutuelles appelle de nombreux partenariats entre elles et avec d'autres opérateurs. Le projet stratégique pour le mouvement mutualiste indique que la Fédération formulera à l'intention des mutuelles, et avec leur concours, des recommandations internes sur ces partenariats. Elles pourront prendre la forme d'une charte éthique et de règles déontologiques.

Conclusion

Le moment est important.

La crise, mais aussi les évolutions sociétales, notamment la question générationnelle, ont ravivé les interrogations sur la pérennité et les finalités de la protection sociale. Tout invite à un réexamen des manières de penser et d'assurer les solidarités entre les différentes catégories sociales, entre les âges et les générations, tout au long des parcours de vie, de formation, de travail.

Une urgence s'impose : recréer pour tous les conditions d'un égal accès aux soins, d'une protection efficace de la santé. Ces droits sont mis à mal. De longue date, par des inégalités sociales de santé croissantes, par l'absence d'organisation et de régulation du système de santé. Mais plus récemment aussi, par la flambée des dépassements d'honoraires et de tarifs, par un recours plus incertain à une couverture complémentaire santé toujours plus chère.

La Mutualité Française, ses mutuelles proposent de changer de cap. Et elles s'engagent. Pour un financement de la protection sociale obligatoire plus solidaire et répondant mieux aux besoins. Pour construire une nouvelle forme d'opposabilité tarifaire au profit des patients. Pour instaurer un droit réel à une complémentaire santé vraiment solidaire. Pour organiser les soins de premier recours, développer des parcours de soins et de santé, réguler le système de santé. Pour innover en prenant appui sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

S'il doit y avoir une permanence dans l'action de la Mutualité Française et de ses mutuelles, c'est bien celle qui vise à défendre et promouvoir le modèle mutualiste, ses valeurs, sa finalité, sa méthode d'intervention dans la société. Accroître la capacité d'influence de la Mutualité Française suppose plus de cohésion, plus de cohérence, plus de continuité, plus de persévérance dans l'action de la Fédération et des mutuelles. C'est le sens du projet stratégique pour le mouvement mutualiste.

La Mutualité Française a décidé de renforcer son implication au sein de l'économie sociale et solidaire. De peser davantage sur les évolutions du cadre juridique, prudentiel, fiscal dans lequel les mutuelles exercent leur activité. Pour que chaque mutuelle,

en tant qu'entreprise et acteur social, puisse mieux se développer.

La Mutualité Française, ses mutuelles ont choisi de défendre le modèle mutualiste en mettant en évidence le service social rendu de leurs activités. En renforçant le caractère démocratique de leur gouvernance. En essayant de faire aboutir le statut de mutuelle européenne. En développant des partenariats, car le repli sur soi est néfaste, y compris en terme d'identité.

C'est par l'exemple et non par le seul discours que la preuve doit être apportée de la vitalité et de l'avenir du modèle mutualiste. Le Congrès de Nice peut contribuer à relever ce défi.

Table des matières

11	Préface d'Etienne Caniard
17	Introduction
21	La pérennité et les finalités de la protection sociale solidaire sont en question
22	□ La pérennité du financement de la protection sociale obligatoire est compromise
24	□ Le système n'est pas suffisamment adapté aux risques sociaux actuels
26	□ La question générationnelle est devenue essentielle
28	□ Les dépassements d'honoraires et de tarifs mettent en cause le caractère solidaire du système d'assurance-maladie
30	□ Les renoncements aux soins augmentent d'autant plus que le recours à une complémentaire santé devient plus difficile.
34	□ Les systèmes sanitaires et sociaux de prise en charge des personnes sont peu organisés et souvent inefficients
37	□ Le droit à un égal accès aux soins doit s'accompagner du droit à la protection de la santé
38	□ La réforme de 2004 et la Loi HPST de 2009 n'ont pas amélioré la gouvernance des systèmes d'assurance-maladie et de soins
40	□ La régulation du marché de la complémentaire santé est en recul

- 43 **Protection sociale, santé :**
la Mutualité Française propose de changer de cap et s'engage
- 45 ☐ Le financement de la Sécurité Sociale, de sa branche maladie et de la CNSA doit être plus solidaire et répondre aux besoins
- 47 ☐ La part des dépenses de santé restant à la charge des assurés sociaux doit être réduite
- 48 • Il faut lutter vraiment contre les dépassements d'honoraires et construire une nouvelle forme d'opposabilité tarifaire pour les patients
- 50 • Les mutuelles doivent bénéficier d'une pleine capacité de conventionnement
- 51 • Le panier de soins et de services pris en charge collectivement doit être redéfini
- 54 ☐ Il est urgent d'organiser les soins de premier recours et de développer des parcours de soins et de santé
- 56 • Le rôle du médecin traitant et de l'équipe soignante doit être conforté, leurs rémunérations adaptées
- 57 • La coordination entre les soins de ville et les établissements de santé et médico-sociaux doit être améliorée
- 59 ☐ L'implication des mutuelles peut prendre des formes diversifiées et doit s'intensifier, avec une vision globale de la gestion du risque en santé
- 61 • Les quelques 2500 Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM) témoignent de la volonté des mutuelles de jouer un rôle d'acteur global de santé
- 64 • Priorité Santé Mutualiste répond à la demande de plus en plus importante d'accès à l'information et de débat sur les questions de santé

- 67 • Le programme éducatif « Tensioforme » a été lancé par la Mutualité Française.
- 69 • Le service PSM, l'expérimentation Tensioforme participent d'une démarche plus générale de prévention et de promotion de la santé qui devrait être au cœur des parcours de soins et de santé
- 71 • Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) peuvent être des outils utiles et efficaces
- 74 ☐ Il faut tendre vers un droit réel à une complémentaire santé solidaire
- 75 • La solidarité nationale doit s'exercer pleinement
- 77 • Les liens entre contrats collectifs et contrats individuels doivent être améliorés
- 79 • Il faut réserver les aides fiscales et sociales aux garanties réellement solidaires et responsables
- 81 ☐ La Mutualité est un acteur solidaire de la régulation du système de santé : ce rôle doit lui être reconnu
- 81 • Les mutuelles ont un intérêt objectif à la régulation du marché de la complémentaire-santé
- 82 • Le choix du partenariat entre les différents acteurs du système santé doit être affirmé
- 85 **Un enjeu vital : défendre et promouvoir le modèle mutualiste**
- 87 ☐ La Mutualité Française souhaite renforcer son implication dans l'économie sociale et solidaire
- 87 • L'économie sociale et solidaire vit un moment charnière
- 88 • Une approche critique de la notion d'entrepreneuriat social est nécessaire

- 90 • La Mutualité Française a engagé une réflexion concrète
- 91 ☐ Le modèle mutualiste a de l'avenir, mais il est menacé
- 91 • Les mutuelles peuvent intervenir de manière spécifique dans de nombreux domaines
- 93 • Face aux risques de banalisation, les mutuelles ont de nombreux défis à relever
- 94 • Les mutuelles ne peuvent laisser certaines critiques sans réponse sérieuse
- 98 ☐ La spécificité mutualiste est l'enjeu des évolutions du cadre juridique, prudentiel et fiscal des activités mutualistes
- 98 • Un nouveau régime fiscal est applicable aux mutuelles
- 100 • Solvabilité 2 réforme profondément la réglementation applicable au secteur de l'assurance
- 102 • Le Code de la Mutualité peut évoluer mais sa légitimité doit être affirmée
- 103 ☐ Le service social rendu par les mutuelles doit être mesuré
- 106 ☐ La restructuration des mutuelles se poursuit, le caractère démocratique de leur gouvernance ne doit pas être pris en défaut
- 109 ☐ Le statut de mutuelle européenne est un enjeu majeur pour la reconnaissance et le développement des mutuelles
- 111 ☐ Les partenariats doivent être développés en cohérence avec les valeurs, les principes et la stratégie mutualistes
- 115 **Conclusion**

La Mutualité Française rassemble la quasi-totalité des mutuelles santé en France, soit près de 500. Elle anime un réseau de 2 500 établissements et services sanitaires et sociaux ainsi qu'un réseau de santé publique reconnu. Enfin, elle constitue un mouvement d'utilité sociale qui occupe une place prépondérante dans les domaines de la santé et de la protection sociale.

En octobre 2012, à l'occasion de son Congrès national, la Mutualité Française réunira près de 3 000 délégués pour délibérer de ses orientations stratégiques. Ce Congrès se situe dans un moment particulier.

La situation économique mais aussi les évolutions sociétales ont ravivé les interrogations sur la pérennité et les finalités de la protection sociale. Les élections présidentielles et législatives ont modifié la donne politique. Enfin, le mouvement mutualiste, bien qu'il bénéficie d'une image positive auprès des Français, est parfois l'objet de critiques, voire, dans la période récente, de controverses publiques, pour lesquelles des réponses sont attendues.

Ce Congrès constitue donc une étape déterminante où doivent être réexaminées nos manières de penser, tant au niveau de la protection de la santé que du modèle mutualiste lui-même. C'est dans cette double perspective que se situe le Rapport pour le Congrès. Issu de débats menés sur ces sujets depuis plusieurs mois avec les mutuelles mais aussi avec les partenaires sociaux et associatifs, il sera proposé au vote des délégués du Congrès de la Mutualité Française.

C'est le texte de ce Rapport que nous vous proposons de découvrir ici.

