

Comité Opéra

XVII^e rencontres du Comité Opéra

Quelle pertinence pour le contrat responsable ?

Mercredi 16 novembre 2022



Sommaire

Intervenants	3
I-Conséquence : Les complémentaires « cornérisées »	3
Une absurdité totale	4
Une question dérangeante	4
De l'utilité ou non du contrat responsable	4
II-La genèse, une attente mutualiste ?	5
III-Echapper aux contrats « responsables »	5
« La complémentaire 0 % santé »	5
Les contrats « raisonnables »	6
IV-Des espaces de respiration et d'innovation	6
La prévention mais laquelle ?	6
L'accompagnement des anciens	7
Le sport-santé, une forme de prévention efficace	7
L'éducation à la santé pour le bien-veillir	8
Les obsèques	9
Les déserts médicaux	9
V-Faire évoluer les contrats responsables	10
Remettre de la logique	10
Desserrer l'étai	10
VI- Refabriquer du mutualisme	11
Liberté des contrats, des adhérents et des gestionnaires	11
Retransformer les adhérents en adhérents	11
VII-Que faire avec les contrats responsables ?	12
Anne Marion	12
Pascal Beau	12
Pierre-Edouard Magnan	12
Philippe Mixe	13
VIII-La « grande Sécu », des avis qui divergent	13

Intervenants

- Jean-Pierre Brunet, président du Comité Opéra
- Anne Marion, fondatrice du cabinet d'actuariat Actuarielles ;
- Pascal Beau, président du comité éditorial d'*Espace social européen* ;
- Pierre-Edouard Magnan, président de la mutuelle UDT ;
- Erwan Tison, directeur des études de l'Institut Sapiens.
- Rencontres animées par Christophe Vanackere, directeur du *Fil-Social* et de Provita conseil.

En préambule de ces XVII^e rencontres du Comité Opéra, il revient à son président, Jean-Pierre Brunet, de rappeler ce qu'est un « *contrat solidaire et responsable, depuis quand il existe et quelle fut son évolution au fil des textes* ».

Les contrats solidaires datent de 2002. Un contrat était dit solidaire lorsqu'il n'y avait pas de sélection médicale à l'adhésion et que le montant de la cotisation n'évoluait pas en fonction de l'état de santé de la personne.

En 2004, a été créé le contrat responsable afin « *d'inciter le patient à tenir un comportement raisonnable par rapport à l'offre de soins en définissant les conditions de prise en charge des frais de santé ; en établissant des planchers, des plafonds et des exclusions ; en encourageant les assurés à suivre un parcours de soins coordonné* ».

Est venu ensuite s'y greffer le 100 % Santé.

La diffusion de ces contrats a toujours été encouragée fiscalement. Ainsi, en 2022, leur taxation est de 13.27 % contre 20.27% pour les contrats dits non responsables. Aujourd'hui, « *95% des contrats de complémentaires santé respectent les critères des contrats solidaires et responsables* ».

Jean-Pierre Brunet pose ensuite la question centrale des débats : « *Qu'en est-il aujourd'hui de leur efficacité, de leur économie ?* »

Les intervenants traiteront non seulement de cette question précise mais aussi de la genèse de ce type de contrats, de ses conséquences pour les mutuelles ainsi que des réponses qu'elles apportent ou pourraient apporter pour échapper à ce que beaucoup considèrent comme un encadrement de leur activité. Il sera question d'accompagnement, de prévention, de sport-santé, mais aussi de contrats « raisonnables », et aussi, et surtout, de « refaire du mutualisme ».

En outre, ainsi que le dira Pascal Beau, « *tout est lié. C'est comme une pelote de laine. Quand on tire sur la pelote du contrat responsable, ce sont toutes les contradictions, les erreurs, qui viennent* ».

C'est pourquoi sera, également, évoquée la question de la possibilité de « grande Sécu », dite aussi « 100 % Sécurité sociale » (voir à la fin de ce compte-rendu).

I-Conséquence : Les complémentaires « cornérisées »

Le moins que l'on puisse dire est que ces contrats responsables, qualifiés « *d'absolument pas raisonnable* » par Anne Marion et d' « *irresponsables* » par Pierre-Edouard Magnan, ne provoquent pas l'enthousiasme des participants, qu'ils soient actuaire, consultant, observateur, responsables mutualistes...

Ainsi Erwan Tison, résume la pensée générale en disant que, en interdisant aux complémentaires de prendre en charge au-delà ou au-deçà du 100 % santé, on a « *'cornerisé'* les ACS sur les petits risques, en les cantonnant dans la prise en charge de la « bobologie ». L'image du « corner » sera reprise. En outre, souligne le même, « *le gouvernement fustige les*

frais de gestion des complémentaires » alors que leur « *augmentation est liée à la sur-réglementation* ».

Une absurdité totale

Pour Anne Marion, les mutuelles, celles qui ne distribuent pas de prévoyance, « *perdent de plus en plus de leur légitimité à rembourser le doliprane et l'aspirine et à ne prendre en charge ni la dépendance, ni l'hôpital, ni les arrêts de travail* ».

Ainsi, elle cite parmi les conséquences des contrats responsables, le fait que certaines mutuelles, pour se démarquer commercialement, « *remboursent les ostéopathes mais pas les dépassements des chirurgiens orthopédiques, remboursent les antalgiques [du type paracétamol] mais pas l'intégralité des soins ophtalmologiques, prennent en charge le Viagra et le Cialis [contre les troubles de l'érection] ou encore l'homéopathie mais pas le cardiologue, etc.* ».

Elle critique d'autres « *innovations stratégiques et disruptives lancées par les marketeurs, comme le remboursement des baskets. Ce n'est pas pour cela que les gens vont faire du sport* ».

Pour elle, en somme, « *le contrat responsable est une absurdité totale qui pousse les complémentaires dans le "corner" du petit risque et à inventer des garanties pour se différencier, en particulier en prenant en charge des choses dont on ne connaît pas l'effet sur la santé* ».

Une question dérangeante

Anne Marion pose, également, une question dérangeante : « *Les mutuelles pratiquent elles vraiment la solidarité ?* »

Quand on examine les comptes de résultats, explique-t-elle, « *on s'aperçoit souvent que les contrats haut de gamme sont souvent déficitaires et les contrats bas de gamme souvent excédentaires* ». Ce qui peut se traduire par : « *Les gens mal couverts financent la couverture des gens bien couverts* ». Erwwan Tison constate le même problème en soulignant qu'il y a des RAC (restes à charge) « *extrêmes qui restent "extrêmement extrêmes" pour certaines parties de la population et des RAC qui deviennent quasiment nuls pour d'autres parties de la population, qui pourraient se permettre d'avoir des RAC extrêmes* ».

Il y a, donc, nécessité de retrouver une « *liberté afin de casser cette logique de plafond de 200%* ».

De l'utilité ou non du contrat responsable

Gilles Filiberti, vice-président d'Avenir Mutuelle, présent dans la salle, pose une question d'importance : le parcours coordonné des soins et le contrat responsable « *ont-ils été réellement utiles à la coordination des soins, à la pertinence des soins et à la qualité des soins* ». Ces « *dispositifs ont-ils contribué à des avancées mesurables sur ces points ?* ».

La réponse d'Anne Marion est que « *l'impôt, quelle que soit sa forme, l'IS, la TSCA, la TVA, a une vocation, celle de financer la dépense publique* ». Mais, selon elle, « *dès lors que l'on veut se servir de l'impôt pour modifier les comportements, non seulement cela ne marche pas, mais cela aboutit à l'inverse* ». Il en est ainsi du contrat responsable.

Une autre problématique concerne les médecins, dont la consultation de généraliste est remboursée sur la base de 25€. Ils ne peuvent onc pas accorder du temps. En conséquence, ils prescrivent des médicaments ou des examens, rarement analysés.

Au final, les patients vont voir « *le naturopathe, le bobopathe, l'ostéopathe parce que les malades ont d'abord besoin d'être entendu* ».

Et les problèmes posés par les médecines ‘complémentaires’ sont extrêmement nombreux : « *Risques de fraude pour les mutuelles (c'est du papier) ; les gens qui vont voir un naturopathe ne vont plus faire leurs examens. Il y a une perte de chance dans le diagnostic des maladies* ».

II-La genèse, une attente mutualiste ?

Pascal Beau, qui, comme le présente Christophe Vanackere, « *analyse, observe, voire participe à l'évolution du système de santé depuis quelques décennies et qui a connu les arcanes du pouvoir* » remet la genèse du contrat responsable en perspective.

Pour lui, ce sont les mutuelles, via la Mutualité française, qui ont « *réclamé le contrat responsable* ». Elle était, à l'époque, encore largement contrôlé par les mutuelles de fonctionnaires mais certaines mutuelles interprofessionnelles cherchaient à s'émanciper, par la prise en charge des dépassements tarifaires. Il y avait, donc, la crainte d'une mutualité à deux dynamiques : classique, de fonctionnaires, très attachée à la Sécurité sociale, (les mutuelles de fonctionnaires de l'époque étaient gestionnaire du régime obligatoire pour leurs adhérents) et une autre, plus émancipée. « *Cela pouvait créer un risque politique au sein de la FNMF.* »

Il ajoute que l'ANI qui a généralisé, en la rendant obligatoire, la complémentaire santé dans le secteur privé, est aussi du fait de la Mutualité.

« *Dès ce moment, une machine se met en route* ». En particulier, l'instauration des contrats responsables répond « *à la demande de la FNMF pour maîtriser l'intérieur du mouvement et à l'attente de Frédéric van Rookeghem, directeur général de la Cnam en 2004, qui souhaite le contrôle général et ne veut pas que les complémentaires, la Mutualité en particulier, puissent "se balader" dans le hors-Sécu et négocier avec les professions de santé, notamment avec les spécialistes, des dépassements tarifaires* ».

Donc, « *les contrats responsables sont nés d'une attente mutualiste, qui a été reprise en compte par l'État à travers des dispositifs législatifs, mais ils recèlent, en leur sein, des contradictions, des aberrations, dont on n'est pas prêt de sortir* ».

Notons que le responsable mutualiste présent en tribune, Pierre-Edouard Magnan, président de la mutuelle UDT (10 000 personnes couvertes dans la région de Dieppe), pour sa part, « *ne se sent responsable de rien* » de tout cela et ajoute : « *Ce qui est dramatique c'est que les grandes mutuelles l'ont voulu car elles pensaient qu'elles arriveraient à s'en sortir et qu'elles feraient mieux que les assureurs privés lucratifs* ».

III-Echapper aux contrats « responsables »

La législation instaurant les contrats responsables est un fait. Les mutuelles peuvent-elles y échapper ?

« La complémentaire 0 % santé »

Avec humour, Anne Marion annonce qu'elle a inventé « *la complémentaire 0 % santé* » : prise en charge des dépassements d'honoraire mais à partir de la 4^e consultation, de la chambre particulière avec une franchise d'un mois, remboursement des médicaments à SMR important mais à partir de 100 euros, (les « *médicaments "gratuits" coutent en fait 120 euros par an. Ce qui signifie que les gens peuvent assumer 100 euros de médicaments* »). Dans cette mutuelle, les soins dentaires seraient remboursés mais pas l'optique : « *Des lunettes achetées sont moins*

chères que des lunettes assurées », Pour elle, d'ailleurs, le 100 % santé a « *du sens en dentaire mais pas en optique* ».

Les contrats « raisonnables »

Pierre-Edouard Magnan, s'appuyant sur le code de la Mutualité, constate qu'une mutuelle « *peut tout faire, surtout dans le service et dans l'accompagnement de ses adhérents et que ses adhérents peuvent décider qu'elle fasse tout ce que eux souhaitent qu'elle fasse* ». Tout cela compte tenu des contraintes économiques, bien entendu.

Le 2^e point important qu'il met en avant, est qu'une mutuelle ne va « *surtout pas faire ce que fait le régime obligatoire parce qu'elle est censée le compléter* ».

C'est pourquoi, pratiquement, la majorité des adhérents de sa mutuelle, sont, « *depuis 2021, couverts par des contrats 'non responsables'* » même si sont proposées, bien évidemment, des garanties 100 % Santé.

La mutuelle propose, donc, « *des contrats non responsables, pas irresponsables parce qu'ils ont été décidés par les adhérents, qui ne sont pas irresponsables* ». Et les « *gens commencent à basculer dans ce type de garanties* » après explication du fait que « *les contrats 'responsables' sont plus chers que ces contrats 'irresponsables'* ». « *L'avantage d'être une toute petite structure* » est de faire ce travail d'éducation directement auprès des adhérents.

D'ailleurs Pierre-Edouard Magnan estime que les mutuelles doivent reprendre leur « *rôle dans ce que l'on appelait naguère l'éducation populaire* ». De fait, juge-t-il, « *Nous n'éduquons plus nos adhérents au système de santé, ni à l'assurance, au sens étymologique du mot* ».

Un exemple est qu'il s'est « *toujours opposé à la baisse des cotisations, parce que c'est faire croire aux gens, d'abord que l'année précédente, on s'est 'gavé' et ensuite, que les dépenses de santé n'augmentent pas. Ce qui est évidemment parfaitement faux* ».

In fine, pour lui, « *les contrats responsables pourraient être une démarche intéressante mais il faudrait savoir ce qu'on appelle responsable et la responsabilité, c'est notamment l'augmentation de la surface de mutualisation de la structure* ». En conséquence, sa mutuelle « *ne distribue pas [ou peu] de contrats responsables mais essaye de vendre beaucoup de contrats raisonnables* ».

IV-Des espaces de respiration et d'innovation

Ainsi que le dit Pascal Beau, la question est bien de savoir « *quels sont les espaces de respiration et d'intelligence où les mutuelles peuvent agir* » malgré la législation créant les contrats responsables.

« *L'innovation, ce n'est pas de mettre de l'intelligence artificielle partout. L'innovation c'est aussi d'aller chercher les profils les plus à risque et les moins sensibilisés [aux questions de prévention par exemple]. C'est essentiel et peut être un rôle indispensable pour les différents complémentaires* » ajoute Erwan Tison.

La prévention mais laquelle ?

Le terrain de la prévention paraît essentiel à Erwan Tison, « *mais la prévention tertiaire* » qui est destinée, « *pour faire simple, à éviter de retomber malade, à éviter d'aggraver sa maladie. C'est lié notamment à toute la problématique des ALD* ».

Pour l'Institut Sapiens, « *c'est le point, le cœur, l'ancrage sur lesquels les complémentaires sont non seulement les meilleures mais, surtout, ont la capacité, parce qu'elles sont*

territorialisées et ont un accès à chacun de leurs assurés, de pouvoir agir plus efficacement qu'une puissance centralisée et publique ».

Quelques complémentaires commencent à prendre conscience de leur rôle dans ce domaine, explique-t-il, mais « *c'est un changement culturel qui doit se faire* ». La question qui doit se poser à tous, c'est « *quelle utilité j'apporte aujourd'hui dans cette émulation, entre assurance maladie et complémentaires* ». Pour lui, tant que les OC ne pourront pas mettre en avant la preuve forte de cette utilité, « *le sujet de leur pertinence et le sujet de leur légitimité* » perdureront.

Anne Marion met, d'ailleurs, en cause les « *politiques de prévention* » menées par certains organismes quand elle dit « *Comment espérer faire du bien pour l'autre* », prenant l'exemple du remboursement des patchs antitabac, alors que le pneumologue à dépassement n'est pas totalement remboursé.

Pour elle, en matière de prévention, qui « *techniquement, doit se traduire par une baisse de la fréquence* », ce qui fonctionne à long terme, « *c'est l'éducation à la santé qui fait la différence* ». Mais « *dans les pays où la prévention fonctionne vraiment, le remboursement des soins est conditionné au fait de faire de la prévention ; ce qui est formellement interdit par la loi française. Et c'est heureux* ».

Pierre-Edouard Magnan cite le sport-santé comme exemple de prévention efficace mais « *il faut l'organiser, il faut l'animer, il faut l'encadrer et les mutuelles peuvent avoir un rôle, non pas pour rembourser une paire de basket mais pour inciter leurs adhérents dans le cadre de l'accompagnement social, à la pratique sportive. Pourquoi pas par la prise en charge de certaines licences sportives* ».

Il met, également l'accent sur la dépendance, « *un sujet dont il va falloir que la Mutualité s'empare* », pas toute seule, certes mais « *elle a vocation à en prendre sa part* ».

L'accompagnement des anciens

Pascal Beau ajoute que la Mutualité peut et doit « *accompagner nos anciens* ». Elle a, là, « *un champ ouvert, beaucoup plus que la Sécu, parce que la Sécu, c'est une caisse et la Mutualité, c'est un mouvement* ».

Les mutuelles doivent faire en sorte de « *retarder l'âge fatal où là pathologie chronique nous tombe dessus, nous rend moins autonome voire pas du tout, et faire en sorte que, à ce moment-là, le coût global diminue* ».

Il suggère de « *réfléchir et trouver des modes d'accompagnement qui ne se confondent pas avec des produits de santé mais se traduisent par un travail sur les comportements, l'environnement, la sociabilité* ». Pour lui, « *c'est ça le mouvement mutualiste de demain, qui ne s'accrocherait pas uniquement au remboursement du ticket modérateur* » (terme qu'il considère comme « *un oxymore car il ne modère rien* »).

Le sport-santé, une forme de prévention efficace

La question du sport-santé comme moyen de prévention a retenu l'attention.

Ainsi, alors que Pascal Beau « *ne comprends pas pourquoi on a besoin d'une prescription médicale pour pratiquer une activité physique* », le président de la Fnim, Philippe Mixe, s'y déclare plutôt favorable. Il « *ne voit pas pourquoi les médecins ne pourraient pas prescrire de thérapie non médicamenteuse, avec un vrai protocole de suivi derrière, en lien avec le médecin traitant. Les résultats en seront évidents le jour où cette mesure aura pris son plein essor* ».

Thierry Fauchard (Mutuelle des sportifs) précise, pour sa part, que cette loi est passée à l'assemblée nationale quand y a été prévu « *un peu de remboursement* ». Ce qui n'est toujours pas effectif faute de décret d'application.

Cependant, il juge que, après la loi, « *on a commencé à imaginer sur le territoire des nouvelles offres de sport-santé* ». En outre, aujourd'hui, « *on s'aperçoit que l'article 51¹ est expérimenté dans de nombreux territoires, notamment pour le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et, dans le cas du cancer, on commence à faire des bilans bien-être psycho et activités physiques* ».

Le vrai problème « *reste l'accès, la visibilité de toutes ces nouvelles offres et de ces nouveaux parcours* ».

C'est pourquoi, la Mutuelle des sportifs est « *depuis 2015, sur le sujet* » et propose un accompagnement. Ce n'est donc pas uniquement le médecin qui détermine ce que doit faire la personne, car « *c'est illusoire effectivement* ». La mutuelle « *donne le 'petit conseil minimal qui va bien'* » mais à partir du moment où le médecin donne son accord pour faire de l'activité physique, *c'est 2 fois, voire 3 fois plus suivi par son patient* ».

Donc, l'accompagnement qui est proposé par la mutuelle ne consiste pas qu'en un remboursement : « *on écoute la personne dans un premier temps, on prépare l'adhérent à aller voir son médecin pour qu'il ne lui demande pas n'importe quoi et surtout, on lui propose une offre disponible à proximité* ». Ensuite, « *on fait en sorte qu'il ait un bilan de condition physique et un programme adapté. Le complément de remboursement devient utile à ce moment-là* ».

Pour lui, cela est « *un bon moyen d'innover et de se positionner aujourd'hui* ».

Un représentant de Just explique, cependant, que le sport-santé sur ordonnance, « *fonctionne plus ou moins bien : il y a des difficultés au niveau des médecins, au niveau des associations, lorsqu'il faut trouver des encadrements qualifiés et au niveau économique* ». Mais « *le principal problème, ce sont les patients, particulièrement ceux qui sont en situation précaire* ». Il cite l'exemple de la mutuelle Just, partie intégrante d'une association dont les principales missions concernent ces gens en insertion économique par l'emploi. « *De façon très modeste, une marche à la fois, elle essaie d'engager des opérations du type une journée sportive, par exemple une randonnée cyclotouriste, pour faire prendre conscience à ces gens que l'effort ça peut être aussi un plaisir et que ce plaisir peut être continué de façon pérenne.* » En somme, si « *les mutuelles ne peuvent pas être volontaristes à la place des gens, en passant par d'autres, dont la mission consiste à s'intéresser, précisément, à eux* », cela peut fonctionner.

Philippe Mixe ajoute qu'il « *pense que c'est, effectivement au sein de petits territoires, de petits secteurs, que l'on peut faire des petites choses qui peuvent grandir, qui peuvent essaimer* ».

L'éducation à la santé pour le bien-veillir

Christophe Vanackère relance le débat sur le « *bien vieillir, non pas sur la dépendance car avant d'être dépendant, la 1^{ère} chose à faire, c'est de bien vieillir* ».

Pour Anne Marion, « *le bien vieillir est corrélé au niveau d'éducation* ».

Pascal Beau est du même avis et il ajoute « *Cessons de faire du ticket modérateur l'alpha et l'oméga de notre conception du monde* ».

Pour lui, il y a une « *fracture dans notre pays qui se creuse du jour* ». Ainsi, à l'assistance publique des hôpitaux de Marseille, « *70% des hospitalisations dues à la Covid résultaient d'une absence d'éducation et de comportement adéquat du patient, même si, de fait, les*

¹ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

conditions environnementales ne sont pas les mêmes quand on habite dans une HLM ou dans un beau quartier ».

« C'est effrayant. Mais qui fait quoi ? L'éducation nationale ne le fait pas. Restent quelques associations, quelques parents plus ou moins préoccupés, actifs où réactif ».

Donc *« voilà un champ ouvert, l'éducation à la santé ».*

Pour Pierre-Edouard Magnan, le bien-vieillir, effectivement, *« c'est une question très importante et qui permet de faire le lien avec les actions territoriale pour l'éducation à la santé ».* Évidemment, *« on n'imagine une mutuelle embaucher des formateurs pour aller dans tous les établissements scolaires, tous les endroits où se trouvent les jeunes, mais il y a plein d'acteurs dans le champ de l'ESS, qui est notre champ, qui sont sur ce terrain là ».*

Dans l'ESS, les mutuelles sont souvent *« les plus solides, les plus structurées, les plus riches, même les petites mutuelles ».* C'est pourquoi, il juge qu'elles pourraient, devraient, *« essayer d'animer, de coordonner des structures associatives et coopératives »* sur des sujets qui les concernent. Il en est de même pour l'éducation à la santé dans l'éducation nationale. *« Il faut le faire en lien avec des structures, comme des associations, qui sont reconnues dans ce secteur. Car, de fait, il est très difficile d'entrer dans l'éducation nationale. Une mutuelle y est vue comme un assureur »*, (hormis la Mgen, précise-t-il).

Les obsèques

Pierre-Edouard Magnan estime que le funéraire, est, aussi, *« un vrai sujet d'accompagnement des familles ».* En Normandie, une coopérative funéraire, de l'ESS donc, *« est 2 fois moins chère que les pompes funèbres classiques ».*

Anne Marion cite, alors, une *« statistique intéressante »* : Avant l'instauration de la CMU, ATD-Quart monde avait réalisé un sondage auprès des sans domicile fixe en leur demandant ce qu'ils attendraient d'une protection sociale minimaliste. *« Contre toute attente, la garantie qui a été plébiscitée, ce n'est pas l'ostéopathie, ni les lunettes, ni le dentaire, ni l'hôpital, c'étaient les obsèques : 'On a vécu comme des chiens. On veut être enterré dignement' ».*

En somme, *« la perception qu'on a du besoin de l'autre n'est pas forcément la perception qu'il en a lui-même. Vouloir le bonheur des autres à leur place, c'est souvent faire une erreur ».*

Les déserts médicaux

Christophe Vanackere lance le débat sur les déserts médicaux, car, estime-t-il, c'est *« la première des problématiques, avant même le remboursement ».* N'y a-t-il pas là un terrain pour les mutuelles qui sont *« les outils de la population »* ?

« Aujourd'hui, complète Pascal Beau, l'angoisse des Français, c'est, 'Est-ce que je vais avoir accès un médecin ?' » Comme les jeunes médecins diplômés, dit-il en substance, ne veulent plus, pour la plus grande part, exercer en libéral et individuel, nous *« avons devant nous une catastrophe nationale ».*

A ce sujet, Pierre-Edouard Magnan rappelle tout d'abord que *« les relations entre les professionnels de santé et les complémentaires sont pour le moins ou inexistantes ou compliquées »* : *« Les médecins nous ravalent assez régulièrement au rang de caisse. Alors que si nous sommes complémentaires de l'assurance maladie, nous ne sommes pas une Cnam complémentaire. Nous sommes des acteurs de santé ».*

Il faut donc *« que l'on apprenne à se connaître : nous, mutualistes, devons considérer que les professionnels de santé ne sont pas que des pourvoyeurs de factures et les professionnels de santé doivent comprendre que les mutuelles, ne sont pas que des caisses ».*

Il faut aussi que « *l'administration de la santé considère que les organismes mutualistes, les complémentaires en général, ont un rôle à jouer dans l'organisation des soins, dans la prévention, dans l'accompagnement* ».

En ce qui concerne les déserts médicaux, il estime que le problème de l'immobilier est l'une des causes de ces déserts. Et c'est un sujet que la Mutualité « *sait bien traiter* ». Il cite un exemple de son secteur. Un dispositif de santé, financé par l'ARS et mis en place par une structure associative avait besoin de locaux. Deux mutuelles, dont la sienne, ont financé ces locaux.

V–Faire évoluer les contrats responsables

Christophe Vanackere demande, tenant compte de la réalité, à savoir l'existence de ces contrats « *responsables, raisonnables, voire irresponsables* », « *Quelles sont les pistes que l'on pourrait avancer pour faire évoluer ce système ?* »

Remettre de la logique

Tout d'abord, il faudrait, selon Erwan Tison, « *remettre de la logique dans le contrat responsable, pour qu'il devienne raisonnable* » en redonnant la liberté de contractualisation et plus de latitude aux complémentaires, notamment en termes de remboursement des dépassements d'honoraires.

Il y a, donc, nécessité de retrouver une « *liberté afin de casser cette logique de plafond de 200%* ».

La 2^e chose serait de « *faire en sorte que la prochaine mouture, prenne en compte le financement des différents épisodes de soins pour tout ce qui est ALD, maladies chroniques et différentes hospitalisations* ». On sait que, avec le vieillissement de la population, les pathologies chroniques vont devenir un enjeu sanitaire extrêmement prégnant. Et aujourd'hui, « *notre batterie santé, n'est pas adaptée pour prendre cela en charge* ».

Pour lui, il faut, aussi, que les complémentaires, les mutuelles, cessent de demander toujours plus mais qu'elles essayent de réaffirmer leur rôle et leur liberté et cessent, également, « *de recréer de la complexité pour créer de la complexité* ».

En bref, « *liberté de contractualisation, prise en charge des pathologies chroniques et un peu moins de complexité dans ce monde qui en est encombré* ».

Desserrer l'étau

Pascal Beau estime qu'il faut « *desserrer l'étau et rendre la chose moins bête, moins folle* ».

Pour lui, « *le mouvement mutualiste doit faire davantage entendre sa voix : plutôt que de regretter en publiant des communiqués de presse, il doit exiger, demander, au gouvernement, à l'État et au Parlement d'être pleinement dans des démarches positives de prévention vis-à-vis de la population française* ».

Il donne un exemple de ce qui aurait pu être fait : dans le projet de loi de financement de Sécurité sociale 2023, il est prévu 3 bilans de santé au cours de la vie, effectués par le médecin traitant : « *Voilà un terreau qui eût été extraordinaire pour les complémentaires, mutualistes en particulier. Ce n'est pas ce qui est prévu* ».

Il faut donc, pour lui, revenir aux fondamentaux de l'article 1 du code de la Mutualité. « *Cela peut prendre la forme de prestations économiques ou d'un accompagnement dans le domaine social, environnemental, etc. Le mouvement mutualiste, ce n'est pas que le ticket modérateur* ». En conclusion, estime-t-il, il faut certes, « *corriger ce qu'on peut corriger sur le contrat responsable, le rendre plus intelligible, moins complexe pour "Madame Michu" et pour les gestionnaires* » mais il faut surtout que les mutuelles soient « *offensives sur le concept même d'accompagnement social et dans le domaine de la santé* ». A l'heure où « *des populations décrochent* », il faut, insiste-t-il, « *aller voir ces millions et millions de gens qui sont en train de sortir du champ de l'intégration sociale* ».

VI- Refabriquer du mutualisme

Les mutualistes présents lors de cette rencontre, unanimement, déplorent que ces contrats responsables ont eu pour effet de « *cornériser* » les mutuelles en les privant de leurs possibilités d'initiatives et d'innovations. D'où la nécessité de « *refabriquer du mutualisme* ».

Liberté des contrats, des adhérents et des gestionnaires

Pour Pascal Beau, refabriquer du mutualisme passe par « *la liberté des contrats, la liberté des adhérents et des gestionnaires* » et puis « *il y a l'imagination et la réflexion* ».

Il donne un exemple concret mais étranger. En Catalogne, les mutuelles ont mis en place des programmes de prévention et d'accompagnement, d'anticipation et de freinage du vieillissement physico-psychologique chez les personnes âgées. Les anciens des adhérents des mutuelles locales bénéficient contractuellement d'un accompagnement de prévention avec un interlocuteur, un préventeur, qui les accompagne, les informe, les assiste, parfois, dans les démarches administratives, qui parfois, les aide à retrouver une sociabilité beaucoup plus importante. « *C'est une façon de fabriquer du mutualisme, de fabriquer du sens et de la solidarité. Ce n'est pas le ticket modérateur* ».

Voilà pour lui, un exemple de « *ce que peut être demain, en dehors de la contrainte réglementaire, un contrat véritablement responsable* ». Lequel ne devrait pas être un « *contrat entre la complémentaire et l'État, la sécurité sociale, mais le contrat entre la mutuelle et les adhérents* ». Il faut donc « *retrouver le sens de l'adhérent, ré-apprivoiser nos adhérents* ».

Retransformer les adhérents en adhérents

Pour Pierre-Edouard Magnan, le livre 3 du Code de la Mutualité, « *est un outil qui peut permettre aux mutuelles* » d'agir ainsi.

Ainsi, une mutuelle a monté un centre sportif en mutuelle de livre 3. Les gens qui le fréquentent sont adhérents de la structure, et pas seulement des consommateurs alors que « *l'on a aujourd'hui des questionnements d'adhérents de mutuelles qui sont typiquement des questionnements de consommateurs* ».

Il estime, à ce sujet, qu'il y a « *vraiment un travail à faire afin de retransformer nos adhérents en adhérents puisqu'ils ont tendance à se transformer en consommateur* ». Cela suppose aussi de « *recréer de la différence entre l'adhérent et le non-adhérent* ».

Pour lui, donc, le livre 3 peut être « *effectivement un outil qui permet de recréer une part de prévention, une part de sport* » et aussi de l'accompagnement administratif car la complexité est « *un vrai sujet et elle est partout* ». La mutualité « *sait gérer la complexité. Elle n'a pas eu*

le choix, mais du coup elle est montée en compétence là-dessus ». Ensuite, « *il faut faire des choix, les mutuelles ne vont pas tout faire* ».

Il termine sur un appel : « *Les présidents de mutuelles adorent le collectif pour leurs adhérents mais ils l'aiment moins pour eux-mêmes alors que le collectif 'est bien aussi entre structure mutualistes, souvent très autonomistes* ».

Avis partagé ultérieurement par un représentant de la mutuelle Just qui souhaite que le comité opéra organise des réunions pour partager des « *réalisations effectives, inspirantes, qui pourraient peut-être être reprises par certains* ».

VII-Que faire avec les contrats responsables ?

Christophe Vanackere pose la question finale : « *Que faire avec ces foutus contrats responsables ?* » (Erwan Tison, qui ne pouvait rester n'a pas répondu à cette question finale).

Anne Marion

Pour Anne Marion, il faut que les mutuelles distribuent des contrats « *non responsables* » en modulant pour les contrats d'Enterprise.

La 2^e chose serait qu'elles se re-légitiment en commercialisant de la prévoyance. « *Ce que font déjà les grandes mutuelles de fonctionnaires, qui sont légitimes non pas parce qu'elles remboursent le doliprane à 76 centimes, mais parce qu'elles font de la prévoyance* ».

Pascal Beau

Pascal Beau, « *en complément* », ajoute, qu'il « *faut faire rentrer et revenir dans la maison du bien-être social et santé toutes ces populations, dites 'moyennes où inférieures', à qui personne ne s'adresse, ni l'Etat parce qu'il a perdu la main, ni les collectivités locales, ni les acteurs intermédiaires tels qu'on les a connus, ni les organisations syndicales, puisqu'elles sont souvent hors jeu* ».

En outre, il faut « *interroger, débattre, revoir, retrouver le lien avec les adhérents, pour les comprendre, pour les connaître et ensuite réfléchir ensemble. Tout le monde n'a pas les mêmes attentes ni les mêmes besoins* ».

A partir de là, il s'agira de « *définir des priorités d'actions, qui compléteront le champ un peu limité du contrat responsable* ».

Il recommande donc de garder le plancher de garanties du contrat responsable, « *parce que c'est la réglementation* » mais « *après, les jeux sont ouverts. Et ils doivent rester ouverts* » parce que les attentes de la population évoluent.

Pierre-Edouard Magnan

Pierre-Edouard Magnan, pour sa part, résume ainsi sa position : « *Proposer des contrats raisonnables, plutôt que des contrats responsables* ». Il pense, d'ailleurs, que « *c'est effectivement un bon slogan* ». Cela sans abandonner totalement le contrat responsable parce que ce serait se priver d'une partie du marché.

Il faut aussi, « *comme toujours, revenir à la base : les cotisations justifient les prestations.*

Une mutuelle n'est pas une caisse mais un acteur de santé. Ce qui signifie qu'il faut sortir du seul remboursement de soins. La santé, ce n'est pas que le soin ».

Et, estime-t-il, « *c'est sans doute dans cet au-delà que les mutuelles retrouveront une légitimité, une pertinence, perçue par l'ensemble du territoire et des acteurs. C'est ainsi qu'elles retrouveront une place dont on essaie de les expulser et à laquelle elles doivent s'accrocher et même ré-augmenter* ».

Dans les domaines de la prévention, de l'accompagnement, « *les mutuelles ont un rôle à jouer, une place à prendre, à reprendre. Aujourd'hui, c'est l'État et les collectivités, bien ou mal, qui viennent prendre ce rôle. Nous avons une place à leur reprendre et, au fond, ils n'y seront peut-être pas hostiles* ».

Cependant, « *le modèle économique de nos structures est basé sur l'assurance et le livre 2. Elles ne vivront jamais, économiquement, en faisant de l'éducation à la santé. Même si cela est source d'économies, ce sont des économies à long terme* ».

En revanche, « *cela peut participer d'une reconnaissance sur un territoire qui peut aussi nous permettre d'être des acteurs et aussi de faire notre métier de mutualistes, qui reste un modèle économique que nous devons tenir même si nous sommes à but non lucratif* ».

Philippe Mixe

Face à ces constats et ces propositions, le président de la Fnim, Philippe Mixe juge, avec amertume, que « *Ce qui est terrible, c'est que tout ce rôle que l'on aimerait pouvoir remplir, nous est rendu extrêmement difficile du fait des carcans réglementaires qui s'imposent à nous, qui nous ont fait devenir des entreprises avec des équilibres économiques à préserver, avec des contrôles rigoureux. Et nos équipes opérationnelles sont, malheureusement, de plus en plus dans une logique d'entreprise plutôt que dans une logique de résolution des problèmes et des services évoqués ce jour* ».

« *Cela transforme les mutuelles en administration et aujourd'hui, dans quel équilibre économique peut-on inscrire ces activités qu'on nous interdit de faire ? On nous a enlevé notre âme et on nous a fait devenir des assureurs alors que les mutuelles ne font pas de l'assurance mais de la répartition* ». Anne Marion complète : « *La Sécu vous prend pour son réassureur* ». Philippe Mixe réagit alors en précisant qu'il « *reste des mutualistes, nous, qui, sur l'ANI, sur les clauses de désignation, etc., avons agi pour rester fidèle à nos fondamentaux. Mais des plus gros que nous essayent de nous mettre dans le 'corner' et c'est absolument terrifiant* ».

VIII-La « grande Sécu », des avis qui divergent

Ainsi qu'il est précisé en préambule, le sujet de la « grande Sécu », le 100% Sécu, a été abordé par les intervenants, bien qu'il fut un peu hors-sujet. Quoique ...

Erwan Tison estime que « *les propositions du Hcaam [concernant la « grande Sécu] sont sorties par la porte mais pour rentrer par la fenêtre* ». Le coût de la grande Sécu serait, selon l'analyse de l'Institut Sapiens, d'environ 50 milliards d'euros mais le législateur regarderait « *ce qui serait récupéré correspondant aux cotisations aux complémentaires* ».

Cependant, estime-t-il, cela ne va pas « *se mettre en place de manière obligatoire et violente, par le volet législatif* ». Il craint que la logique soit « *celle du boa constrictor* » : ses promoteurs « *petit à petit, en amenuisant toutes les capacités de financement [des complémentaires] pourront l'imposer de facto* ».

Les nouvelles propositions commerciales des organismes complémentaires, « ‘cornérisés’ sur le petit risque » vont « dans le sens de cette stratégie du boa constrictor qui, à terme, peut étouffer toutes les capacités de déploiement et de nouvelles activités innovantes, avec l’objectif de mettre en place quelque chose de beaucoup plus généralisé, beaucoup plus centralisé ». En somme, « la bobologie qui, aujourd’hui, est souvent vue comme un argument commercial, est peut être en train de faciliter la mort d’un modèle ».

Pour Anne Marion, en revanche, « le 100% Sécu n’aura pas lieu : si l’on veut maintenir l’équilibre financier de la Sécu dans dix ans, il faudrait qu’elle augmente ses cotisations de 30 % ». Elle penche donc plutôt pour un scénario de désengagement.

Pascal Beau, pour sa part, juge que « ce n’est pas parce que les complémentaires s’y sont opposées que l’État s’est arrêté. C’est parce qu’il faudrait y mettre entre 20 et 30 milliards d’euros ».

Mais, il voit un danger dans une autre évolution possible, la généralisation du tiers-payant (auprès des médecins par exemple), afin de faciliter l’accès aux soins. « Cela a été construit comme une machine contre le mouvement mutualiste et pourtant, c’est la Mutualité qui l’a demandée » commente-t-il : « L’assurance-maladie est borgne mais les mutuelles sont aveugles » dit Pascal Beau.

Le président de la Fnim, Philippe Mixe rebondit sur ce dernier constat : « Si l’assurance maladie prenait en charge le financement du professionnel de santé dans son intégralité et venait ponctionner ensuite d’autorité sur les Ocam la part qui leur incombe, là, ces organismes passeraient de borgnes à plus qu’aveugle. Là, les complémentaires n’auraient plus aucune vision sur leurs risques ».