



UNE PÉTITION QUI TOMBE À PIC

L'AG DE LA FMF

La Fédération des mutuelles de France a tenu son assemblée générale le 23 novembre 2010. Elle a élu un nouveau conseil d'administration et lancé une pétition nationale pour développer la Sécurité sociale. **LIRE PAGE 7**

La Fédération des mutuelles de France a pris l'initiative de lancer une pétition nationale sur le thème "La Sécu c'est bien pour moi, c'est c'est mieux pour tous". Cette pétition porte essentiellement sur trois idées : un autre financement est nécessaire pour redonner à la Sécurité sociale les moyens de rembourser plus et

mieux, pour accorder à l'hôpital public les ressources qui lui manquent et pour une protection sociale qui protège les personnes tout au long de leur vie y compris en cas de dépendance. Une pétition qui tombe à pic et en plein dans la concertation annoncée par Matignon.

LIRE PAGE 6

DOSSIER : La nouvelle économie sociale

Les entrepreneurs sociaux vont-ils bousculer le vieux monde de l'économie sociale.

LIRE PAGES 10

LOW COST CONTRE CHEQUE SANTE

Le groupe Médéric propose un contrat sur mesure pour les bénéficiaires de l'ACS.

Alors info ou intox ?

LIRE PAGE 14



ACTUS

La pétition nationale lancée par la Fédération des mutuelles de France.

Éditorial Concertation et pétition

Patrice Fort



Quand le Premier ministre, dans son discours de politique générale, a dit qu'il allait ouvrir avec les syndicats, les médecins, les mutuelles, les assureurs une concertation nationale sur la protection sociale, franchement nous n'avons pas été pris au dépourvu. Le même jour la Fédération des mutuelles de France lançait sa pétition nationale sur le thème « la Sécu c'est bien pour moi, c'est mieux

pour tous ». Une chose en effet est la concertation dans un cadre institutionnel, et la mutualité entrera de plain pied dans ce débat avec ses propositions, et une autre la délibération publique avec les populations. Je ne voudrais pas prendre le risque de laisser mais tout de même, un des grands enseignements que l'on peut tirer de la séquence que nous venons de vivre avec les mobilisations sur les retraites, c'est bien que l'exigence de dé-

bat démocratique, que la nécessité de la démocratie sociale sont impérieuses dès lors qu'il est question de protection sociale. La protection mutuelle, que l'on se doit les uns les autres, est au fondement du contrat politique de toute société. Voilà pourquoi de tels débats doivent être pris et conduits sérieusement. Certes, il ne faut jamais injurier l'avenir et dire que la concertation claironnée par l'Elysée et Matignon est une pure manœ-

vre de campagne électorale. Mais j'ai entendu dans la bouche du Premier ministre des comparaisons qui ne sont pas faites pour me tranquilliser surtout quand il veut relever le défi de la dépendance de la même façon qu'il a relevé celui de la retraite. Raison de plus pour que notre pétition participe au nécessaire débat démocratique et soit l'occasion de favoriser le rapprochement des acteurs sociaux. Nous allons, tous, en avoir besoin.

Quelle réforme de la protection sociale ?

LES MUTUELES DE FRANCE OUVRENT UN DÉBAT PUBLIC SUR LA SÉCU

Le jour même de l'annonce par Matignon d'une concertation nationale sur la protection sociale, la Fédération des Mutuelles de France lançait sa pétition nationale sur le thème « La Sécu c'est bien pour moi, c'est mieux pour tous. »

La FMF a pris l'initiative de lancer une pétition nationale sur le thème "La Sécu c'est bien pour moi, c'est mieux pour tous". Cette pétition porte essentiellement sur trois idées : un autre financement est nécessaire pour redonner à la Sécu les moyens de rembourser plus et mieux, pour accorder à l'hôpital public les ressources qui lui manquent et pour jeter les bases d'une protection sociale qui protège les personnes tout au long de leur vie. L'initiative laissera certainement dubitatif ceux qui pensent que le nombre de signatures au bas d'un texte a aussi peu de chance de changer la réalité que le nombre des manifestations dans les cortèges de rue. Cette que relle est aussi vaine que celle qui met dos à dos légalité

parlementaire et légitimité populaire. Alors à quoi sert au juste une pétition ? Et pourquoi est-ce la FMF qui en a pris l'initiative ? C'est d'abord un acte qui s'approche du referendum d'initiative populaire, c'est-à-dire la capacité que se donne une cité, au sens vrai du terme, de débattre et de trancher une question qu'elle a été capable de poser.

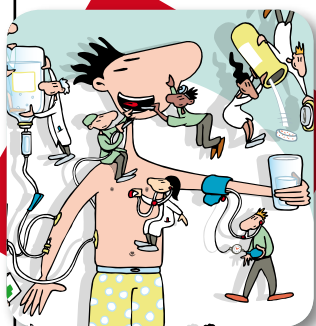
REFERENDUM ET CONSTITUTION

C'est bien la raison pour laquelle il y a eu une révision constitutionnelle le 23 juillet 2008. Un referendum peut être organisé à l'initiative d'un cinquième des membres du Parlement, soutenu par un dixième des électeurs inscrits sur les listes électorales. Cette initiative prend alors la forme d'une proposition de loi. Le problème c'est que le Parlement n'a toujours pas voté la loi organique qui permettrait à cette innovation constitutionnelle

d'entrer en vigueur. Une pétition, c'est donc avant tout un acte de démocratie vivante. Et c'est précisément de démocratie dont a besoin notre système social. Pour les Mutuelles de France, poser le devenir de la Sécurité sociale c'est aussi montrer que la mutualité doit de manière impérieuse s'impliquer dans le débat institutionnel, et la mutualité sera avec ses propositions dans la concertation annoncée par Matignon, mais également dans le débat public avec les populations. La Mutualité Française affiche d'ailleurs sa volonté d'organiser des meetings régionaux au cours du premier semestre 2011, c'est-à-dire dans la même séquence que celle annoncée par le chef de l'Etat. Autant dire que cette pétition de la FMF peut être comprise comme une sorte de carton d'invitation à s'impliquer.

Mariano Ortiz

COURRIEL



L'AVENIR DES RETRAITES COMPLÉMENTAIRES ?



Les organisations syndicales se sont retrouvées, le 25 novembre dernier, dans une position délicate, puisqu'il leur fallait aborder avec le Medef, le devenir de l'AGFF, la structure mise en place pour gérer les retraites complémentaires (65 ans) quand la loi avait fixé la retraite à 60 ans alors que désormais le départ est à 62 ans. Les syndicats sont donc dans la position de négocier les effets collatéraux d'une loi qu'ils contestent. Il était donc urgent d'attendre. C'est ce que les parties en présence ont fait en décidant de ne rien changer à l'AGFF jusqu'au 30 juin 2011. Concrètement le montant global des dotations de gestion allouées aux institutions Agirc et Arrco, au titre du premier semestre 2011, sera égal en euros constants au montant alloué au titre de 2010.



PROTECTION SOCIALE CONCERTATION NATIONALE SUR LA PROTECTION SOCIALE

SYNDICATS. PROFESSIONNELS DE SANTÉ, MUTUELLES. ASSURANCES. COLLECTIVITÉS TERRITORIALES. SONT TOUS CONVIÉS. PAR LE PREMIER MINISTRE À PARTICIPER À UNE CONCERTATION NATIONALE. NON PLUS SUR LA SEULE DÉPENDANCE MAIS SUR L'ENSEMBLE DE LA PROTECTION SOCIALE.

Dans son discours de politique générale, présenté devant l'Assemblée nationale le 24 novembre 2010, le Premier ministre a dit : « Avec l'emploi, la sauvegarde et la modernisation de notre système de protection sociale s'imposent à nous. Nous avons commencé avec la réforme des retraites. Avec Xavier Bertrand et Roselyne Bachelot, nous allons poursuivre. Nous ne devons pas laisser dériver les comptes de l'assurance maladie par démagogie. Nous ne pouvons pas esquiver sur cette question notre responsabilité collective. Nous lancerons une concertation nationale sur la protection sociale qui associera tous les acteurs, les partenaires sociaux, les professionnels de santé, les mutuelles, les assurances, les collectivités territoriales, au premier rang d'entre-elles, les Conseils généraux. »

LA DÉPENDANCE DANS L'IMMÉDIAT

Cette concertation a poursuivi François Fillon « devra examiner les voies et moyens de réguler les dépenses de santé, de fixer la part des régimes obligatoires et complémentaires et de diversifier les modes de financement. Cette Concertation nationale aura évidemment pour but immédiat de traiter la question de la dépendance. Le coût est



estimé à 22 milliards d'euros et il devrait atteindre les 30 milliards dans les prochaines années. Le nombre des plus de 75 ans devrait doubler au cours des prochaines décennies. Il s'agira en premier lieu, de déterminer les besoins réels des personnes, d'examiner comment assurer le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible. Il faudra ensuite sérier les pistes de financement : assurance obligatoire ou facultative, collective ou individuelle ?»

UN DÉBAT SANS A PRIORI ?

Selon le Premier ministre, la puissance publique n'aurait pas encore fait ses choix politiques. « C'est la concertation, a dit François Fillon, qui permettra de répondre à toutes ces questions, sans a priori et sans préjugé. La dépendance, Mesdames et Messieurs les députés, est un sujet majeur, c'est un sujet incontournable. Il a fallu plusieurs années de débats et de rapports pour que la question des retraites arrive à maturité dans l'opinion. Eh bien avec le Président de la République, nous voulons préparer le défi de la dépendance avant que l'urgence ne s'abatte sur nous. » Le mot est malheureux. La population, à en juger par les enquêtes d'opinion, a vraiment eu le sentiment que la remise en cause de la retraite à 60 ans s'abattait sur elle sans crier gare. Rien, en effet dans les débats de 2007 ne l'annonçait.

RÉACTIONS :

Le MEDEF « salue l'ambition de compétitivité pour la France exprimée par le Premier ministre au cours de son discours de politique générale et partage son souhait de retrouver des marges de manœuvre par une baisse des déficits sans augmenter les prélèvements obligatoires. Nous prendrons pleinement part à la réflexion proposée sur le financement de la protection sociale.

La CGT par la voix de son secrétaire général considère que le Premier ministre: « annonce clairement la couleur de l'austérité pour les salariés et de nouveaux cadeaux pour les entreprises au nom de la compétitivité. La remise à plat annoncée de la protection sociale, la volonté d'accroître la flexibilité des salariés, le déni sur l'insuffisance du pouvoir d'achat seront autant de conflits possibles. »

FO estime que « force est de constater que la réduction des dépenses publiques et sociales s'inscrit fondamentalement dans une remise en cause des principes républicains. Force Ouvrière réaffirme ses inquiétudes s'agissant du traitement de la dépendance, du CTP ou de l'avenir de la protection sociale. »



UNE ÉTUDE DE L'IRDES LES FRANCHISES FRAPPENT LES PAUVRES ET LES MALADES

FICHE N° 2



UNE RÉCENTE ÉTUDE DE L'IRDES MONTRE QUE LES FRANCHISES MÉDICALES ONT PEU MODIFIÉ LES COMPORTEMENTS. SAUF POUR LES PATIENTS LES PLUS PAUVRES ET LES PLUS MALADES. ELLES SE RÉVÈLENT ÊTRE, POUR LES PERSONNES DÉJÀ TOUCHÉES PAR LE RENONCEMENT AUX SOINS, "UNE PERTE D'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS".

Depuis le 1er janvier 2008, des franchises, de 0,50 euro s'appliquent sur les boîtes de médicaments et de 2 euros sur les transports sanitaires, qui ne peuvent pas être remboursées par les contrats complémentaires "solidaires et responsables". Cette mesure devait, selon le gouvernement, inciter les assurés à ne pas consommer inutilement des soins. Un choix politique basé sur un présupposé qui, comme le rappellent en introduction les chercheurs de l'Irdes, "suscite plusieurs interrogations". En matière de médicaments, les patients ne sont pas forcément des consommateurs éclairés à même de juger du rapport coût/utilité de leur prescription. Le choix du traitement revient d'abord au médecin. L'étude de l'Irdes s'est basée sur l'enquête santé protection sociale (ESPS) de 2008, qui a interrogé plus de 6 000 personnes en face-à-face ou par téléphone. Une moyenne de 12 % ont déclaré avoir modifié leurs comportements d'achats de médicaments suite à l'instauration des franchises en 2008, ce qui montre une faible efficacité du dispositif. Ce chiffre cache toutefois des inégalités fortes selon le niveau de revenu. 14,3 % des individus (hors bénéficiaires de la CMU-C et des femmes enceintes, pour qui ces franchises ne s'appliquent pas) dont le revenu mensuel est inférieur à 870 € ont déclaré avoir modifié leur comportement, contre 8,4 % de ceux gagnant plus de 1997 €. Les franchises ont donc impacté presque deux fois plus les patients plus modestes que les plus aisés.

Dans une proportion moindre, mais toutefois "significative" selon les chercheurs de l'Irdes, les franchises ont également eu plus d'impact sur les personnes se déclarant en assez bonne ou en mauvaise santé que ceux se déclarant en bonne ou très bonne santé (13 % contre 11 %), ainsi que sur les personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique et ceux qui n'en souffrent pas (13 % et 11 % également). Il n'existe en revanche pas de différence entre les personnes en ALD et les autres, et pas non plus entre les personnes couvertes par une complémentaire santé et celles qui ne le sont pas.

La baisse du taux de prescription médicamenteuse reste toutefois une piste de maîtrise des dépenses. 90 % des consultations en France se terminent par une ordonnance de médicament, soit près du double que certains de nos voisins européens. Mais l'incitation à prescrire moins par les franchises a été peu efficace. Sur les 12 % de l'échantillon qui déclarent avoir modifié leur mode de consommation de médicaments suite aux franchises, 28 % disent avoir discuté avec leur médecin pour qu'il réduise leur prescription, soit un nombre vraiment limité de cas (à peine 166 individus sur un échantillon de plus de 6 000 personnes).

UN OBSTACLE SUPPLÉMENTAIRE À L'ACCÈS AUX SOINS

Les résultats de cette enquête recourent les chiffres d'autres enquêtes sur le renoncement aux soins. Selon une étude du Crédoc-Ctip de 2005, rappelée dans celle de l'Irdes, la participation d'1 € mise en place en 2004 pour toute consultation médicale avait seulement modifié le comportement de 8 % des enquêtés, mais de façon beaucoup plus forte pour les personnes à faibles revenus. Une autre enquête de l'Irdes de juin 2010 sur « l'accès aux soins des assurés CMU-C » avait également conclu, avec des résultats semblables, que 16,5 % de la population avait déclaré avoir renoncé à des soins au cours de l'année. Cette proportion s'élevait à 21 % des personnes éligibles à la CMU-C. De plus, ces chiffres sont en augmentation depuis 2004, date à laquelle ont été instaurés la franchise de 1 € sur la consultation d'un médecin et le remboursement différencié si le patient consulte dans le parcours de soins ou en dehors.

Ces différentes enquêtes montrent que les mesures qui veulent réguler les dépenses de santé en créant des critères économiques, même minimes, créent d'abord des obstacles pour les plus pauvres et les plus fragiles, alors qu'elles impactent assez peu le reste de la population. Ainsi, il y a aujourd'hui de 12 à 16 % de la population française, dont 14 à 21 % des plus modestes, qui déclarent avoir un accès aux soins réduit pour des raisons financières.



COMPLÉMENTAIRES

LES COTISATIONS SONT-ELLES JUSTIFIÉES PAR LES PRESTATIONS ?

FICHE N° 3

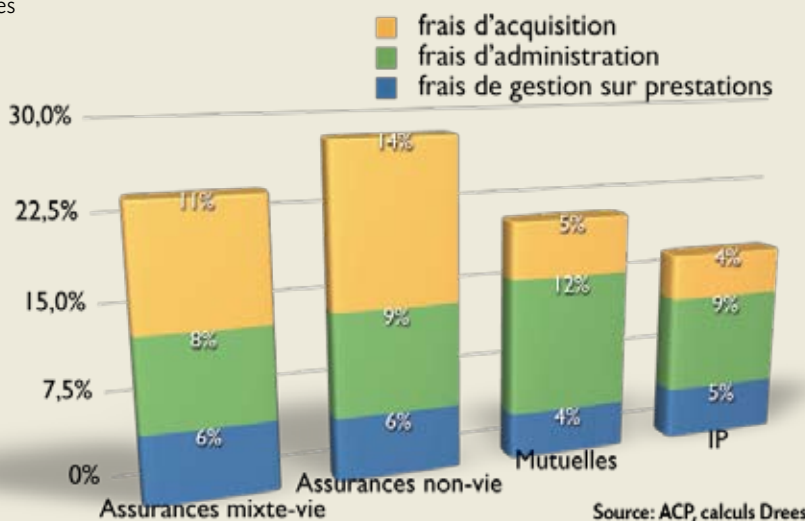
UNE ÉTUDE DE LA FNMF MONTRE QUE LE CHIFFRE D'AFFAIRES DES ASSURANCES ET DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE A PROGRESSÉ PLUS RAPIDEMENT QUE LES DÉPENSES DE SANTÉ QU'ELLES PRENNENT EN CHARGE DEPUIS CINQ ANS. POUR LES MUTUELLES EN REVANCHE, L'ÉVOLUTION EST INVERSE. UNE AUTRE ÉTUDE DE LA DREES MONTRE QUE LES ASSURANCES ONT DES FRAIS DE GESTIONS POUR LEURS CONTRATS SANTÉ BIEN SUPÉRIEURS AUX AUTRES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES. DES RÉSULTATS QUI ALIMENTENT LE DÉBAT SUR LE COÛT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.

et autrement dit le « coût du prospect », qui sont de plus de 14 % pour les assurances non-vie contre moins de 5 % pour les mutuelles et les IP.

L'étude relève également « qu'après une la baisse déjà constatée en 2008, les mutuelles sont celles qui dégagent proportionnellement à leurs primes les plus faibles résultats net comptable ». Le résultat net correspond à ce qu'il reste à l'entreprise à l'issue de l'exercice, en bénéfice ou en perte. Il s'est élevé pour les mutuelles en 2009 à 1,6 % du total des primes, contre 2,3 % pour les sociétés d'assurance vie et mixte ; 3,1 % pour les sociétés d'assurance non-vie ; et 6,8 % pour les institutions de prévoyance. Cette différence de résultat net entre les complémentaires peut expliquer les résultats d'une autre étude de la FNMF sur les taux de redistribution cotisations sur prestations. Celle-ci avait montré que depuis 2001, les cotisations des mutuelles n'avaient augmenté que de 4 points de plus que les prestations, contre 13 points pour les IP et 21 points pour les assurances.

La Mutualité française vient de réaliser une étude sur le chiffre d'affaires des complémentaires et les dépenses de soins qu'elles prennent en charge, à partir des chiffres actualisés du Fonds CMU et des comptes nationaux de la santé. L'étude montre des évolutions très différentes selon le type d'organisme complémentaire. Le chiffre d'affaires des mutuelles, si l'on déduit la contribution CMU, a augmenté de 12,2 % entre 2005 et 2009, tandis que leurs dépenses de soins ont augmenté de 16,8 %. Pour les IP au contraire, le chiffre d'affaires a augmenté plus rapidement de 21,2 % tandis que leurs dépenses de soins augmentaient de 19,2 %. Pour les assurances également, le chiffre d'affaires a augmenté de deux points de plus que les dépenses de soins, de respectivement 35,1 % contre 33,1 %.

POIDS DES CHARGES DE GESTION DANS LES PRIMES SANTÉ



LE "COÛT DU PROSPECT" DES ASSURANCES

La Drees quant à elle, dans son étude désormais annuelle sur « la situation financière des organismes complémentaires », donne une comparaison des charges de gestion des opérateurs. Il apparaît que les mutuelles et les institutions de prévoyance ont des charges de gestions (frais d'acquisition, d'administration et de gestions sur prestations) bien inférieures à celles des assurances. Ces charges sont de 28 % en moyenne pour les assurances non-vie, contre 21 % pour les mutuelles. La différence la plus notable concerne les frais d'acquisitions, soit principalement les charges commerciales

	Evolution du chiffre d'affaires santé après déduction de la taxe CMU entre 2005 et 2009	Evolution des dépenses de soins et de biens médicaux entre 2005 et 2009
Mutuelles	+ 12,2 %	+ 16,8 %
IP	+ 21,2 %	+ 19,2 %
Assurances	+ 35,1 %	+ 33,1 %
Total	+ 19,2 %	+ 21,1 %
Sources :	déclarations des OC au Fonds CMU	Drees (comptes nationaux de la santé)

SÉCURITÉ SOCIALE LES MUTUELLES DE FRANCE LANCENT UNE PÉTITION

« LA SÉCU C'EST BIEN POUR MOI. C'EST MIEUX POUR TOUS » TEL EST LE THÈME DE LA PÉTITION NATIONALE QUE LA FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE FRANCE VIENT DE LANCER. AVEC CET APPEL À SIGNATURES, LA FMF VEUT OUVRIR UN DÉBAT PUBLIC SUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. LES MUTUELLES DE FRANCE SONT POUR ÉLARGIR L'ASSIETTE DES COTISATIONS À LA VALEUR AJOUTÉE DES ENTREPRISES. AVEC CE FINANCEMENT PLUS LARGE, IL SERAIT POSSIBLE DE MIEUX REMBOURSER LES DÉPENSES DE SANTÉ, DE DONNER À L'HÔPITAL PUBLIC LES MOYENS QUI LUI MANQUENT ET DE METTRE EN PLACE UNE PROTECTION SOCIALE QUI COUVRE LA PERSONNE TOUT AU LONG DE SA VIE, Y COMPRIS EN SITUATION DE DÉPENDANCE.

LA PÉTITION

Quand la Sécurité sociale va mal, c'est la société qui ne se porte pas bien. Le remboursement des médicaments et des consultations diminue d'année en année. Les franchises et les forfaits hospitaliers sont de véritables péages installés sur la route des soins.

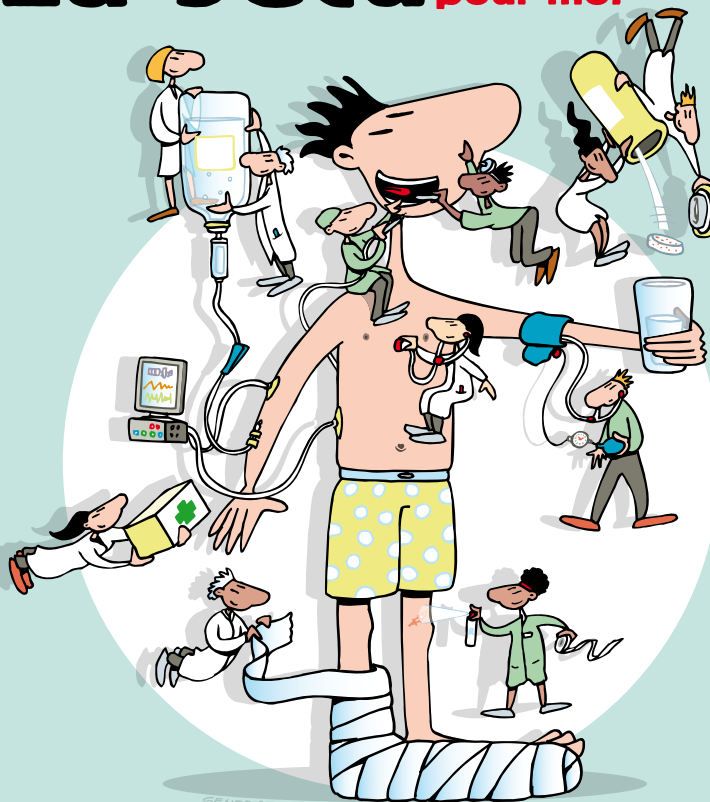
Moi, nous, avons besoin du développement de la prévention pour être en meilleure santé, pour réduire le développement des maladies chroniques.

Faute de ressources suffisantes, dans une société aussi riche que la nôtre, la Sécu doit vivre à crédit. Nous payons les dettes, et nos enfants les paieront aussi.

Chaque gouvernement qui passe trouve un moyen supplémentaire de remettre en cause le droit à la Sécurité sociale. Cela ne peut plus durer. Sans les mutuelles, sur lesquelles pèsent des charges et des taxes de plus en plus lourdes, l'accès aux soins de la vie quotidienne devient chaque jour plus difficile. Mais si les mutuelles complètent l'action de la Sécurité sociale, elles ne la remplacent pas.

Moi, nous, devons renoncer ou reporter des soins pour des raisons financières : une personne sur quatre est concernée.

La Sécu c'est bien pour moi



c'est mieux pour tous



MUTUELLES DE FRANCE

L'ÉCHANGE, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ

C'est insupportable. Si j'ai pu compter sur la Sécurité sociale, aujourd'hui elle doit pouvoir compter sur moi, elle doit pouvoir s'appuyer sur nous. Nous avons besoin les uns des autres. La solidarité c'est aussi essentiel que cela.

Voilà pourquoi je demande un autre financement de la Sécurité sociale assis sur l'ensemble des richesses économiques et sur les revenus qui ne participent pas à la solidarité nationale pour :

- Des dépenses de santé mieux remboursées pour moi, pour tous,
- Un hôpital qui offre à chacun des soins de qualité et de proximité,
- Une couverture sociale qui fasse attention à moi, à nous, tout au long de la vie.

TÉLÉCHARGER LA PÉTITION SUR WWW.MUTUELLES-DE-FRANCE.FR

POUR SIGNER LA PÉTITION EN LIGNE

<http://www.mutuelles-de-france.fr/petition.php>



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA FMF

UNE MUTUALITÉ PLUS QUE JAMAIS ACTEUR SOCIAL

LA FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE FRANCE, DEPUIS SON ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 23 NOVEMBRE, EST DANS SES STATUTS COMME DANS LES FAITS, UNE FÉDÉRATION DE MUTUELLES ET D'UNIONS AVEC UN NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION. UN DES PREMIERS ACTES DE CETTE FMF, NOUVELLE FAÇON, AURA ÉTÉ LE LANCEMENT D'UNE PÉTITION NATIONALE SUR LE THÈME « LA SÉCU C'EST BIEN POUR MOI, C'EST MIEUX POUR TOUS. »

L'écho de l'assemblée générale de 2009 a de toute évidence résonné dans l'assemblée de 2010 puisqu'il fallait traduire en actes la réforme statutaire votée l'an passée avec toutefois une cerise sur le gâteau : l'élection dans sa totalité d'un nouveau conseil d'administration fédéral. On aurait pu penser l'exercice délicat. Il ne l'a pas été puisque personne n'a recueilli moins de 80 % des suffrages. Ce qui permet de mesurer le degré de cohésion interne de la Fédération des mutuelles de France. Et la FMF comme la mutualité, dans son ensemble, va avoir besoin de cohésion pour aborder la séquence qui s'ouvre devant

elle. L'enjeu de la période c'est bien évidemment de savoir si le gouvernement et l'Élysée, désormais en campagne électorale, vont conserver la main sur les questions sociales.

CONCERTATION OU MARCHÉ DE DUPES ?

Après l'Élysée, c'est Matignon qui a annoncé, par la voix du Premier ministre, l'ouverture d'une concertation sur la protection sociale avec comme enjeu immédiat la dépendance, mais pas seulement puisqu'il sera à nouveau question du partage de responsabilité entre régime obligatoire et régime complémentaire. Ce débat ris-

que d'être un marché de dupes tant que les moyens ne seront pas redonnés à la Sécurité sociale d'assurer ses missions et en premier de rembourser dans de bonnes conditions les dépenses de santé engagées par les assurés sociaux. C'est une nécessité sociale et sanitaire mais c'est aussi la condition pour que la mutualité redevienne totalement maître de son destin et de ses choix. Actuellement ce n'est plus cas. C'est ce qui ressort clairement de l'intervention faite par Pascale Vatel en ouverture des travaux de l'assemblée générale. L'action et la gestion des mutuelles sont impactées par les orientations politiques soit indirectement quand la décision gouvernementale touche le champ de l'obligatoire soit directement quand la loi ou le règlement modifient les conditions de l'activité des complémentaires (TCA, taxe sur la grippe, contribution CMU, règles prudentielles). Dès lors, les délégués de cette assemblée générale

ont dit leur conviction que pour la mutualité être un acteur social totalement impliqué dans le débat public concernant l'avenir de la protection sociale était une nécessité. Mais une nécessité aussi pour la Sécurité sociale.

PÉTITION ET DÉBAT PUBLIC

Se mettre en position d'être un animateur du débat public, c'est certainement pour cette raison que les Mutuelles de France ont choisi ce moment pour lancer leur pétition nationale. Car il ne s'agit pas non plus de se tromper de rythme. Le cadre du débat jusqu'en 2012 est connu de tous. En revanche, on ne connaît ni son tempo ni son intensité. Il est d'autant plus important pour les Mutuelles de France de se retrouver dans une fédération renouée et rassemblée que le 14 décembre prochain un autre rendez-vous important attend le mouvement avec l'assemblée générale de la FNMF qui va élire le nouveau président de la Mutualité française.

PASCALE VATEL “ UN DÉBAT PUBLIC AVEC LES POPULATIONS ”

DANS SON RAPPORT D'OUVERTURE, PASCALE VATEL, DONT NOUS PUBLIONS DES EXTRAITS, A DIT D'EMBLÉE QUE LE DEVENIR SOLIDAIRE DE LA PROTECTION SOCIALE, LA CONVERGENCE DES ACTEURS SOCIAUX, LA PLACE ET LE RÔLE DU MUTUALISME COMME ACTEUR SOCIAL DE SANTÉ SERAIENT LES TROIS QUESTIONS ESSENTIELLES AUXQUELLES AURAIENT À RÉPONDRE CETTE ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Pour Pascale Vatel, responsable fédérale du groupe Protection sociale :

« La question sociale est une question sociétale. La solidarité, non pas comme valeur, mais comme principe d'organisation de la protection sociale est attaquée frontalement et de manière autoritaire comme on

vient de le vivre avec la remise en cause de la retraite à 60 ans. Vous avez vu comme moi que l'argument utilisé est toujours le même : c'est au nom d'un principe de solidarité que nos systèmes sociaux solidaires sont remis en cause. Pour ce qui est de l'assurance maladie, ce sont tous ses fondements solidaires qui sont attaqués progressivement et méthodiquement : mode de financement, solidarité entre malades et bien portants, solidarité inter-générationnelle. Dans notre pays, on ne participe plus vraiment en fonction de ses moyens et on ne reçoit plus en fonction de ses besoins.».

RÉFORME DU FINANCEMENT

« La question de la réforme du financement, a dit Pascale Vatel, pose à la fois la possibilité ou non d'ouvrir un débat public et la capacité pour le mouvement social de proposer des



solutions crédibles. On doit en effet se demander comment nos sociétés peuvent conjurer les profits records que réalisent les entreprises cotées au CAC 40 avec les déficits des comptes sociaux sans que cela ouvre de crise politique majeure. Vous vous souvenez que dans les derniers mois de sa mandature, le président Chirac avait promis d'élargir le financement de la sécurité sociale à la valeur ajoutée des entreprises. L'actuel président de la République, c'était à Perpignan devant des personnels hospitaliers, avait annoncé, lui aussi, un débat sur la réforme

du financement de la protection sociale. Et puis... plus rien ! Alors le mouvement social peut-il créer les conditions qui rendent ce débat possible ? C'est la première question à laquelle nous devons répondre. La seconde concerne nos propositions. Vous les connaissez : une assiette de cotisations employeurs basée sur la valeur ajoutée qui rétablisse l'équité contributive entre les entreprises, l'arrêt des exonérations de cotisations sociales et des exemptions d'assiette de cotisations qui privent l'Assurance maladie de ressources de l'ordre de 70 Mds d'euros.

LE NOUVEAU CA DE LA FMF

COLLEGE 1A MUTUELLES LI

AYANT PLUS DE 1/36ÈME DES EFFECTIFS

ARBIEU-BOUÉ Patricia
BIZOT Aline
BLANC Roland
CAPDEVILLE Eric
DI RUZZA Antoine
DORIZON Jean-Claude
FLECHER Dominique
FOREST Bruno
FORT Patrice

GALLO Jean-Marie
GUISEPPi Marie-Christine
JACQUET Serge
JUSTE Véronique
LAPIERRE Michel
MARAZANOFF Eric
OTTAVIANI Bernard
SALAÛN Rémi
SEGUIN Jacques
SMITH Paul
TECHEC Olivier
TREHEL Léonora
VATEL Pascale
ZAMICHIEI Marc

COLLEGE 1B MUTUELLES LI

AYANT MOINS DE 1/36ÈME

DES EFFECTIFS

BELLIÈRE Jean-Claude
BENOIT Jean Paul
BRAILLON Thierry
CARETTE Lucien
GRATADOUR Alain
LE ROUX Jocelyne
MABIALAH Alain
MOREIRA Carole
PELOUARD Marc
QUENTIN Gilles
ROBILLARD Jean-Pierre

COLLEGE 2

BERTHON Daniel
CAMMILLERI-ALLAIS Sandra
CHAPUIS Jean-Pierre
DRAGO Christian
DUCROCQ Serge
LORENZI Isabelle
PANZANI Jean-Paul
PROCOLAM Marie-Lucie
REYNAUD Sylviane
ROUSSAUX Gilles

[suite]

PASCALE VATEL

“ UN DÉBAT PUBLIC AVEC LES POPULATIONS ”

UNE SITUATION NOUVELLE POUR LA MUTUALITÉ

« Je voudrais attirer votre attention sur ce que la situation présente de nouveau et comment la mutualité prend en compte ces changements qui la placent souvent en première ligne soit en se transformant en collecteur de taxes pour le compte de l'Etat, soit en oiseau de mauvais augure, c'est-à-dire dans le rôle de celui qui annonce les hausses de cotisations. Nous sommes en effet confrontés à une crise de la protection sociale obligatoire qui s'exporte sur les formes solidaires du complémentaire, c'est-à-dire sur les mutuelles. Les transferts de charges, le poids des taxes et d'autres contributions finissent par déplacer les mécanismes d'exclusion du champ de l'obligatoire vers celui des complémentaires. [...]

Cette crise est déjà assez profonde pour que l'appartenance de la mutualité au camp de la solidarité puisse être contestée par des acteurs qui ont toujours été ses partenaires naturels. Je pense aux associations. Voilà pourquoi il y avait urgence pour la mutualité et pour les associations de se retrouver pour débattre ensemble. C'est ce que nous avons entamé avec notre colloque d'hier. Nous pouvons être tous fiers que cette rencontre soit le résultat d'une initiative prise par les Mutuelles de France. C'est d'autant plus

important de se remettre rapidement en situation de dialogue et d'échanges que nous sommes dès aujourd'hui confrontés à ce débat de la solidarité et à notre rôle d'acteur solidaire en santé. Et le serons de plus belle quand s'ouvrira le dossier de la dépendance. L'un des enjeux de la période, c'est bien, pour nous, la création d'un cinquième risque de Sécurité sociale ou d'un socle de droits universels financés par la solidarité nationale, sur la base d'un financement assis sur une assiette élargie à la valeur ajoutée des entreprises.

LA CONVERGENCE DES ACTEURS SOCIAUX

Pour reconquérir l'opinion, le pouvoir politique doit nécessairement renouer avec les acteurs sociaux. C'est comme cela qu'il faut interpréter l'annonce faite par Nicolas Sarkozy d'organiser, en 2011, et pendant un semestre un grand débat avec les associations et les syndicats sur les différentes options concernant la mise en place d'un cinquième risque dédié à la prise en charge de la dépendance. L'un des risques avec ce débat c'est qu'il permette d'escamoter celui sur le devenir de notre système de Santé. L'enjeu est de taille : la réforme de la dépendance sera débattue dans le cadre du PLFSS de 2012. Soit à peine quelques mois avant une échéance électorale décisive. Pourtant, les conditions nous semblent

réunies pour ouvrir un débat public dans la société avec les populations. C'est la raison de ce projet de pétition que nous vous soumettons aujourd'hui. Alors, comment poursuivre à encourager les convergences et faire en sorte que le débat sur la solidarité, sur la protection sociale devienne un débat public avec un engagement des populations ? Une partie de la réponse à toutes ces questions se trouve dans notre pétition nationale que nous vous présentons aujourd'hui. Redonner la parole aux populations, c'est d'abord leur donner une occasion concrète de s'engager de manière simple et directe sur une ou deux idées fortes. Notre pétition répond à cet objectif. Ce n'est pas la profession de foi des Mutuelles de France mais un moyen d'intervention mis au service des populations. C'est une pétition que nous voulons tenir dans la durée. C'est la raison pour laquelle, le texte ne renvoie pas à des faits trop précis et trop marqués par l'actualité immédiate. C'est, vous l'aurez aussi remarqué, une pétition signée des Mutuelles de France. C'est un choix politique mais aussi pratique. La recherche de partenaires qui auraient pu, au plan national, coproduire cette pétition risquait de nous mettre à contre temps de la séquence politique qui s'est ouverte. Pour autant, rien

n'exclut de l'élargir à d'autres acteurs à tout moment.

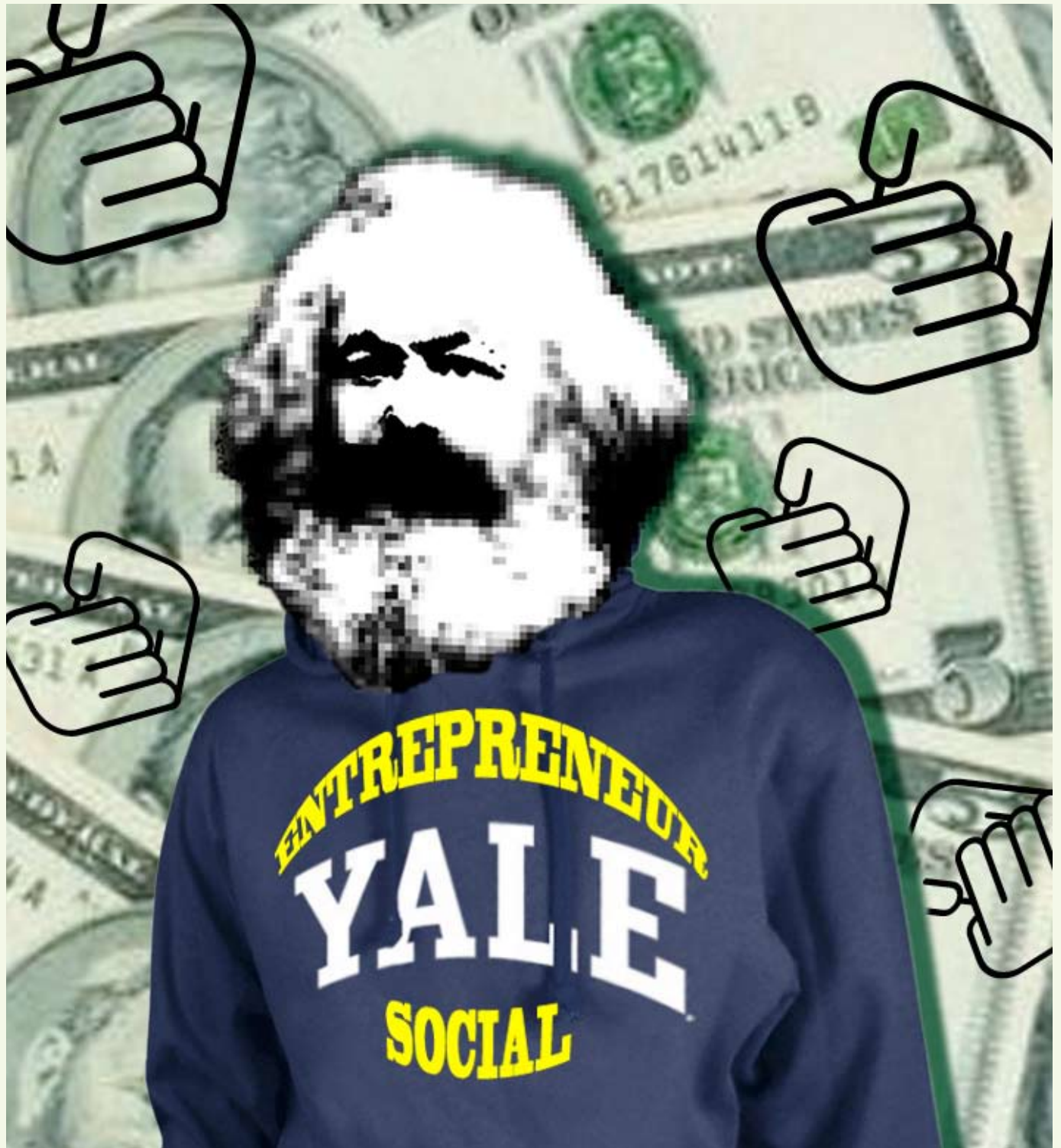
LE RÔLE DU MUTUALISME

Cette pétition participe également de notre volonté d'exister publiquement dans la société comme un acteur social. C'est un facteur déterminant de notre différenciation. C'est une question importante de notre assemblée générale. Elle l'a été aux journées de rentrée de la Mutualité, elle le sera tout autant dans celle de l'AG de la FNMF en décembre.

Nous sommes donc dans un moment où nous devons sans cesse réaffirmer, sans jamais nous lasser, notre volonté de rassemblement, notre choix du fédéralisme comme mode d'organisation conforme à notre idée du mutualisme mais nous sommes aussi dans un moment d'engagement.

L'une des conclusions que je tire de notre colloque, c'est qu'il nous revient de renforcer notre différence, de démontrer au quotidien, à travers nos offres tant du livre 2 que du livre 3 et notre gestion solidaire, que les valeurs et les principes de démocratie, d'intérêt général qui sont les nôtres sont des atouts pour la solidarité. Et bien sûr, cela a été souligné hier, savoir communiquer sur les pratiques qui font notre différence.

LE RAPPORT MORAL COMPLET SUR
WWW.MUTUELLES-DE-FRANCE.FR



ENTREPRENEURS SOCIAUX : NOUVEAUX UTOPISTES OU ALTER CAPITALISTES ?

Mariano Ortiz
avec Camille Placier

CHANGER LE MONDE
 PORTRAITS D'ENTREPRENEURS SOCIAUX EN ACTION

LE BLOG A PROPOS



FABIO ROSA
 IDEAAS
 BRÉSIL



DAVID KURIA
 ECOTACT
 KENYA



SHONA MCDONALD
 SHONAQUIP
 AFRIQUE DU SUD



CONNIE DUCKWORTH
 ARZU
 AFGHANISTAN



GOVINDAPPA NATCHIAR
 ARAVIND EYE CARE
 INDE



MATT FLANNERY
 KIVA
 ETATS-UNIS



**XAVIER HELGESEN
 ET CHRISTOPHER FUCHS**
 BETTER WORLD BOOKS
 ETATS-UNIS



DANIEL LUBETZKY
 PEACEWORKS HOLDINGS
 ISRAEL

QUI SONT VRAIMENT LES NOUVEAUX ENTREPRENEURS SOCIAUX ?

L'économie sociale est en proie à une grande agitation institutionnelle. Les pouvoirs publics ont installé, le 26 octobre dernier, le nouveau Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire tandis que le ministre de la Jeunesse et des solidarités actives, Marc-Philippe Daubresse, lançait un plan destiné à favoriser un secteur de l'économie qui en France emploie 10% de la population active. De leur côté, les acteurs sociaux ont ouvert des Etats généraux qui devraient se refermer par une manifestation nationale en juin prochain dans ce qui était jadis la Bourse de Paris. Le Palais Brongniart a été choisi pour son symbole.

Mais que peut symboliser la Bourse désormais vide : une économie sociale qui vit à l'heure de la corbeille alors que les salles de marché sont ailleurs depuis plus de vingt ans ou bien une économie sociale qui ne renonce pas à se présenter comme une alternative au capitalisme financier ?

Les acteurs traditionnels de l'économie sociale doivent affronter une nouvelle forme d'organisation plus individualiste, construite sur le modèle anglo-saxon : les entrepreneurs sociaux que Canal Plus (notre cliché) a baptisé les « défricheurs » dans une émission que la chaîne câblée leur a consacré le 10 novembre dernier à une heure de grande écoute. Des entrepreneurs sociaux qui par ailleurs se sont organisés en mouvement : le Mouves. Cette organisation vient de tenir son congrès et de mettre en place sa direction avec Jean-Marc Borello comme président. « Les entrepreneurs sociaux se sont créés un métier idéal, dont la vocation est d'aider les autres, de tenter de sauver la planète, tout en étant viable et rentable. Du professeur de sport au routier, en passant par le psychiatre ou l'étudiant en mathématiques, les « innovants » viennent de tous les horizons. En revanche, la raison pour laquelle ils se lancent dans

l'entrepreneuriat social est toujours la même : une certaine révolte par rapport à des enjeux sociaux, une quête de sens qui devient impérieuse. » Voilà comment Canal Plus présente les entrepreneurs sociaux. La chaîne cryptée n'hésite pas à les assimiler à l'économie sociale qui en France emploie plus de deux millions de personnes, soit près d'un employé sur dix. Les représentants, disons, traditionnels de l'économie sociale semblent avoir compris qu'ils devaient rompre avec leurs pratiques habituelles s'ils ne voulaient pas se faire voler la vedette et confisquer un patrimoine construit au terme d'une histoire séculaire.

Alors pourquoi une telle agitation symbolique, médiatique et un tel regain d'intérêt politique pour l'économie sociale et solidaire ? Le krach de Wall Street est évidemment passée par là. Pour certains, c'est l'opportunité pour le troisième secteur, comme disent les Anglais, de profiter de la fenêtre de tir que leur a offert la crise financière. Mais pour convaincre et saisir les opportunités, les porte drapeaux traditionnels de l'économie sociale doivent être capables, comme avaient su le faire les utopistes du XIX siècle, de prouver par quelques réalisations concrètes la validité de leurs thèses. Sans le familistère construit à Guise par Godin, le phalanstère imaginé par Fourier aurait été regardé juste comme une curiosité intellectuelle. Les entrepreneurs sociaux sont-ils alors les nouveaux utopistes, les Godin du capitalisme mondialisé ?

LES ALTER CAPITALISTES FORMÉS DANS LES BUSINESS SCHOOLS.

Les nouveaux entrepreneurs sociaux, ceux qui sont en train de « changer le monde », comme nous les a montré Canal Plus, ne sortent pas de la matrice idéologique des utopies européennes du XIXe siècle ou des penseurs de la République sociale du début du siècle dernier, mais plutôt des plus grandes écoles de commerce américaines. Ils ont davantage lu des traités de gestion que les écrits de Thomas More à propos de l'île d'Utopie. La notion d'entrepreneur social (social entrepreneurship) aurait été pensée pour la première fois par la Harvard business school puis reprise par d'autres grandes universités de renom tels que Yale ou Columbia. Ce sont les milieux d'affaires avec leurs fondations comme Ashoka, désormais implantée en France, qui ont exporté ce concept à travers la planète.

Tout s'est passé, au cours de ces quinze dernières années, comme si le monde des managers avait voulu opposer à l'alter mondialisme un alter capitalisme porteur lui aussi de valeurs tout autant humanistes que celles défendues par les militants se réunissant à Porto Alegre. On peut croire à la réalité de cette stratégie quand on sait que Klaus Schwab, le créateur du Forum de Davos a aussi mis sur pied sa propre fondation pour promouvoir le rôle des entrepreneurs sociaux (Schwab Foundation for social entrepreneurship). Nous sommes, de toute évidence, devant ce que Gramsci aurait pu appeler une bataille pour la conquête de l'hégémonie idéologique.

MOINS DE SERVICES PUBLICS ET DAVANTAGE DE PAUVRES

Ce qui distingue fondamentalement la conception individualiste de l'entrepreneuriat social de la vision collective portée par les organisations de l'économie sociale, c'est à la fois une vision différente du rôle de l'État et une foi sans limites dans les mécanismes de marché. Un bel exemple nous a été donné dans le reportage diffusé le 10 novembre dernier par Canal Plus dans lequel on voyait comment un jeune entrepreneur social africain avait réussi à créer dans son pays un réseau privé de toilettes et de douches publiques, un peu à la manière de Vespasien, cet empereur romain qui avait eu l'idée de taxer la collecte des urines. L'entrepreneuriat social ne peut se développer qu'avec moins de services publics et davantage de personnes trop pauvres pour accéder directement aux biens marchands.

C'est précisément ce qui passe dans tous les pays sur lesquels souffle depuis une vingtaine d'années le vent du libéralisme économique.



On pourrait multiplier les exemples. Aux États-Unis, le président Barack Obama a proposé un « social innovation fund », un fonds de soutien aux organisations « non profit » porteuses d'innovations économiques et sociales. En Grande-Bretagne, David Cameron a repris à son compte le projet de « big society », déjà initié par Tony Blair, dans lequel l'État n'a plus le monopole de l'action sociale et peut déléguer aux comités locaux et associations la gestion d'hôpitaux ou d'écoles, sous le leitmotiv de « prise de pouvoir par les habitants » (empowerment). Ce programme va de pair avec l'annonce d'un plan de réduction drastique des dépenses publiques. En France, ce repli de l'État dans l'accomplissement de ses missions de service public s'est traduit, depuis Nicolas Sarkozy, par la mise en œuvre de la révision générale des politiques publiques (RGPP).

LE MOUVES PEUT-IL FAIRE MOUVE-MENT ?

Si l'arrivée en France de ce courant des entrepreneurs sociaux a provoqué beaucoup de défiance, il semble que la greffe ne suscite plus de phénomène de rejet. Pour plusieurs raisons. Cette vision individualiste de l'entrepreneuriat social correspond bien souvent à la réalité : le succès d'une entreprise sociale doit beaucoup aux compétences et aux convictions personnelles des hommes et des femmes qui portent ces projets et qui n'ont pas trouvé dans les organisations plus traditionnelles le soutien et la reconnaissance recherchés.

Voilà certainement ce qui a rassemblé celles et ceux qui se sont retrouvés le 14 octobre 2010 pour tenir le premier congrès du mouvement des entrepreneurs sociaux qui désormais s'appelle le Mouves. Cette organisation avait été créée le 2 février 2010, à l'occasion du salon des entrepreneurs de Paris. Les membres fondateurs sont notamment Jean-Marc Borello, délégué général du Groupe SOS, qui a été élu président du Mouves lors du congrès, et Hughes Sibille, président de l'Avise et de l'Institut de développement de l'économie sociale.

LABEL VERSUS STATUT

Ce mouvement se donne la mission d'améliorer la visibilité et la lisibilité des entrepreneurs sociaux auprès du grand public et des acheteurs et investisseurs publics et privés, au moyen d'un label « entreprise sociale ». Toutes les entreprises du secteur public ou privé, poursuivant ou non des buts lucratifs, les sociétés de personnes et les sociétés de capitaux seraient éligibles au label.

Cette position rejoint celle du rapport Vercamer qui avait préconisé la « création de labels qui dépassent la seule approche statutaire pour mieux reconnaître l'appartenance à l'économie sociale et solidaire. » Le but de ce label serait notamment, selon le rapport, « d'offrir des possibilités de financement privilégiées aux structures qui en seraient bénéficiaires, ainsi qu'une meilleure visibilité dans leurs champs d'action respectifs, notamment vis-à-vis des donneurs d'ordre publics ».

Cette orientation ne pouvait que choquer les organisations de l'économie sociale qui tiennent non seulement aux différents statuts qui les régissent (coopérative, association, mutuelles et fondations) mais militent depuis des années pour les voir reconnus au plan européen. Ce que les coopératives ont d'ailleurs obtenu.

En réaction à ce rapport et à cette préconisation, la CPCA, le CNCRES, le CJDES, le GNC et l'USGERES avaient envoyé une lettre commune le 8 mars 2010 à Francis Vercamer, pour lui faire part de leurs réserves concernant cette idée de label. Le risque, en effet, est grand de mettre sur le même pied les entreprises capitalistes et les entreprises de l'économie sociale au prétexte que les unes comme les autres respecteraient certains critères liés à la responsabilité sociale. Pendant le congrès du Mouves, cette question a bien évidemment été débattue. Ainsi pour Philippe Frémeaux, directeur de la rédaction d'Alternatives Économiques et élu au conseil d'administration du Mouves, « l'utilité sociale du projet est aussi importante que les statuts. » C'est ce que le Mouves appelle le « langage de la preuve », qu'il entend opposer aux discours souvent « trop abstraits » de l'économie sociale et

solidaire. Cependant, les critères de l'entreprise sociale, n'ont toujours pas été définis par le Mouves. Il n'a pas non plus répondu aux nombreuses questions que la création d'un tel label poserait. Qui serait habilité à le décerner, quelle serait l'autorité de contrôle et de vérification ?

PASSERELLES PLUTÔT QUE FRONTIÈRES

Pour autant l'arrivée des entrepreneurs sociaux n'ouvre pas une ligne de démarcation infranchissable dans le champ de l'économie entre ces nouveaux entrants et les acteurs plus traditionnels. Les grands organismes de l'économie sociale se sont parfaitement adaptés à la nouvelle donne en essayant de garder le contrôle des évolutions en cours.

Ainsi le congrès du Mouves a eu lieu dans les locaux de la Macif et cette même mutuelle d'assurance a soutenu avec la Fondation de France et la Caisse des dépôts, la création dès 2006 de la chaire de l'Entrepreneuriat social au sein de L'Essec.

Enfin on remarquera que des personnalités comme Hugues Sibille qui fut délégué interministériel à l'innovation sociale et à l'économie sociale est également un des membres fondateurs du Mouves. Si l'entrepreneuriat social et l'économie sociale ne sont pas séparés par une frontière mais plutôt reliés par une passerelle, en revanche certaines formes de représentation semblent être arrivées au terme d'une séquence. C'est le cas notamment du Ceges qui rêvait au moment de sa fondation de devenir une sorte de Medef de l'économie sociale. Il se cherche maintenant une autre vocation.





ÉTUDE

PAUVRETÉ ET PRIVATION SELON L'INSEE

Selon l'Insee, la pauvreté doit aussi être mesurée selon les conditions de vie des personnes, et pas seulement par des seuils de revenus. Elle a ainsi établi une liste de 27 privations dans son « Portrait social 2010 », tels que la restriction de consommation, les retards de paiement,... et en a établi que 22% des adultes ont été touchés par la « pauvreté en conditions de vie » entre 2004 et 2007. Mais cette pauvreté a pu être transitoire durant cette période. L'étude précise en effet combien de temps les ménages sont restés pauvres (de 1 à 4 ans), et permet de distinguer trois types de pauvreté.

La pauvreté « persistante » concerne un tiers des 22% de ménages, qui ont connu la pauvreté plus de 3 ans. Elle frappe des personnes en conditions de précarité par rapport au travail, au logement et à la santé. Les deux autres catégories de pauvreté sont plus « transitoires » selon l'Insee. Elles touchent d'un côté des ménages jeunes (15-45 ans), en couple, avec un travail et des enfants, qui connaissent des difficultés matérielles pendant 1 ou 2 ans et qui doivent se priver pour équilibrer leur budget. Ce sont de l'autre côté des ménages plus âgés, en général retraités, qui doivent se priver principalement de dépenses en consommation courante, à l'exception des repas, pendant moins de 2 ans.

COMPLÉMENTAIRES : DES LOW COSTS CONTRE DES CHÈQUES SANTÉ

LE GROUPE MALAKOFF-MÉDÉRIC PROPOSE UN CONTRAT INDIVIDUEL SPÉCIALEMENT DÉDIÉ AUX PERSONNES ÉLIGIBLES À L'ACS. CETTE PRESTATION À TARIF RÉDUIT EST-ELLE RÉELLEMENT UNE NOUVEAUTÉ OU BIEN JUSTE UN ARGUMENT DE COMMUNICATION ?

Intitulée « Ma complémentaire santé ACS », l'offre propose à la fois un tarif réduit, mais couvrant toutes les dépenses de soins, et un accompagnement dans les démarches administratives pour obtenir le chèque santé. En effet, sur les 2 millions de personnes dont le niveau de ressources les rendraient éligibles à l'ACS, seules 600 000 en ont fait la demande. Le groupe paritaire dit vouloir ainsi améliorer l'information des usagers et leur faciliter les démarches administratives. Cette nouvelle complémentaire aurait été élaboré avec la participation active du Ciss. C'est du moins ce que des quotidiens économiques ont affirmé. Les premiers surpris par cette information semble avoir été Collectif interassociatif lui-même. Même si le Ciss a des relations partenariales avec Malakoff-Médéric, pour sa ligne « Santé info droit », le Collectif n'a pas du tout apposé leur logo



sur ce contrat.

DES ADHÉRENTS SURENDETTÉS

Toujours est-il que les complémentaires ont compris que le coût d'accès aux couvertures complémentaires commençait à devenir problématique pour un nombre grandissant de personnes. De plus en plus fréquemment les ménages doivent arbitrer entre payer sa couverture santé et d'autres dépenses. C'est ce que la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH) a bien compris. En partenariat avec l'association Crésus, qui vient en aide aux ménages en difficultés financières, et la Banque fédérale mutualiste (BFM), la MNH a édité un guide sur le surendettement. La MNH sait de quoi elle parle. Son service social, créé depuis plusieurs années, reçoit chaque année 12 000

dossiers, dont 1400 sont transmis par des adhérents en situation de surendettement, un chiffre assez élevé comparé aux 650 000 adhérents de la MNH. En effet, les agents de la fonction publique, contrairement à certaines idées reçues, sont très représentés parmi les personnes en surendettement. Leur sécurité de l'emploi peut leur permettre d'accéder facilement au crédit, mais leurs salaires, souvent bas et liés à des primes irrégulières, rendent ensuite le remboursement difficile, surtout si un accident de la vie se produit. Le service social de la MNH peut alors proposer aux adhérents de revoir leur contrat pour une plus faible cotisation, et éventuellement des facilités de paiement après étude au cas par cas.



SYNDICATS MÉDICAUX : L'ÉCLATEMENT CATÉGORIEL

LES RÉSULTATS DES ÉLECTIONS AUX URPS, PUBLIÉS LE 5 OCTOBRE, MONTRENT PEU D'ÉVOLUTIONS DE LA RÉPARTITION SYNDICALE DEPUIS LES PRÉCÉDENTES ÉLECTIONS AUX URML EN 2006. LA PARTICIPATION A ÉTÉ EN LÉGÈRE BAISSÉ, 44,7% CONTRE 46% EN 2006. CES ÉLECTIONS CONFIRMENT SURTOUT LE MOUVEMENT DE CATÉGORISATION DU SYNDICALISME MÉDICAL, AVEC LA MAJORITÉ OBTENUE PAR LE SYNDICAT DEDIE AUX PROFESSIONNELS DU BLOC OPÉRATEUR DANS LE TROISIÈME COLLÈGE CRÉÉ SPÉCIFIQUEMENT POUR LES ANESTHÉSISTES, OBSTÉTRICIEUS ET CHIRURGIENS (AOC).

Ces élections étaient les premières. Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ont été définies par la loi HPST. La principale nouveauté introduite par cette loi est l'organisation du scrutin, pour les médecins, non plus dans deux mais dans trois collèges. Le collège des plateaux techniques a ainsi fait son apparition aux côtés du collège des généralistes et de celui des autres spécialités. Les résultats en demi-teinte de ces élections auront au moins permis à chacun des syndicats de médecins de réclamer victoire. MG France est arrivé en tête du collège des généralistes avec 30% des voix, contre 26,9 % pour la CSMF. Cette victoire en nombre de voix se traduit cependant par une victoire en sièges pour la CSMF : 175 sièges contre 164 pour MG France, due aux différences du nombre d'électeurs entre les régions. Le nouveau syndicat Le Bloc, rassemblant les anesthésistes, obstétriciens et chirurgiens, arrive en tête du collège AOC avec 57 % des voix. La CSMF est en tête du collège des autres spécialités avec 51,2 %. Tous collèges confondus, les résultats au niveau national montrent une légère baisse de la CSMF par rapport à 2006 (33,6 % contre 35,2 % en 2006), mais son allié, le SML a lui fortement progressé (22,3 % contre 11,9 % en 2006). La Fédération des médecins de France, elle, régresse de manière significative avec un total national de 15,9% contre 25,5% en 2006. Et maintenant que va-t-il se passer ?

Changement des temps et des alliances, l'aristocratie des médecins du bloc opératoire était assise à la même table que les généralistes lors d'une conférence de presse commune de MG France et du Bloc le 28 octobre à Paris. Si le thème a principalement porté sur la question spécifique du vote des règlements intérieurs par chaque URPS, cette

alliance entre deux syndicats, dont le seul point commun est leur centrage sur une catégorie professionnelle, montre que les grandes lignes de clivages du syndicalisme médical sont aujourd'hui moins prégnantes.

DES LIBÉRAUX PLUS PRAGMATIQUES ET MOINS IDÉOLOGIQUES ?

La forte politisation de cette élection par les syndicats confédérés (CSMF et SML) qui ont fait campagne contre la loi HPST ne leur a pas permis de réaliser une percée indiscutable lors de ce scrutin. Leurs 56% des voix exprimées nationalement représentent plutôt une stagnation. Selon MG France, le gouvernement doit « faire le constat que la pseudo unité des médecins n'est pas une réalité sociologique » et devra donc dans les négociations conventionnelles à venir « répondre aux problèmes spécifiques de chaque métier ». Le principal enjeu de ces élections, au-delà de la définition du projet de santé avec les ARS, est bien celui de la représentativité syndicale, dont les règles ont été modifiées récemment, pour négocier les conventions. Avec leurs résultats, MG France et Le Bloc devraient être reconnus représentatifs par la future enquête de représentativité. Ira-t-on alors vers des conventions médicales catégorielles taillées sur mesure pour chaque spécialité ? MG France demande en tout cas à ce que la prochaine convention des médecins spécialistes et généralistes comporte des « volets métiers spécifiques » ce qui permettrait à ce syndicat de retrouver le chemin de la négociation conventionnelle alors que la dernière convention a été paraphée par la CSMF et le SML. Le Bloc quant à lui avait annoncé dans sa profession de foi, lors de sa création en juin 2010, qu'il serait le syndicat le plus à même de participer aux négociations conventionnelles sur le secteur optionnel et les compléments d'honoraires. Les négociations conventionnelles, voilà bien l'enjeu, de cette consultation. Les résultats aux élections seront, en effet, un critère déterminant pour l'enquête de représentativité syndicale que le gouvernement va maintenant devoir engager. Les négociations pourront ensuite démarrer avec les syndicats déclarés représentatifs pour conclure une nouvelle convention médicale de cinq ans.

Résultats par collèges en voix

	CSMF	SML	FMF	MG France	Le Bloc
Collège généralistes	26,9 %	19,1 %	18,4 %	30,0 %	
Collège AOC	18,8 %	14,7 %	7,2 %		57,1 %
Collège spécialistes	51,2 %	31,0 %	15,1 %		
Tous collèges	33,6 %	22,3 %	15,9 %	16,7 %	7,3 %

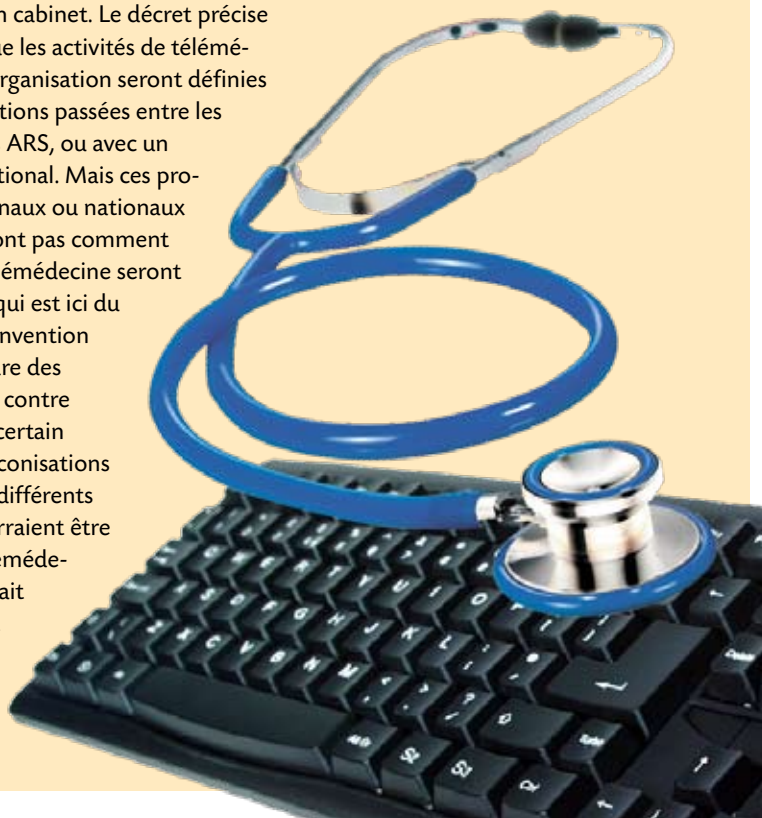
Source : AEF selon chiffres du Ministère de la Santé

SANTÉ LA TÉLÉ- MÉDECINE ARRIVE

Les consultations de médecins en ligne sont désormais autorisées en France, suite au décret sur la télémedecine paru le 21 octobre dernier. Cependant consulter son médecin sur Internet comme on achète aujourd'hui des billets d'avion en ligne n'est pas encore pour demain. Le décret semble ici avoir devancé à la fois la profession médicale et les acteurs conventionnels. Personne ne sait dire comment les actes de télémedecine seront organisés, financés et remboursés.

Avant la publication du décret du 21 octobre, seul le téléconseil médical était autorisé. Il ne pouvait pas se traduire par une prescription, mais seulement par des informations et par de l'aide à l'orientation. Désormais la consultation à distance devient légale au même titre que celle donnée dans un cabinet. Le décret précise uniquement que les activités de télémedecine et son organisation seront définies par des conventions passées entre les médecins et les ARS, ou avec un programme national. Mais ces programmes régionaux ou nationaux ne détermineront pas comment les actes par télémedecine seront rémunérés, ce qui est ici du ressort de la convention médicale. L'ordre des médecins a par contre déjà publié un certain nombre de préconisations pour encadrer différents usages qui pourraient être réalisés par télémedecine. Il destinerait principalement la télémedecine à l'amélioration du suivi

des maladies chroniques et des polyopathologies, par l'adaptation de posologie, la coopération entre professionnels, la prévention et l'éducation thérapeutique. Si la télémedecine ne devrait donc pas remplacer définitivement la consultation d'un médecin, elle pourrait en revanche favoriser une évolution des pratiques médicales et de leur financement. Pour l'instant les actes de suivi, de coopération et de prévention, qu'ils soient effectués par télémedecine ou pas, ne sont pas valorisés financièrement dans la convention médicale. Le débat est depuis longtemps engagé entre les acteurs conventionnels (Assurance maladie, syndicats médicaux et organismes complémentaires) pour trouver de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé mieux à même de prendre en charge ces missions que le paiement à l'acte. De nombreuses expérimentations ont été menées, dans lesquelles les livres 2 et 3 de la Mutualité sont impliqués, mais qui ne sont pas encore au stade de la généralisation. Les outils techniques d'échanges sécurisés qui seraient nécessaires, tel que le dossier médical partagé (DMP), en sont aussi au niveau de l'expérimentation. La prochaine convention médicale sera-t-elle l'occasion de négocier ces nouveaux modes de rémunération ?



E-SANTÉ

QUI DOIT PAYER L'ÉQUIPE- MENT DES MÉDECINS ?

Le déploiement de la télémedecine doit faire l'objet d'un « projet national », selon les préconisations d'Elisabeth Hubert qui figurent dans le rapport sur la « médecine de proximité ». Dans ce travail, l'ex-ministre de la Santé consacre un chapitre entier au sujet. Le développement et surtout l'interconnexion des systèmes d'informations hospitaliers avec ceux de la médecine libérale permettraient de décloisonner la communication entre ville et hôpital et de réaliser à moyen terme des économies (diminution des consultations et des examens redondants). Mais à court terme, leur mise en oeuvre « aura un coût qui doit être accompagné par les pouvoirs publics », comme pour l'incitation à la dématérialisation des feuilles de soins, dit le rapport. Selon l'ASIP, le coût d'un tel plan de modernisation serait évalué à 60 millions d'euros sur deux ans. Sur la valorisation des actes de télémedecine en revanche, le rapport s'est contenté de rappeler que « l'absence de rémunération clairement identifiée freine le développement de la télémedecine dans le contexte du financement à l'activité et le rend impossible dans le secteur libéral ».

LE RAPPORT EN LIGNE



LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LE MONDE

Un nouveau rapport du Bureau international du Travail (BIT) affirme que si les mesures de sécurité sociale ont joué un rôle décisif pour réduire l'impact social des crises économiques, aujourd'hui comme par le passé, la couverture minimale de sécurité sociale demeure hors de portée du plus grand nombre, en particulier dans les pays à faibles revenus. Le «Rapport sur la sécurité sociale dans le monde 2010-2011: assurer une couverture sociale en temps de crise et au-delà» – le premier d'une série de rapports à paraître tous les deux ans – étudie aussi les lacunes dans l'accès aux

programmes de sécurité sociale concernant les soins médicaux, les retraites, l'aide sociale et les indemnités chômage. Il relève également que la plupart des personnes en âge de travailler dans le monde et leurs familles sont privées d'un véritable accès à des systèmes de protection sociale complets. Rapport disponible sur www.ilo.org

LE RAPPORT DU BIT

POUR UNE COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

Dans ce rapport, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit les mesures que les pays peuvent prendre pour modifier leurs systèmes de financement afin d'atteindre plus rapidement une couverture universelle - et la maintenir une fois concrétisée. Ce rapport annuel de l'OMS rappelle qu'une bonne santé est essentielle au bien-être humain et au développement économique et social durable. Les États membres de l'OMS ont pour objectif de développer leurs systèmes de financement de la santé pour garantir à tous l'utilisation des services de santé et la protection contre les



difficultés financières associées à leur paiement. Il se base sur les nouvelles recherches et les leçons tirées de l'expérience des pays. Il fournit aux pays un calendrier d'actions à toutes les étapes du développement et propose à la communauté internationale des moyens lui permettant de mieux soutenir les efforts des pays à faible revenu dans leur objectif de mettre en place la couverture universelle et d'améliorer les résultats sanitaires. Rapport disponible sur www.who.int

LE RAPPORT DE L'OMS

L'ATLAS 2010 DES MÉDECINS

Pour la quatrième année consécutive, le Conseil national de l'ordre des médecins rend publiques les

données de son Atlas de la démographie médicale française, qui révèlent un écart croissant entre le nombre de médecins entrants (+1,8% en un an) et sortants (+6,6% en un an). Au 1er janvier 2010, sur 261 378 médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, 44 928 médecins étaient retraités dont 5 612 actifs, soit une part de 17 % de l'ensemble des effectifs. L'Atlas 2010 confirme que l'activité libérale reste peu attractive auprès des nouvelles générations de médecins. En effet, seulement 8,6 % des nouveaux inscrits entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009 ont choisi ce mode d'exercice. Ce désintérêt impacte tant la médecine générale que les autres spécialités. A titre d'illustration, parmi les nouveaux médecins inscrits, seuls 4,4 % des radiologues et 9 % des ORL ont choisi l'exercice libéral.

Atlas disponible sur www.conseil-national.medecin.fr

L'ATLAS EN LIGNE



Mutuel l'Opinion Mutualiste.
3-5, rue de Vincennes.
93108 Montreuil Cedex.
Édité par la FMF
Rédacteur en chef :
Mariano Ortiz.
Rédaction :
Camille Placier
Conception : Mariano Ortiz.
Commission paritaire : n° 52544.

abonnez-vous
par e-mail
← click ici →