

La mutualité : le rond-point de la solidarité

Depuis plusieurs semaines, le mouvement des « gilets jaunes » dénonce les inégalités et les injustices qui fracturent la société. Il exprime **une forte aspiration à davantage de justice sociale**, qui résonne particulièrement avec les valeurs qui animent le mouvement mutualiste depuis sa création.

Les injustices se manifestent aussi dans le domaine de la santé. Les difficultés d'accès à une couverture complémentaire, la désertification médicale, la crise hospitalière, etc., sont autant de sujets qui contribuent au mécontentement.

La mutualité peut contribuer à construire une réponse à la crise sociale qui traverse notre pays. Pourtant, signe que le pouvoir exécutif n'a rien compris, Emmanuel Macron et le gouvernement s'évertuent à pointer du doigt les mutuelles et les accusent de privilégier leurs propres intérêts. Un comble alors que **c'est bien la politique libérale poursuivie par le gouvernement et ses prédécesseurs qui est à l'origine des inégalités et des injustices présentes dans la société !**

Nous ne serons pas des boucs émissaires ! Nous devons **nous adresser à la population pour montrer la capacité du mouvement mutualiste à agir** et obtenir des mesures qui permettront enfin de faciliter l'accès à une mutuelle pour tous. Notre intervention doit non seulement se faire dans le cadre du débat organisé par le gouvernement, mais également dans le cadre de rencontres directes avec la population et ses représentants.

1) Le mutualisme est une réponse à la crise sociale actuelle

Dans le langage courant, le terme « mutuelle » fait souvent référence à la complémentaire santé en général, sans distinction des acteurs qui interviennent dans ce champ. Pourtant, les mutuelles sont **des organisations particulières, régies par le code de la mutualité, s'appuyant sur une histoire et des valeurs** qui les distinguent sensiblement des assurances santé.

Depuis le milieu du XIXe siècle, les mutuelles ont participé **aux grandes avancées de la protection sociale** : pensions de retraite, indemnités journalières, protection maternelle et infantile, assurance maladie, etc. Plus récemment, les mutuelles se sont mobilisées pour développer le **tiers payant**. Si ces combats ont évolué avec le temps, ils sont toujours animés par le même esprit : celui de **la solidarité pour faciliter l'accès aux soins**. Les mutuelles constituent une alternative au système libéral. Elles incarnent **une économie durable, qui répond aux besoins de la population et participe à la cohésion sociale. Par leurs actions, elles amortissent les effets des politiques libérales et contribuent à transformer la société.**

L'action des mutuelles s'appuie sur **deux caractéristiques fondamentales** qui prennent aujourd'hui tout leur sens :

1. **La non-lucrativité** : les mutuelles n'ont pas d'actionnaires. Contrairement aux assurances santé, elles ne versent pas de dividendes et utilisent leurs excédents pour financer des

réalisations au service de l'accès aux soins et la prévention. Elles sont, au même titre que les autres familles de l'ESS, **la preuve qu'une autre économie est possible**. Une économie où l'humain est plus important que le capital ; où l'utilité sociale est une finalité ; où l'activité profite à toutes et tous.

2. **Le fonctionnement démocratique** : les conseils d'administration des mutuelles sont composés d'adhérents élus qui exercent leurs fonctions à titre bénévole. Les décisions sont prises lors d'assemblées générales où chaque adhérent peut voter. On le voit chaque jour, **le collectif et l'entraide y sont vecteurs de progrès social**. C'est pourquoi les mutuelles sont de véritables écoles de la démocratie.

Dans la pratique, une mutuelle c'est aussi des principes :

| | |
|---|---|
| <p>La non-sélection du risque</p> <p>Les mutuelles ne sélectionnent pas leurs adhérents. Il est possible d'être couvert par une mutuelle, quels que soient son âge, son état de santé et son niveau de revenus.</p> | <p>L'égalité de traitement</p> <p>La tarification des garanties santé ne varie pas en fonction du risque individuel de l'adhérent. La solidarité entre les générations est prise en compte dans le calcul des cotisations.</p> |
| <p>La transparence</p> <p>Les frais de gestion des mutuelles sont mis au service de la protection sociale des adhérents : développement des services, dispense d'avance de frais, conventions avec les professionnels de santé, prévention, etc.</p> | <p>L'action sociale</p> <p>Chaque mutuelle dispose d'un fonds spécial ou d'un dispositif de solidarité qui permet d'aider les adhérents faisant face à une baisse de leurs revenus ou à des dépenses imprévues.</p> |

Les mutuelles sont des entreprises privées à but non lucratif dont l'objet et la raison d'être sont de **permettre l'accès aux soins de leurs adhérents**. Contrairement aux assurances, elles mettent en œuvre, dans un cadre budgétaire équilibré, un projet global de santé qui conjugue les moyens économiques (les remboursements de frais de santé) et les outils médico-sociaux (les centres de soins).

Les Services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM) sont une spécificité du mouvement mutualiste, communément appelés « centres de soins » ou « centres de santé » (médecine générale, soins dentaires, soins optiques, soins auditifs). Ils sont **un complément à l'action des services publics et de la médecine libérale** dans les territoires, y compris les plus reculés. A l'heure où le manque de services de proximité est pointé du doigt, le maintien de ces établissements constitue un vecteur de lien social et un service de santé indispensables.

Comment sont calculées les cotisations ?

Les cotisations des complémentaires santé sont calculées **par rapport aux dépenses de santé remboursées aux adhérents**. Leurs évolutions sont **strictement parallèles** aux évolutions des dépenses de santé des Françaises et des Français. Il faut savoir que **les dépenses de santé augmentent plus vite que l'inflation**. Ainsi, entre 2001 et 2016, alors que l'inflation s'est établie à 25%, le volume des dépenses de santé a augmenté de 64% (de 121 à 199 milliards €). Dans un contexte où l'État a fortement contraint les dépenses de la Sécurité sociale, cette augmentation a été couverte à 80% par les complémentaires santé (de 14,6 à 26,4 milliards €) ! Les mutuelles étaient obligées de revoir à la hausse les cotisations pour maintenir un équilibre budgétaire.

2) Les frais de gestion sont-ils vraiment un problème ?

En 2017, si on ne tient pas compte des taxes sur les contrats mutualistes, environ 80% des cotisations ont été reversées aux adhérents sous forme de prestations (remboursements de soins), tandis que **19% ont été utilisées au titre des frais de gestion**. Il faut noter que cette part est nettement inférieure à celle des assurances, dont les frais de gestion s'élèvent à 22%. Cette différence s'explique en partie par le fait que **les mutuelles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer**. Elles ne versent donc pas de dividendes. Elles sont également moins agressives dans leurs actions de développement et dépensent des sommes moins importantes en publicité et en *sponsoring*.

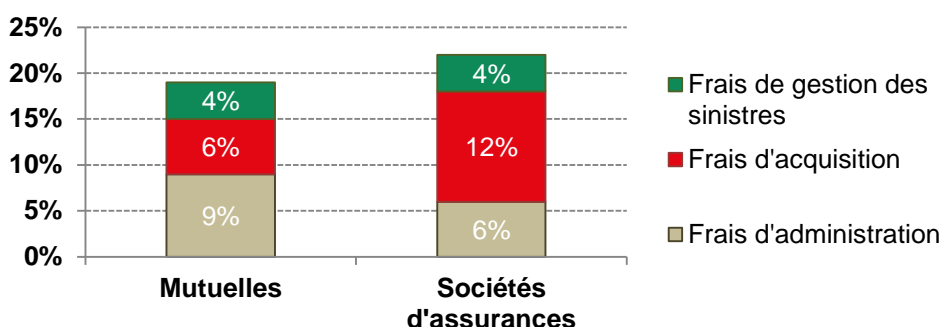
L'intégralité des frais de gestion des mutuelles sert à améliorer l'accès à la santé de tous ! Vouloir les diminuer par dogmatisme, c'est attaquer les moyens dont dispose la population pour accéder aux soins, quelle que soit sa condition sociale.

Les frais de gestion sont les dépenses qui permettent **d'assurer le bon fonctionnement d'une mutuelle, de développer les services et les prestations en nature aux adhérents**. Ils sont généralement répartis selon trois types de frais :

- a) **Les frais de gestion des sinistres** : De plus ou moins bonne foi, beaucoup accusent les mutuelles d'être moins efficaces que la Sécurité sociale qui gèrerait pour 5% là où les Mutuelles ont de coûts de près de 20%. En fait la comparaison est totalement biaisée. **L'Assurance maladie obligatoire a une tâche quasi exclusive : le paiement de prestations monétaires. Cette activité correspond aux frais de gestion des sinistres des mutuelles, qui sont de 4% !** Un ordre de grandeur équivalent à la Sécurité sociale. Les mutuelles sont exemplaires !
- b) **Les frais d'acquisition** : Ils correspondent aux actions menées pour développer les activités des mutuelles. Là encore, de plus ou moins bonne foi, certains, comme l'*UFC-Que Choisir ?*, ont voulu les assimiler à des dépenses de publicité pour en dénoncer le caractère exorbitant. Outre le fait que les frais d'acquisition des mutuelles sont deux fois moindre à ceux des assurances, la communication et la publicité sont d'un montant très inférieur. **Les dépenses de communication des mutuelles représentent moins de 1% des cotisations mutualistes et, dans ce montant, la publicité, moins de 0,3% !** Le reste des frais d'acquisition correspond aux dépenses engagées pour aider et informer les nouveaux mutualistes, les guider vers une couverture adaptée à leur situation, développer des réseaux de proximité d'agences et de conseillers mutualistes, etc.
- c) **Les frais d'administration** : Ces frais rassemblent l'ensemble des services rendus aux adhérents (encaissement des cotisations, action sociale, prévention, développement des établissements de soins mutualistes, etc.), ainsi que l'ensemble des coûts de mise en conformité aux exigences prudentielles et réglementaires qui n'ont cessés d'évoluer ces dernières années. En fait, la nomenclature officielle ne permet de quantifier dans la rubrique « prestations » que les dépenses qui sont strictement monétaires. **Toutes les prestations en nature et de services des mutuelles sont considérées par la réglementation comme des frais de gestion. Elles sont pourtant aussi indispensables que les remboursements pour l'accès aux soins des mutualistes.**

(en % des cotisations perçues)

Source : DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collecté par l'ACPR – Mutualité Française, Septembre 2018



Lorsqu'une personne se rend chez le médecin, puis à la pharmacie pour acheter ses médicaments, elle est remboursée dans les deux cas par sa complémentaire santé. **Ces remboursements engendrent des frais de gestion, ne serait-ce que pour traiter la demande, valider les transferts d'argent entre les différents acteurs, etc.**, – voire de faire tout cela en pratiquant le tiers payant pour que le malade n'ait pas à avancer les frais. Encore des frais supplémentaires diront certains, que les mutuelles assument pourtant, car ils permettent de **faciliter l'accès aux soins des ménages modestes** qui ne peuvent pas toujours avancer l'argent pour se soigner. On compte des milliers d'opérations du même type chaque jour. Mises bout à bout, elles représentent des sommes importantes qui sont néanmoins indispensables au bon fonctionnement des prestations rendues aux adhérents.

Les mutuelles mènent également de nombreuses actions pour **informer les adhérents de leurs droits et les accompagner dans les démarches pour en bénéficier**. C'est nécessaire pour plusieurs aides comme la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) ou l'ACS (aide à la complémentaire santé), dont les taux de recours sont très faibles. Il ne suffit pas de créer des dispositifs pour que les assurés sociaux puissent bénéficier des aides publiques. Il faut en connaître l'existence, constituer des dossiers complexes, etc. Les actions des mutuelles permettent de faciliter le recours aux droits.

On range également au titre des *frais de gestion* les dépenses des mutuelles permettant **d'organiser des actions de prévention et d'éducation à la santé**. **Le mouvement mutualiste est le premier acteur de prévention après les pouvoirs publics**. Ces dernières concourent à prolonger la vie en bonne santé en retardant la survenance ou l'aggravation de certaines maladies. Elles permettent aux personnes accompagnées de devenir actrices de leur santé et contribuent même à réduire les coûts de certaines maladies chroniques !

Dans le même esprit, les mutuelles jouent **un rôle indispensable aux côtés des collectivités territoriales et des agences régionales de santé (ARS) pour lutter contre les déserts médicaux**. En 2018, la Mutualité française gérait le plus grand réseau sanitaire et social à but non lucratif de France. Ce réseau compte **2600 services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM)** et plus de **15 000 professionnels de santé**, dont la plupart assurent une présence médicale indispensable dans les zones déficitaires et les quartiers défavorisés. Il s'agit là, encore une fois, de *frais de gestion* utiles et nécessaires pour l'intérêt général.

Le tiers payant ? C'est grâce aux frais de gestion. Un nouveau centre de santé au cœur d'un désert médical ? C'est grâce aux frais de gestion. Des actions de prévention santé dans les

entreprises ? C'est grâce aux frais de gestion. Une gestion démocratique et non lucrative des cotisations mutualistes ? Toujours grâce aux frais de gestion.

Il existe tout de même des frais de gestion qui ne concourent pas directement à l'accès à la santé. **Ils découlent néanmoins d'évolutions juridiques et économiques auxquelles les mutuelles doivent faire face et dont elles ne sont pas responsables.** Ce sont les **pouvoirs publics** qui, en organisant des changements perpétuels de législation et d'obligations réglementaires, encouragent l'augmentation des « frais d'administration » des mutuelles : réforme des contrats responsables, Solvabilité 2, règlement européen sur la protection des données (RGPD), directive sur la distribution d'assurance, etc. En quelques années, il a fallu s'adapter très vite. Ces nouvelles règles ont contraint les mutuelles à modifier leurs garanties, à faire évoluer leurs systèmes informatiques, à développer la formation de leurs élus et salariés, à fournir une information spécifique à destination de leurs adhérents, etc. Cela a malheureusement coûté cher aux adhérents.

Les nouvelles normes de solvabilité imposent aux mutuelles de mettre en réserve des millions d'euros pour faire face aux risques liés aux activités d'assurance. Elles sont pourtant beaucoup moins exposées aux risques que les compagnies d'assurance car elles détiennent des actifs plus sûrs. **Les pouvoirs publics ne peuvent pas d'un côté exiger des réserves obligatoires fortes et, de l'autre, pointer du doigt les bons élèves en disant qu'ils ont trop d'argent !**

Quelle part la publicité représente-t-elle dans la cotisation de l'adhérent ?

La concurrence est particulièrement forte dans le secteur de la complémentaire santé, notamment depuis la généralisation de la complémentaire santé en entreprise en 2013 ou l'arrivée sur le marché de nouveaux opérateurs lucratifs comme les banques ou les courtiers en assurance. **Les mutuelles doivent faire connaître leur offre et valoriser leurs spécificités auprès des assurés sociaux pour que le modèle démocratique et non lucratif puisse survivre.** Les dépenses de communication -- au sein desquels on retrouve les dépenses de publicité --, sont inscrites dans ce qu'on appelle techniquement les « frais d'acquisition ». Ces derniers ne représentent que 6% des cotisations mutualistes, contre 12% des cotisations des assureurs. Néanmoins, les frais d'acquisition rassemblent plusieurs choses. Si l'on regarde **les frais de communication des mutuelles à proprement parler, ils représentent moins de 1% des cotisations. Et les frais de publicité, moins de 0,3% !**

3) L'État porte une responsabilité dans l'augmentation des cotisations, car il organise le démantèlement de la sécurité sociale et le transfert de charges vers les mutuelles.

Notre protection sociale a été fondée sur un haut niveau des régimes obligatoires. **C'est la Sécurité sociale qui devait garantir la solidarité et l'universalité du système.** Pourquoi la couverture maladie et vieillesse doivent-elles être universelles ? Parce qu'elles prennent en charge deux risques aléatoires et universels : l'exposition de chacun à la maladie et à la vieillesse. Pourtant, cette ambition a été mise à mal. La notion de « trou de la Sécu » est devenue l'élément central de tous les débats et a justifié, entre autres, des remboursements croissants.

Les logiques économiques l'ont emporté sur l'accès à la santé et la qualité des soins. En 2018, ce sont 4,2 milliards d'euros d'économies qui ont été demandés à la branche maladie,

après des coupes déjà importantes de 4 milliards d'euros en 2017 et 3,4 milliards en 2016. La convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie a fortement réduit les moyens humains et financiers dédiés à l'accès aux soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 va pour sa part entraîner **une nouvelle baisse de 4 milliards d'euros** des moyens de l'assurance maladie. C'est à ce prix que c'est fait le « retour à l'équilibre » que certains présentent comme une victoire. Mais alors que les besoins en santé sont toujours plus importants, c'est aux complémentaires santé qu'il revient de prendre en charge les prestations.

Les mutuelles font face à des **hausse régulières de leurs dépenses**. Celles-ci s'expliquent par des évolutions que les complémentaires ne maîtrisent pas. Il y a la progression des **dépenses de santé**, qui augmentent tendanciellement de près de 4,5% chaque année (cf. point n°1), à laquelle s'ajoutent des **transferts de charges** toujours plus importants du régime obligatoire vers les complémentaires en raison du rétrécissement du champ de la Sécurité sociale.

L'année 2019 sera particulièrement lourde pour les mutualistes. Deux mesures vont particulièrement impacter les dépenses des mutuelles :

1. Il y a déjà **une augmentation nette de 0,8 point de la taxe sur les cotisations** à cause de la fiscalisation du forfait médecin traitant, faisant passer la fiscalité sur les contrats « solidaires et responsables » au-dessus de la barre des 14%. Au total, cela représente près de 2 mois de cotisation par adhérent !
2. À cela s'ajoute **l'augmentation du forfait soins coûteux, qui passera de 18€ à 24€**, à la charge des mutuelles ou pire, des personnes malades elles-mêmes. Rappelons que 4 millions de personnes ne disposent toujours pas de couverture santé complémentaire en France.

Ces nouvelles dépenses contraignent de nouveau les mutuelles à **ajuster le niveau des cotisations**. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), organe du ministère de la Santé, a démontré dans son rapport 2017 sur la situation financière des organismes complémentaires, publié le 25 mai 2018, que **les mutuelles n'ont pas de marge pour amortir des dépenses nouvelles sans les répercuter sur les cotisations** : « Pour les mutuelles, l'activité santé est juste excédentaire en 2016 (...) Le résultat net dégagé par les mutuelles représente 0,7% de l'ensemble des cotisations collectées en 2016, soit le même ordre de grandeur que celui réalisé en 2015. »

Il y aura, en outre, la mise en place du **reste à charge zéro**, dont on ne mesure pas encore bien le poids économique pour les mutuelles, mais qui aboutira en l'état à alourdir considérablement la fiscalité des contrats les moins onéreux, qui passera elle **au-dessus de la barre des 21%** !

4) Pour garantir l'accès à la santé, supprimons les taxes sur la santé !

Plus de 14% des cotisations prélevées par les mutuelles sont reversées à l'État sous forme de taxes, ce qui représente presque deux mois de cotisations par adhérent. **Sur 100€ de cotisation, 14 euros sont directement reversés à l'État ; seulement 86 euros vont dans les caisses des mutuelles.**

La hausse de la fiscalité depuis plusieurs années (de 1,75% en 2005 à 14,07% aujourd'hui) a fait exploser le coût d'accès à une couverture complémentaire. **Car ce sont bien les ménages qui payent cette taxe !** Les classes moyennes et populaires, les familles et les foyers les plus modestes sont ceux pour qui la charge est la plus lourde. C'est d'ailleurs parmi les foyers les plus précaires que l'on trouve les personnes qui ne bénéficient pas de couverture complémentaire. Le coût n'y est pas pour rien ! Le choix politique qui a été fait (avant 2005 les cotisations mutualistes n'étaient pas taxées par l'État) empêche directement 3,5 à 4 millions de personnes de se protéger davantage. Or, celles et ceux n'ayant pas de complémentaire santé renoncent davantage à des soins et supportent des problèmes de santé plus graves ! C'est pourquoi les taxes constituent **une menace pour la santé** de nos concitoyens.

Les contrats de complémentaire santé sont plus taxés que les billets d'un match de foot ou les hamburgers d'un fast-food !

Les taxes sur les cotisations témoignent d'une incompréhension totale du risque santé. **L'État ne peut pas traiter une vie humaine de la même façon qu'il traiterait l'achat d'une voiture ou d'un ticket d'entrée dans un stade.** Personne ne va faire des examens par plaisir ou prendre des traitements lourds pour se divertir. C'est parfois une question de vie ou de mort et aucun frein économique ne doit exister. Rappelons que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi que « *la possession du meilleur état de santé (...) constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* ».

Les taxes imposées par les gouvernements successifs témoignent également d'une méconnaissance de la structure mutualiste, par essence **solidaire et non lucrative**. Le chiffre d'affaires d'une mutuelle est essentiellement composé de cotisations. **Taxer les mutuelles, c'est taxer les mutualistes !**

Supprimer les taxes sur les mutuelles, c'est diminuer une cotisation de plus de 14% !

Les propositions des Mutuelles de France

Les Mutuelles de France demandent l'abandon des taxes sur la santé, une réforme profonde du financement de la sécurité sociale permettant de lui assurer des recettes justes et durables à la hauteur des besoins, ainsi qu'une révision complète des aides publiques pour l'accès de tous à une mutuelle. Les adhérents des mutuelles ne doivent pas être tributaires du retrait des pouvoirs publics dans le champ de la santé.