



Lundi 3 janvier 2022

Jean-Paul Benoit, président de la FMF :

« Les frais de gestion sauvent des vies ! »

Le président de la Fédération des mutuelles de France revient largement sur les questions posées à la protection sociale aujourd'hui. Il dénonce les voies sans issues d'un débat caricatural et mal informé. Il formule des pistes pour améliorer le niveau et la qualité de la sécurité sociale de la population, véritable ciment d'une société démocratique.

M.S. : Le gouvernement a commandé un rapport sur l'avenir de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire au HCAAM, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. L'un des scénarios envisagés par le Haut conseil a été surexposé médiatiquement, celui bâti sur une « grande sécu » se substituant pour tout ou partie aux mutuelles. Mais avant même la finalisation du rapport, le président de la République et le ministre de la Santé ont annoncé l'abandon de cette piste. Comment interprétez-vous cet échec ?

J.-P.B. : Vu de l'extérieur, cet épisode peu glorieux peut interroger et renvoie l'image d'un pouvoir qui fait preuve d'une légèreté inquiétante sur un sujet crucial : la protection sociale de la population et le droit à la santé. Quel était l'objectif de cette proposition claironnée dans tous les médias puis visiblement retirée ? Aux Mutuelles de France, nous sommes convaincus que le gouvernement n'a jamais eu l'intention d'accroître le niveau de couverture sociale en France, malgré la pandémie que nous traversons. Les dogmes ont la vie dure à l'Élysée, avenue de Ségur et à Bercy. Pour « agrandir » la Sécurité sociale, il faut mettre de l'argent sur la table. Et dès le mois d'août, le ministre de l'Économie et des Finances a sifflé la fin de la récréation. Bruno

Le Maire a d'ailleurs choisi l'endroit puisque c'est devant l'université d'été du Medef qu'il a martelé « le "quoi qu'il en coûte", c'est fini ».

« La "manip", comme on dit familièrement, de la "grande sécu" a permis de jeter l'opprobre sur les mutuelles en leur faisant porter la responsabilité de l'augmentation du coût de la complémentaire santé »

Mais cette « manip », comme on dit familièrement, n'est pas un échec. Le gouvernement entendait d'abord dissimuler par une opération médiatique ses insuffisances face aux enjeux d'accès aux soins : aucune des crises qui secouent le système de santé depuis longtemps maintenant, crise de la médecine de premier recours, crise de l'hôpital public, crise des EHPAD, n'a trouvé l'amorce d'une solution durant ce quinquennat. Pas plus que la déstabilisation de notre système de protection solidaire. On voit bien que pareils échecs sont difficiles à assumer, alors ils ont préféré faire diversion. Cette tactique avait un autre « avantage », celui de jeter à nouveau l'opprobre sur les mutuelles en leur faisant porter, aux yeux de la population et singulièrement des retraités, la responsabilité de l'augmentation du coût de la complémentaire santé. Vous voyez, ce projet mal calibré et avorté avant d'être finalisé a permis de rouvrir les procès en sorcellerie sur ce qu'on appelle nos frais de gestion.

M.S. : Pourtant, ces « frais de gestion » sont bien un problème...

J.-P.B. : Il y a un véritable enfumage sur ces questions. Sous prétexte de comparer des pourcentages de frais de gestion entre le régime obligatoire et le régime complémentaire, on compare des chevaux et des alouettes et on en déduit opportunément que les organismes complémentaires gèrent moins bien que le régime obligatoire. Or, c'est faux. Ni plus, ni moins. Les mutuelles liquident des prestations pour moins cher que l'assurance maladie. Ce n'est pas une critique de la Sécurité sociale qui a des situations lourdes de patients à assumer, mais de là à inverser la réalité, il y a un pas que d'aucun aurait dû ne pas franchir.

« On juge nos mutuelles sur la base du plan comptable des sociétés d'assurance. Or, ce plan, taillé pour les sociétés de capitaux, n'identifie que des prestations monétaires. »

Dans cette histoire, on juge nos mutuelles sur la base du plan comptable des sociétés d'assurance. Or, ce plan, taillé pour les sociétés de capitaux, n'identifie que des prestations monétaires. Toutes les autres prestations ne sont pas prises en considération et sont assimilées à des « frais de gestion ». Ces « frais de gestion » sont subdivisés en 3 parties : frais d'acquisition, frais de gestion des sinistres et frais d'administration. Comme rien n'est calibré pour des organismes comme les nôtres qui délivrent aussi des prestations sociales en nature à leurs adhérents, on nous oblige à répartir arbitrairement ces prestations dans l'une de ces trois rubriques. Convenez que ça fausse singulièrement le raisonnement. C'est alors que les accusations pleuvent : frais de gestions trop élevés, dépenses de marketing somptuaires ...

Mutuelle de France Alpes du Sud : Le découpage en 3 parties des frais de gestion (acquisition, administration et gestion des prestations) est une spécificité comptable mutualiste, qui oblige à un retraitement des informations comptables conventionnelles qui entrent dans les comptes du plan comptable traditionnel tel que achats, loyers, maintenances, honoraires... Toutes les charges et tous les produits sont obligatoirement ventilés dans l'une des rubriques et perdent donc, pour certains de la précision, d'où ces interprétations hâtives et approximatives.

Il faut noter également que les Mutuelles ne sont pas assujetties à la TVA et que toutes les charges ont un surcoût mécanique de 20 % environ au global.

M.S. : Alors, justement, qu'est-ce que vous appelez « prestations sociales en nature » ?

J.-P.B : Pour des mutuelles qui maintiennent un réseau d'accueil et d'accompagnement, ce sont des dépenses liées aux points d'accueil, au salaire des conseillers, à la location du local, au mobilier ou encore au système d'information. Or, en 2019, dernière année avant la pandémie, les points d'accueil des mutuelles interprofessionnelles comme les nôtres ont passé l'essentiel de leur temps à aider les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS), récente invention bureaucratique de la ministre de la Santé qui a démissionné en pleine pandémie. Les dossiers de demande et le dispositif sont tellement complexes que les conseillers mutualistes ont passé entre une et deux heures avec chaque bénéficiaire pour leur permettre d'accéder à leur droit. Ces coûts sont allés directement en « frais d'acquisition ». Et on nous reproche de dépenser trop en « frais d'acquisition » alors que plus de la moitié des bénéficiaires potentiels de la CSS n'ont toujours pas accès à leur droit ? Les mutuelles font trop pour les aider ?

« Vous le voyez, ce qu'on appelle les « frais de gestion » des mutuelles servent à permettre l'accès aux soins, ils sauvent des vies. »

Et puis, outre cet accompagnement social, il y a tout le travail que nous faisons pour le droit à la santé, la prévention, le développement des services de soins, l'information sanitaire, l'éducation thérapeutique...

Alors quand on nous dit que les frais de gestion sont des dépenses indues, il faudrait préciser le réquisitoire. Qu'est-ce qui est indu ? Le développement des centres de santé sans dépassement d'honoraires et pratiquant le tiers payant, dans un pays en proie aux déserts médicaux et où un quart des 18-24 ans renoncent à des soins pour des raisons financières ? Qu'est-ce qui est indu ? Les actions de prévention dans un système de santé qui peine à sortir du tout-curatif ?

Vous le voyez, ce qu'on appelle les « frais de gestion » des mutuelles servent à permettre l'accès aux soins, ils sauvent des vies.

« Non, les dépenses marketing des mutuelles ne sont pas de 40%, mais de moins de 1% des cotisations, et les dépenses de publicité de 0,2%. Non ce ne sont pas ces dépenses qui grèvent les cotisations. »

Mutuelle de France Alpes du Sud : A la Mutuelle de France Alpes du Sud, nous avons fait le choix de gérer le dispositif de la CSS (complémentaire santé solidaire), ce qui est loin d'être le cas de beaucoup de complémentaires, dont certaines ayant des agences sur notre territoire. Offrir la possibilité de venir monter son dossier de CSS dans nos agences nous est apparu comme une contribution nécessaire à l'accès aux soins des plus démunis. Mais effectivement, cela a un coût qui figure dans les frais de gestion : temps passé à l'adhésion, gestion des prestations, la CSS est très spécifique à suivre.

Et, pour confirmer les propos du Président JP BENOIT, l'existence d'un réseau d'agences, signe d'une vraie proximité, génère des coûts de gestion non négligeables, tant en personnels, qu'en charges locatives, déplacements, etc.

Alors oui, il y a un coût, mais nous l'assumons car cela constitue un véritable accompagnement de nos adhérents, par un accueil physique, par une réponse immédiate à leurs besoins et une écoute attentive, humaine, à leurs côtés dans nos 6 agences.

Et nous sommes également partie prenante dans l'organisation d'actions de prévention, en partenariat avec les centres de santé du territoire.

M.S. : Et d'où viennent ces accusations, alors ?

J.-P.B. : Que le gouvernement ou les chantres du libéralisme utilisent de telles ficelles n'est pas pour nous surprendre. La protection sociale solidaire ne les intéresse pas. Mais que l'on tombe dans le panneau dans des milieux qui se veulent progressistes, voire proche de l'économie sociale, me sidère. On a même entendu des économistes plutôt adeptes d'alternatives à l'économie libérale, confondant frais d'acquisition et marketing, affirmer sans vergogne que 40% des frais de gestion des mutuelles sont des dépenses de marketing. Je 3 croyais ces « monsieur Jourdain », qui font du libéralisme sans le savoir, plus au fait des enjeux réels de protection sociale, d'accès aux soins et d'effectivité des droits. Certes le plan comptable des assurances est spécifique, mais affirmer de telles énormités sans prendre la peine de vérifier, c'est inacceptable. Non, les dépenses marketing des mutuelles ne sont pas de 40%, mais de moins de 1% des cotisations, et les dépenses de publicité de 0,2%. Non ce ne sont pas ces dépenses qui grèvent les cotisations.

« L'assurance maladie a des frais de gestion trop bas. S'ils sont à ce niveau, c'est dû aux politiques successives de réduction de moyens au détriment des salariés de l'Assurance Maladie et des assurés sociaux. »

Permettez un mot encore, à propos de l'assurance maladie. Même si elle ne fait pas mieux que les mutuelles pour la gestion des remboursements, elle a des frais de gestion trop bas. Faut-il s'en réjouir ? S'ils sont à ce niveau, c'est dû aux politiques successives de réduction de moyens menées au détriment des salariés de l'Assurance Maladie et des assurés sociaux. De nombreux points d'accueil ont été fermés, les postes de conseillers réduits. Aujourd'hui, l'accueil, le suivi et l'accompagnement des

bénéficiaires de l'assurance maladie sont gravement déficients. Des Caisses Primaires ne répondent qu'à moins d'un appel téléphonique sur deux. Rencontrer un conseiller demande beaucoup de temps libre, une grande détermination et les moyens de se déplacer parfois fort loin. Est-ce vraiment le modèle à suivre ? L'assurance maladie est victime des Conventions d'Objectifs et de Gestion toujours plus restrictives qui lui sont imposées années après années. Les Mutuelles en sont les victimes collatérales, qui doivent compenser les insuffisances d'accompagnement, comme elles complètent les remboursements des restes à charge croissants.

« Beaucoup parlent avec des trémolos dans la voix de la "Sécu de 45". Son principe fondateur est clair : "chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins" ».

Mutuelle de France Alpes du Sud : Pour la Mutuelle de France Alpes du Sud, les dépenses de « marketing » s'élèvent en année haute à 0.95 % des cotisations. Cela concerne notamment : les publicités dans la presse et à la radio au moment des Foires expositions, les affiches et dépliants, les véhicules des collectivités partenaires, les encarts dans les revues, les clubs sportifs. En 2021 les dépenses se sont élevées à 0.5% des cotisations.

M.S. : Malgré tout, il y a un vrai problème d'accès aux soins et à la complémentaire santé dans notre pays...

J.-P.B. : Effectivement. Et ce problème a plusieurs causes : les attaques subies par la Sécurité sociale qui ont réduit son efficacité, la crise majeure de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière, la désorganisation de la solidarité mutualiste par le système assurantiel et la taxation délirante d'un service de première nécessité.

La sécurité sociale a pour tâche première d'assurer le socle de tout notre système de protection sociale par la solidarité nationale. Beaucoup parlent avec des trémolos dans la voix de la « Sécu de 45 ». Plus intéressant est d'examiner en quoi elle constituait une avancée majeure pour la santé et la dignité humaine. Son principe fondateur est clair : « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». C'est l'expression de multiples solidarités, entre malades et bien portants, entre générations, entre riches et pauvres. C'est l'essence même de ce système original dicté par les besoins de la société française. C'est ce qui fait qu'il fonctionne.

« Ce n'est pas par habitude que les Mutuelles de France militent pour une Sécurité sociale au plus haut niveau, ce n'est pas par dogmatisme : c'est parce que c'est indispensable pour assurer l'accès aux soins à tous. Parce que c'est efficace. Parce qu'une société dont la population est bien protégée est une société plus libre, plus ouverte et plus dynamique »

Sauf que, ces solidarités ont été mises en cause et amoindries au fil des plans prétendant « sauver la sécu » de son soi-disant « trou ». Les « restes à charge » après intervention de la Sécu sont de plus en plus problématiques. Les personnes qui sont en ALD – Affection longue durée –, les plus malades, ont des « reste à charge » deux

fois plus élevés que les autres assurés sociaux. Du fait des franchises, forfaits, dépassements de tarifs et d'honoraires qui se multiplient et augmentent régulièrement, la sécu ne joue plus pleinement son rôle de solidarité entre biens portants et malades.

On dit souvent que si la sécu ne rembourse pas toujours bien les soins de ville, elle couvre par contre les soins hospitaliers. Là encore c'est de moins en moins vrai. Le ticket modérateur hospitalier, les forfaits et autres dépenses non remboursées par l'assurance maladie représentent des montants considérables. C'est ainsi qu'on a vu des patients atteints de formes graves de COVID sortant de réanimation avec des factures hospitalières de plusieurs milliers, voire plusieurs dizaines de milliers, d'euros non pris en charge par 4 l'assurance maladie. Où est la solidarité ? Où est la justice ?

M.S. : Et vous êtes des mutualistes qui défendent la sécurité sociale ?

J.-P.B. : Oui. Constamment. Depuis le début. Ce n'est pas par habitude que les Mutuelles de France militent pour une Sécurité sociale au plus haut niveau, ce n'est pas par dogmatisme : c'est parce que c'est indispensable pour assurer l'accès aux soins à tous. Parce que c'est efficace. Parce qu'une société dont la population est bien protégée est une société plus libre, plus ouverte et plus dynamique. Une « grande sécu » c'est d'abord une sécu qui remplit sa mission de solidarité envers les malades. Le fait qu'elle ne puisse plus le faire suffisamment pèse lourdement sur les plus malades, et tout particulièrement sur les plus âgés, qui se retrouvent avec de très lourdes dépenses non prises en charge.

« Pour ne pas compromettre toute possibilité de mutualisation les mutuelles ont dû se résoudre à adapter leurs pratiques à une concurrence qui n'a rien à faire de l'intérêt général, ni même de l'intérêt à long terme des assurés sociaux. »

Les complémentaires santé sont là pour amener un deuxième niveau de remboursement de ces restes à charge. Mais, si les mutuelles ont pu remplir cette tâche pendant des décennies, l'augmentation des inégalités et l'introduction des assureurs et de leurs logiques de sélection des risques et, quoi qu'on en dise, des personnes qu'elles protègent, ont porté un coup à la capacité de mutualisation des vraies mutuelles. Jusqu'aux années 80 les mutuelles ne pratiquaient pas de cotisations en fonction de l'âge. Mais aujourd'hui, si les mutuelles couvrent toujours les trois-quart des personnes âgées, elles sont confrontées à une concurrence exacerbée pour la couverture des plus jeunes. Pour ne pas compromettre toute possibilité de mutualisation elles ont dû se résoudre à adapter leurs pratiques à une concurrence qui n'a rien à faire de l'intérêt général, ni même de l'intérêt à long terme des assurés sociaux.

Les mécanismes de sélection et ses logiques d'individualisation, discriminatoires et court-termistes de l'assurance sont contagieuses. Comme la mauvaise monnaie chasse la bonne, l'assurantiel chasse la solidarité et la mutualisation. Non les

mutuelles ne sont pas des assureurs avec un vernis de valeurs humanistes. Les logiques mutualistes et assurantielles et les techniques qui en découlent sont aussi différentes que la répartition et la capitalisation dans le domaine des risques longs, comme la retraite. L'assureur cherche à individualiser le risque pour le tarifier précisément et générer le maximum de profit. C'est sa logique. La mutuelle est à but non lucratif, elle cherche la mutualisation la plus large possible pour solidariser le risque entre mutualistes et tout au long de la vie. En santé, plus le système est assurantiel moins il est efficient, plus il est discriminatoire, inégalitaire et coûteux. Dès lors, confrontées simultanément à une couverture moins efficace par l'assurance maladie obligatoire et aux logiques prédatrices des assureurs, les mutuelles sont en difficultés pour assurer l'accès aux soins pour tous.

« Un besoin de première nécessité - se soigner - qui n'était pas du tout taxé jusqu'à la fin du XXe siècle, qui ne l'est toujours pas, ou très peu, dans les autres pays européens, est, en France aujourd'hui, plus taxé qu'un bien de luxe. »

M.S. : Vous parliez tout à l'heure de « taxation délirante » ...

J.-P.B. : Oui, en plus de l'amoncellement de difficultés que je viens d'évoquer, nous devons faire face à une taxation croissante, délirante. Aujourd'hui la taxe sur les cotisations mutualistes a dépassé les 15%. Compte tenu des mécanismes fiscaux, le coût de cette taxation est supérieur au coût d'une taxation au taux maximum de TVA de 20%. C'est-à-dire qu'un besoin de première nécessité - se soigner - qui n'était pas du tout taxé jusqu'à la fin du XXe siècle, qui ne l'est toujours pas, ou très peu, dans les autres pays européens, est, en France aujourd'hui, plus taxé qu'un bien de luxe. La protection sociale mutualiste est plus taxée qu'un yacht, qu'un jet ou qu'une Ferrari.

« Pour ne parler que de la taxe, ce sont deux mois de cotisations par an qui s'évaporent. »

Tout cela renchérit considérablement le coût de la complémentaire santé. Pour ne parler que de la taxe, ce sont deux mois de cotisations par an qui s'évaporent. Au lieu de faire du théâtre chaque année sur les cotisations mutualistes, s'il veut vraiment réduire le coût de la couverture complémentaire, le ministre de la Santé devrait sérieusement s'atteler à la désescalade des taxes au lieu d'en inventer de nouvelles chaque année.

« Les contrats groupes obligatoires imposés aux salariés du privé viennent interdire toute solidarité entre actifs et retraités. »

Mutuelle de France Alpes du Sud : La Mutuelle de France Alpes du Sud, qui encaisse environ 8.5 millions d'euros de cotisations, reverse plus d'1.2 millions de taxes. Et lorsqu'elle est appelée en contribution pour la COVID, ce sont 320000 € de plus qui s'ajoutent (2020 et 2021).

Un contrat non responsable, qui est une couverture réduite pour permettre l'accès aux soins d'hospitalisation des plus modestes qui n'ont pas droit à la CSS, est taxé à 20.27 % ! Une double peine qui ne devrait pas exister.

Les Mutuelles de France militent depuis toujours contre la taxation de la santé, la réduction voire l'enlèvement des taxes occasionnerait une diminution automatique de la cotisation et donc un meilleur accès aux soins.

M.S. : Parlons des retraités. Le coût de leur complémentaire est souvent exorbitant.

Pourquoi ?

J.-P.B. : Les mécanismes que j'ai décrits pénalisent particulièrement les retraités. La sécurité sociale leur laisse les restes à charges les plus élevés. Plus de mille euros par an en moyenne pour les plus âgés pour les seuls soins hospitaliers, soi-disant bien remboursés. La sélection assurantielle qui conduit à segmenter les populations réduit considérablement les possibilités de mutualisation intergénérationnelle. Et les contrats groupes obligatoires imposés aux salariés du privé viennent interdire toute solidarité entre actifs et retraités. C'est d'autant plus préjudiciable que lorsque ces mêmes actifs prendront leur retraite ils perdront en même temps la participation de l'employeur, le bénéfice de l'âge et les aides publiques qui, de façon incompréhensible, sont réservés à ces seuls contrats groupe. Résultat : leur taux d'effort pour accéder aux soins (la part de leur revenu qu'ils doivent consacrer au paiement de leurs restes à charge ou au paiement de leur cotisation mutualiste) sera multiplié par plus de quatre. Il n'est dès lors pas étonnant qu'ils éprouvent de grandes difficultés à faire face.

« Comme l'a relevé la cour des comptes, les aides publiques, sociales et fiscales, sont concentrées sur les contrats groupes obligatoires. En résumé, on a non seulement rompu la solidarité intergénérationnelle mais on met en oeuvre une solidarité à l'envers au détriment des plus démunis ! »

Cette situation est d'autant plus ahurissante que, comme l'a relevé la cour des comptes, les aides publiques, sociales et fiscales, concentrées sur les contrats groupes obligatoires, sont deux fois supérieures au coût de la CSS destinée à permettre aux plus démunis d'être couverts. En résumé, on a non seulement rompu la solidarité intergénérationnelle mais on met en oeuvre une solidarité à l'envers au détriment des plus démunis ! J'ai dit l'absurdité de la taxation de la complémentaire, mais face à la situation insupportable de beaucoup de retraités, une mesure d'urgence consistant en une réduction rapide et massive des taxes sur les complémentaires individuelles paraît indispensable. Par exemple, ramener le taux de la TSA, la taxe de solidarité additionnelle, au niveau de celle appliquée aux bénéficiaires du régime agricole, la moitié du taux appliqué en général, pourrait constituer un premier pas utile pour les retraités, les jeunes et les précaires exclus des contrats groupes.

Aux Mutuelles de France, nous défendons le droit à la santé pour tous. Pour le rendre effectif, nous continuerons de travailler pour que la campagne électorale qui s'ouvre permette un vrai débat sur l'accès aux soins, la protection sociale solidaire.