



Quel bilan tirez-vous du rendez-vous Place de la Santé organisé le 21 février par la Mutualité Française, avec trois think tanks partenaires, la Fondapol, la Fondation Jean-Jaurès et Terra Nova?

Thierry Beaudet – Il est très positif. Place de la Santé est le projet d'un mouvement social, représentant 35 millions de mutualistes. Ce mouvement social met l'expertise d'une Fédération au service du décryptage des programmes des candidats à l'élection présidentielle. Il ne s'agit pas d'imposer des idées, mais bien de favoriser le débat, de prendre le pouls des Français et d'être à l'écoute de leurs attentes.

Lors de l'événement du 21 février, la Mutualité Française s'est donc fait le porte-voix des Français et a interpellé les candidats sur les thèmes qui les préoccupent.

Quel était votre objectif pour cette manifestation ?

Thierry Beaudet – Que la Mutualité Française place la santé au cœur du débat de la campagne présidentielle, à l'heure où 72% de nos concitoyens estiment que les candidats n'en parlent pas assez, ou que leurs propositions sont déconnectées de leurs préoccupations, comme le montre notre [sondage Harris](#).

Les candidats parlent beaucoup de la santé de la Sécu ; ils devraient aussi s'intéresser à la santé des Français (déserts médicaux, délais d'attente, reste à charge...). Le médecin de famille qui va bientôt prendre sa retraite sera-t-il remplacé ? Comment s'organisera la prise en charge d'un parent qui devient dépendant ?

Le 21 février, cinq prétendants à la présidence de la République ont fait valoir leur vision du système de santé et de la protection sociale. Je rappelle que, sollicités, Marine Le Pen et Jean-Luc Mélenchon n'ont pas pu être présents ce jour-là, mais que le candidat de la France insoumise vient de publier une [tribune](#) sur notre site Place de la Santé.

Chacun peut désormais se faire une opinion sur la manière dont les candidats entendent répondre aux attentes de nos concitoyens et des mutualistes.

Certaines propositions interrogent le rôle des mutuelles dans le système de santé. Comment réagissez-vous ?

Thierry Beaudet – Effectivement, depuis trois mois, les débats portent essentiellement sur les places respectives de l'assurance maladie et des complémentaires santé dans la prise en charge des dépenses de santé. Les candidats font le constat que le statu quo n'est plus possible : les déficits chroniques de l'assurance maladie et la dette sociale accumulée de la Sécu témoignent d'un dysfonctionnement profond.

A cet égard, la proposition initiale de François Fillon, sur laquelle il est revenu depuis, qui souhaitait concentrer les remboursements de l'assurance maladie sur les maladies graves et de longue durée, a eu le mérite de poser une vraie question.

Elle a permis d'interroger l'évolution actuelle de notre système qui, au gré des réformes des trente dernières années et sans aucun débat public, a conduit l'assurance maladie à ne rembourser qu'un euro sur deux des soins courants.

De l'autre côté de l'échiquier politique, ce débat a vu renaître l'utopie d'une assurance maladie universelle qui rembourserait 100% des dépenses de santé et dont la mise en place s'accompagnerait de la suppression des mutuelles.

Cela marque un fort attachement à la solidarité nationale mais, en même temps, cela témoigne d'une profonde méconnaissance du rôle des complémentaires et des mutuelles en particulier !

Sur le plan économique, ce transfert est-il possible ?

Thierry Beaudet – Aujourd'hui, plus de 42 milliards d'euros de dépenses de santé sont financés par les complémentaires et par les ménages.

Comment imaginer transférer l'ensemble de ces dépenses de santé à l'assurance maladie obligatoire, alors que celle-ci a enregistré un déficit de 4 milliards en 2016 et cumule 136 milliards de dette sociale ? Ce transfert ne ferait qu'alourdir la dette.

Or, la vraie entorse à la solidarité nationale est bien cette dette que l'on reporte sur les générations futures. Est-ce bien responsable ? Et n'est-ce pas prendre le risque de fragiliser la Sécurité sociale ? Les Français ne s'y trompent pas : 73% d'entre eux estiment que le déficit actuel de la Sécurité sociale peut remettre en cause l'avenir même de celle-ci.

Ce n'est pas tout. Les mutuelles ne solvabilisent pas uniquement les dépenses de santé. A travers 2.600 services de soins et d'accompagnement, elles proposent sur l'ensemble des territoires, y compris les plus périphériques, une offre de soins de qualité à tarifs accessibles.

Et qu'en serait-il des salariés des complémentaires santé ? On le voit : vouloir remettre en cause les complémentaires relève d'une vision simpliste qui aboutirait à une véritable casse sociale (85.000 emplois concernés dont 15.000 professionnels de santé, rien que pour les mutuelles), dont les Français seraient les premières victimes.



Les mutuelles sont essentielles dans le système de soins, rôle que le terme de «complémentaire» ne reflète pas.

Les attentes des Français en matière de santé

Selon l'enquête Harris Interactive pour la Mutualité Française, une majorité de Français estime qu'en moyenne, la Sécurité sociale rembourse moins de 60% des dépenses de santé*. Et plus de 2 Français sur 3 pensent que les soins seront moins bien remboursés par la Sécurité sociale à l'avenir.

*L'assurance maladie prend en charge 76,8% des dépenses de santé en général, mais seulement 51% des soins courants (hors ALD).

Mais certains mettent en avant les économies en frais de gestion que pourraient générer la suppression des complémentaires santé...

Thierry Beudet – De quelles économies parle-t-on ? 7,1 milliards d'euros de recettes fiscales disparaîtraient si les complémentaires santé étaient supprimées. Ce manque à gagner ne serait pas compensé par la suppression des frais de gestion des complémentaires santé (6,8 milliards d'euros), d'autant que la prise en charge par la Sécurité sociale des 42 milliards d'euros de prestations supplémentaires générerait des frais de l'ordre de 2 milliards d'euros.

Rappelons que nous contestons les modalités de comparaison des coûts de gestion de l'assurance maladie et des mutuelles. Ne sont pas comptabilisés, par exemple, les coûts de la dette sociale (2,7 milliards d'euros en 2016), et ceux du prélèvement des cotisations.

Le reste à charge des Français

Avant remboursement par la complémentaire santé, le reste à charge annuel s'élève à 750 euros pour un patient en ALD, et à 404 euros pour un patient non ALD(1). Mais ces moyennes masquent de grandes disparités : 1% des assurés ont un reste à charge moyen de 4.026 euros pour les soins de ville(2) !

Entre 2001 et 2015, en pourcentage de la dépense médicale, le reste à charge de l'assuré a diminué, passant de 9,7% à 8,4%, tandis que les remboursements de l'assurance maladie sont restés stables (76,8% en 2015, contre 77% en 2001), et ceux des complémentaires santé ont progressé (13,3% en 2015, contre 12,1% en 2001).

Ces pourcentages cachent une évolution importante du volume des dépenses de santé entre 2001 et 2015 qui a atteint +61% (de 121 à 195 milliards d'euros). Sur cette même période, la part remboursée par les complémentaires santé est passée de 14,6 milliards d'euros à 26 milliards (+80%) ; la part restant à la charge des ménages est passée de 11,7 milliards d'euros à 16,4 milliards (+40%), tandis que l'inflation s'est établie à 25%.

(1) Source : CnamTS échantillon généraliste des bénéficiaires 2014/Calculs FNMF.

(2) Source : étude Hcaam 2012.

Et de quoi parle-t-on avec nos frais de gestion ? Les mutuelles sont bien gérées. Elles sont à l'équilibre et n'ont pas de Cades.

Ce qu'on appelle «frais de gestion» des mutuelles, ce sont les actions de prévention (plus de 7.000 par an !), le tiers payant généralisé à leurs adhérents, l'analyse de devis qui participe de la maîtrise des dépenses et donc du reste à payer des assurés (jusqu'à 30% de baisse sur les factures de lunettes !)... Des frais de gestion comme ceux-là, nos adhérents en redemandent !

Les Français ont le sentiment que leur reste à charge a augmenté ? Est-ce une réalité ?

Thierry Beudet – C'est à la fois un sentiment et une réalité. Selon l'enquête Harris Interactive, une majorité de Français a le sentiment que leur «reste à charge» a augmenté depuis cinq ans, quel que soit le type de soins (consultations chez un spécialiste, lunettes, prothèses auditives, soins dentaires, médicaments...).

Qu'en est-il vraiment ? De manière globale et en pourcentage de la dépense médicale (y compris hospitalière, dentaire, optique,), on pourrait croire que le reste à charge de l'assuré a légèrement diminué puisqu'il est passé de 9,7% à 8,4% entre 2001 et 2015. Cependant, ces pourcentages cachent une évolution importante du volume des dépenses de santé entre 2001 et 2015 : ainsi, la part restant à la charge des ménages est passée de 11,7 milliards d'euros à 16,4 milliards (+40%, soit près du double de l'inflation).

Le sentiment des Français est bien une réalité : leur reste à payer a augmenté du fait de l'inflation des dépenses de santé. Et ce reste à charge aurait pu être plus important encore sans l'intervention croissante des complémentaires santé.

Comment remédier à cette situation ?

Thierry Beudet – Pour maîtriser les dépenses de santé, il existe différents leviers d'action. Il faut lancer une réflexion sur le panier de soins pris en charge par l'assurance maladie, mesurer l'utilité de chaque acte médical ou médicament remboursé. Chaque euro dépensé doit être un euro utile !

Il faut repenser l'organisation des soins comme, par exemple, parvenir enfin à une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital. Il est anormal qu'une épidémie de grippe, totalement prévisible, se transforme en véritable crise sanitaire avec un engorgement des urgences lié à l'absence de permanence de soins dans les cabinets médicaux.

Travaillons ensemble à une meilleure organisation du système de santé qui donnerait une place centrale à l'accompagnement du patient dans le parcours de soins, à l'innovation (89% des Français estiment important de mieux utiliser les données de santé), et à la prévention (92% des Français jugent important de renforcer le dépistage, selon l'enquête Harris Interactive pour la Mutualité Française).

Nos mutuelles et établissements de soins mutualistes prendront toute leur part pour répondre à cet enjeu, comme ils le font déjà, ici et là, en prenant le virage de l'ambulatoire, en imaginant les nouveaux parcours de soins, en mobilisant les équipes pluridisciplinaires de professionnels de santé autour du patient ou en déployant des solutions de e-santé.



Depuis que vous êtes élu, vous allez régulièrement sur le terrain visiter ces établissements mutualistes. Pourquoi ?

Thierry Beaudet – Face à certains qui imaginent rayer d'un trait de plume les complémentaires santé, la meilleure réponse est d'aller sur le terrain, de montrer que les mutuelles sont un acteur global de santé qui joue, sur les territoires, un rôle clé dans l'accès aux soins des Français.

Par exemple, à Toulouse, dans le quartier du Mirail, l'établissement mutualiste est le seul endroit où les patients peuvent se faire soigner à des tarifs abordables.

Pour améliorer l'accès aux soins et renforcer l'efficacité du système de santé, ma conviction est qu'il faut donner plus de latitude aux acteurs.

C'est-à-dire ?

Thierry Beaudet – La France, de culture jacobine, s'est dotée d'un Etat centralisateur, omniprésent dans le système de santé. Je plaide pour qu'il évolue vers un Etat stratège qui organise un cadre de régulation en faisant confiance aux différents acteurs : élus locaux, professionnels de santé, associations de patients et mutuelles.

Il faut encourager la modération des dépenses de santé à la charge des patients, dans un contexte où la demande de soins va augmenter du fait du vieillissement de la population et de l'innovation, tous âges confondus. Les mutuelles participent à cette modération, via leurs réseaux et accords qu'elles concluent avec les opticiens par exemple, afin de proposer des soins de qualité à des tarifs négociés pour leurs assurés. Selon l'enquête d'Harris Interactive pour la Mutualité Française, 81% des Français estiment qu'il est important de faciliter l'accès à ces réseaux.

Et les mutuelles souhaitent aller plus loin dans la voie du conventionnement avec les professionnels de santé. Le dialogue singulier et national entre l'assurance maladie et les professionnels de santé a montré ses limites.

Les dépassements, à la charge des patients et de leurs mutuelles, montrent bien la déconnection croissante entre le tarif Sécu et les prix réellement pratiqués : 2,8 milliards d'euros de dépassements d'honoraires chez les médecins (+15% entre 2010 et 2015) ; des restes à charge après remboursement de la Sécurité sociale de 6,8 milliards chez les dentistes (+6% entre 2010 et 2015), de 0,7 milliard chez les audioprothésistes, 5,9 milliards en optique (+12%).

Face à cette réalité, François Fillon et Emmanuel Macron souhaitent aller vers une prise en charge à 100% des dépenses de santé en optique, dentaire et audioprothèse, conséquence d'un travail partenarial refondé entre l'assurance maladie et les mutuelles, ainsi qu'un effort sur les prix des offreurs de soins.

De notre côté, nous sommes prêts à réfléchir à cette possibilité d'augmenter la part assurée, dès lors que nous pourrons réguler le secteur et passer des accords contractuels avec les professionnels de santé concernés.



Comment concrètement l'Etat peut-il contribuer à créer ce nouveau cadre ?

Thierry Beaudet – Il pourrait encourager, par exemple, les tarifs solidaires des mutuelles (qui n'augmentent pas plus vite que l'âge des assurés) au bénéfice des assurés.

Aujourd'hui coexistent une dizaine de voies d'accès à la complémentaire en fonction du statut de l'assuré. Cette multiplication des paniers de soins a conduit à la segmentation des populations au détriment de la solidarité intergénérationnelle et des pratiques tarifaires solidaires des mutuelles – même si 73% de leurs assurés avec une couverture individuelle bénéficient encore de tels tarifs (contre 5% chez les assureurs).

Il est temps de mettre fin à cette spirale, en concertation avec les acteurs. Plusieurs solutions sont aujourd'hui envisagées. Benoit Hamon, par exemple, souhaite répartir différemment les aides à la complémentaires santé. Et d'autres solutions pourraient être discutées afin de concevoir une protection sociale attachée à la personne, quel que soit son statut, comme un compte personnel de protection sociale.

Que pensez-vous des propositions de certains candidats qui souhaitent mettre en place de nouveaux paniers de soins, des agences de régulation... ?

Thierry Beaudet – Encore une fois, ma conviction est qu'il faut éviter la sur-réglementation, libérer les initiatives et faire confiance aux acteurs. Ces paniers de soins touchent leurs limites, compte tenu des grandes disparités territoriales, l'offre de santé elle-même, les coûts des soins et les dépassements d'honoraires n'étant pas comparables en Ile-de-France et dans la Creuse.

Quelles suites comptez-vous donner à la manifestation du 21 février ?

Thierry Beaudet – Les candidats ont fait part de leurs propositions : certaines étaient connues ; d'autres sont nouvelles. Je pense en particulier au programme de François Fillon, qui a présenté une version remaniée après une première mouture qui avait fait polémique. Toutes ces propositions font l'objet d'un décryptage sur le site participatif PlacedelaSanté.fr.

L'ensemble des membres du bureau de la Mutualité Française adressera une lettre ouverte aux candidat-e-s, afin de les interroger sur les réponses qu'ils comptent apporter aux préoccupations de nos concitoyens, pour limiter leur reste à charge et mieux organiser le système. Nous rendrons publique cette lettre dans la presse.

Enfin, nous continuons à travailler avec les équipes des candidats sur l'ensemble de ces sujets.

Ma fierté, c'est que PlacedelaSanté.fr, ce n'est pas l'affaire de la seule Fédération de la rue de Vaugirard. PlacedelaSanté, ce sont les initiatives des mutuelles, des unions régionales qui s'amplifient partout sur les territoires (débat publics, rencontres avec les élus...).

PlacedelaSanté.fr marque la mobilisation et la vitalité du mouvement mutualiste !

