

LES RENCONTRES

Comité Opéra

Douzièmes rencontres du Comité Opéra

Solidarité ou segmentation ?

Il faudrait choisir !

1^{er} juin 2016

Intervenants des 12^{èmes} Rencontres du Comité Opéra

- o **Mme Josette GUENIAU**, Présidente du cabinet JGSC,
- o **M. Philippe MIXE**, Président de la Fnim,
- o **M. Jérôme REHLINGER**, Directeur général de M comme Mutuelle,
- o **M. Arnaud ROBINET**, Député,
- o **Mme Raphaëlle VERNIOLLE**, Directrice par intérim du Fonds CMU,

Introduction et problématique par Xavier Toulon (Président de MERYPTA)

Le sujet de cette 12^e édition des Rencontres du comité Opéra porte sur l'évolution de la réglementation du secteur. Xavier Toulon évoque un « coup d'accélérateur » au cours de ces dernières années, avec la réforme des contrats responsables, l'ANI, les contrats labellisés pour les plus de 65 ans, ou encore les projets de réforme de la loi Evin.

La question est donc d'abord de savoir si cette évolution de la réglementation est réellement positive en matière d'amélioration de l'accès aux soins, et ensuite, de saisir si cette évolution est une menace ou une opportunité pour l'ensemble des organismes complémentaires. Face à cette question, la réponse n'est pas forcément la même pour toutes les familles de complémentaires. La question de l'opportunité ou de la menace se pose de manière plus précise pour les mutuelles, et notamment les petites et moyennes structures. Si ces évolutions sont une opportunité, il faut voir les moyens de la saisir au mieux. Si c'est une menace, il faut comprendre comment y répondre.

I. Retour sur le modèle français de protection sociale

Par Josette Guéniau

A. Rappel historique

Josette Guéniau commence par poser la question des « sous-jacents de la volonté d'encadrement » du secteur. L'un de ces sous-jacents serait le droit à la santé, principe très puissant en France, inscrit dans la Constitution. Mais paradoxalement, le sujet tient rarement le devant de la scène lors des campagnes législatives ou présidentielles. « C'est étonnant que ce sujet qui intéresse tout le monde, on en parle jamais durant les élections », souligne Josette Guéniau.

Un système sous pression

Dans un système bismarckien « sous haute pression économique », la question se focalise sur les capacités de financements, issues pour la plus grande part des fruits du travail. À noter que dans ce cadre, le vieillissement joue un double rôle négatif, à la fois en augmentant la proportion de personnes ne travaillant pas, et ensuite en augmentant la consommation de soins avec l'avancée en âge. La problématique porte aussi sur la pression engendrée par ce besoin de financement sur le coût du travail français, dans le cadre d'une économie mondiale très concurrentielle.

Dans ce système donc, on voit d'abord une augmentation globale des dépenses. Ce n'est pas tant le vieillissement de la population qui engendre une telle hausse de ces dépenses, mais en réalité surtout la sophistication continue des soins - chose dont par ailleurs on peut se réjouir, remarque Josette Guéniau. Ces soins sont de plus en plus personnalisés et efficaces, mais coûtent beaucoup plus qu'avant (exemple : nouveaux traitements sur l'hépatite C). « L'économie de la santé va devoir faire avec », conclut Josette Guéniau avant de formuler le débat en ces termes : « est-on d'accord pour financer collectivement ? ».

En outre, à cette sophistication des soins s'ajoute le phénomène de chronicité accrue, avec des maladies moins mortelles, mais qui demandent des soins sur le long terme, ce qui a bouleversé le modèle de dépenses. S'il n'y avait pas une volonté publique de maîtrise de l'Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie), relève Josette Guéniau, celui-ci évoluerait naturellement aux alentours de 4,5 %. Mais même avec les coups de rabots, « sur certains postes de soins, on arrive au bout de ce que l'on peut faire ». Reste « une grosse manne », selon elle, dans laquelle on peut encore puiser : l'hôpital.

Les raisons de la mauvaise image des complémentaires

A côté de ces problèmes de dépenses, un nouveau sujet est monté en puissance dans l'espace public : la question de l'accès aux soins. Comparé aux autres pays, certes, « c'est beaucoup mieux qu'ailleurs », fait remarquer Josette Guéniau, soulignant que la France a le reste à charge le plus faible de l'OCDE. Mais la situation tend cependant à se dégrader.

Face à cela, l'exemple des Pays-Bas donne l'image d'une couverture quasi-totale, grâce à des organismes de droit privé, délestant la puissance publique d'une charge qu'elle ne peut plus respecter, notamment dans le cadre des critères de Maastricht. « On croit ainsi permettre aux gens d'avoir un accès aux soins », observe-t-elle. Mais on voit ici que le caractère « utile » des organismes complémentaires, peut différer, entre le point de vue des citoyens, et celui des pouvoirs publics : « C'est là que le bât blesse... ».

A cette divergence initiale dans le rôle assigné aux organismes complémentaires, s'ajoutent en plus les excès de certains organismes, qui ont tenté au fil des années, pour se démarquer, de rembourser des « gadgets ». « Quand elles ont eu ce type de pratiques, ces complémentaires ne se sont pas rendu compte du mal qu'elle faisait à l'image de tout le secteur, vis-à-vis de nos gouvernants », critique Josette Guéniau, soulignant que cela a ainsi contribué à creuser « un fossé d'incompréhensions » avec les pouvoirs publics, d'où l'importance aujourd'hui de s'en tenir à l'éthique de la santé.

Débat sur l'utilité sociale des complémentaires

Les organismes complémentaires sont aussi parfois accusés de ne pas assez faire de redistribution. Mais Josette Guéniau souligne que c'est « un mauvais procès d'intention » car, même si cela peut déplaire aux pouvoirs publics, la souscription d'une complémentaire santé relève d'abord d'un choix personnel, et son objectif final est donc d'abord, avant tout autre objectif, de répondre à l'intérêt personnel de l'assuré : « C'est comme ça, mais les intérêts individuels ne rejoignent pas toujours l'intérêt collectif ». Ainsi, une complémentaire santé n'a donc pas les mêmes objectifs que ceux assignés à la sécurité sociale. S'ajoute ensuite, en plus, la grande polémique autour du coût de la complémentaire santé, « alors même que, quand on regarde dans le détail les marges, ce ne sont pas des marges éhontées ». Quant aux frais de gestion, Josette Guéniau souligne que les jeux comptables permettent de leur faire dire assez facilement n'importe quoi.

La polémique la plus récente porte sur la couverture des retraités, recyclant la précédente accusation d'un effet insuffisamment redistributif des complémentaires santé. Josette Guéniau rappelle à nouveau que ce n'est pas la vocation initiale des complémentaires, et que rien n'empêche l'État d'organiser à côté d'autres mécanismes redistributifs, pour peu que ceux-ci se justifient. Josette Guéniau

remarque au passage que certains économistes s'interrogent aussi sur la légitimité de ces transferts vers une classe d'âge possédant par ailleurs le plus de patrimoine.

Le débat sur la lisibilité des garanties

Concernant l'accusation de manque de lisibilité des garanties dans les contrats, Josette Guéniau rejette la responsabilité sur la sécurité sociale, à l'origine de ce « langage abscon ». Elle souligne à l'inverse les efforts faits en la matière par les organismes complémentaires, via la rédaction d'une charte notamment, mais souligne que la lisibilité totale restera impossible, tant que les complémentaires ne rembourseront pas au 1^{er} euro. Les contrats responsables introduisent toutefois une nouvelle difficulté en imposant une certaine rédaction des garanties, avec la menace des contrôles Urssaf en cas de non-respect strict.

Le panier de soins représente un autre dogme, laissant croire que les besoins de santé seraient similaires d'une personne à l'autre. Mais l'intérêt des organismes complémentaires est justement de proposer une diversité de couvertures collant à cette diversité de besoins – ce qui amène Josette Guéniau à critiquer cette notion de panier unique.

Revisiter la loi Evin.

À l'origine, cette loi est plutôt une bonne idée, même si la problématique des retraités était mineure à l'époque, le législateur ayant plus en tête le sort des licenciés économiques. Mais 20 ans plus tard, appliqué au pied de la lettre, cet article 4 de la loi Evin pose un problème d'application vu les tarifs exigés, conduisant à mettre encore à contribution des actifs déjà sous pression.

Josette Guéniau propose de revisiter entièrement cette loi, en réactualisant ses enjeux, mais sans le faire sous le mode d'un texte réglementaire – dont la parution n'est pas garantie, par ailleurs.

B. Les réformes liées à la couverture des personnes défavorisées

Josette Guéniau souligne, en la matière, l'étape cruciale de la création de la CMU-C : c'est alors une véritable révolution. Désormais, la CMU-C représente plus de 7 % des bénéficiaires en métropole. L'ACS couvre quant à elle 988 000 bénéficiaires au 30 novembre 2015 (sur un potentiel de 1,5 à 3 millions de personnes), pour une déduction annuelle moyenne de 311 euros sur le prix de la complémentaire.

Sur la CMU-C, les organismes complémentaires se sont rapidement ralliés à cet enjeu de couverture. Mais sur l'ACS, le démarrage plus difficile a conduit à la réforme de 2014, avec la mise en place de trois niveaux de garanties – le niveau le plus élevé étant à ce stade très largement le plus sollicité.

Intervenant à ce sujet, **Raphaëlle Verniole** souligne que cette réforme était motivée par le constat global antérieur que beaucoup de contrats présentaient des garanties bas de gamme, nécessitant une intervention.

Le contrat responsable

Ce nouveau contrat avait été mis en place pour articuler les complémentaires santé avec la réforme de 2004 du parcours de soins – une nécessité d'articulation qui ne saute pas aux yeux de Josette Guéniau, s'appuyant sur un avis de la Cour des comptes. Au passage, elle note que l'inscription du principe d'intervention dans le domaine de la prévention n'a pas porté ces fruits – car subordonné à la (rare) primo intervention de la Sécurité sociale. Mais surtout, ces contrats ont lancé la « machine à encadrer ».

Conclusions

Malgré l'accumulation de ces dispositifs d'encadrement, se poursuivant avec l'ANI de janvier 2013, restent encore hors du système les étudiants, les libéraux et travailleurs non-salariés, les chômeurs....

Au final, avec l'ANI, le taux de couverture n'a augmenté que de 1 %, passant de 94 % à 95 % de la population. Ainsi, le bilan global de ces réformes reste très « contrasté » : D'une part, l'accès aux soins d'une partie des plus démunis s'est indubitablement amélioré. Mais d'autre part, l'accumulation de ces contraintes et nouvelles taxes s'est produit paradoxalement au moment même où les exigences prudentielles se sont renforcées avec la directive Solvabilité 2... entraînant un phénomène accru de concentration.

Pour les salariés des grandes entreprises, et pour les salariés vivant dans les principales zones urbaines, le plafonnement induit par les contrats responsables a joué négativement, entraînant une augmentation du reste à charge, car le plafonnement des remboursements n'a pas mécaniquement incité les libéraux de santé à diminuer leur niveau de dépassements d'honoraires. Les contrats responsables se montrent aussi parfois paradoxaux dans leurs choix même de garanties, avec de hauts plafonds fixés pour l'optique, et à l'inverse de faibles exigences pour le dentaire.

Prouver son utilité sociale

Quant aux perspectives futures, Josette Guéniau pointe le risque de « miroirs aux alouettes » sur les contrats retraités. Elle s'inquiète aussi du rôle d'ajustement des finances publiques que pourraient jouer à nouveau les complémentaires, dans le cadre de la campagne présidentielle, en abusant par exemple de l'obligation de couverture du ticket modérateur.

Pour parer à ces critiques et ces éventuelles remises en cause, les assureurs devraient prouver leur utilité sociale en se recentrant sur ce qui fait leur spécificité pour leurs assurés, la gestion du risque... qui passe aussi par la prévention. Mais qui passe aussi par une réponse spécifique aux assurés, différente de la sécurité sociale, malgré le mouvement d'encadrement. Ce qui peut se traduire par exemple par la prise en charge de traitements novateurs, mais sans remboursements de la sécurité sociale. Josette Guéniau conclut également à la nécessité de discuter directement avec les professionnels de santé, sans faire preuve toutefois de « naïveté ».

TABLE RONDE

Xavier Toulon introduit la table-ronde en mentionnant une étude de **M comme mutuelle** sur l'ANI, qui fait ressortir le témoignage de 250 entreprises implantées en région.

Témoignage de Jérôme Rehlinger, directeur de M comme Mutuelle

L'étude, qui porte sur l'équipement des entreprises a montré que, dans certaines régions, par rapport à l'ANI, les entreprises étaient « très en avance », comme la Bretagne, alors que d'autres ailleurs avaient pris beaucoup de retard. 10% ou presque des entreprises ont même déclaré vouloir prendre un risque prudhommal, en n'assurant pas une couverture obligatoire. Beaucoup d'autres ont d'abord perçu cette généralisation de la couverture comme un impôt supplémentaire, les conduisant à se focaliser sur le prix/coût de cette couverture. Ce qui a développé la tendance des couvertures a minima, pour 50% des interviewés, avec la couverture du seul salarié et non des ayants droits. Pour Jérôme Rehlinger, l'ANI a donc créé un régime à deux vitesses entre ceux qui peuvent se payer une sur-complémentaire et les autres.

Si **Xavier Toulon** indique pour sa part que son cabinet a relevé en outre des faibles taux d'adhésion des salariés, de l'ordre de 50%, Jérôme Rehlinger ne peut confirmer par son étude. Il souligne par contre que les entrepreneurs et salariés sont désorientés par toutes ces réformes. Ce que confirme à son tour Xavier Toulon.

L'analyse de Philippe Mixe

Le président de la Fnim partage ces constats. Philippe Mixe souligne par ailleurs que beaucoup de contrats collectifs ANI, à ce jour, sont encore « des coquilles vides », faute d'adhésion contractuelle des salariés à ces couvertures collectives, et du fait des nombreuses dispenses existantes. De plus, si normalement, les salariés ont jusqu'à l'expiration de leur contrat individuel pour changer et rejoindre le contrat collectif, Philippe Mixe souligne que les contrats étant viagers, cette dispense, pensée comme temporaire, pourrait être lue comme potentiellement permanente.

Philippe Mixe cite aussi des cas de salariés rejoignant par obligation le contrat collectif, tout en gardant leur couverture individuelle, ce qui serait « révélateur » des insuffisances de l'ANI. « Nos centres d'appels téléphoniques sont actuellement envahis d'appels de salariés très surpris et mécontents vis-à-vis de leur mutuelle, leur

reprochant aussi de ne les avoir suffisamment informés », souligne le président mutualiste.

Le constat de la baisse du chiffre d'affaires des Ocam

Raphaëlle Verniolle, interrogée sur les évolutions relevées dans le dernier rapport du fonds CMU, estime qu'il y a « des choses bizarres qui se passent sur l'évolution du chiffre d'affaires des complémentaires santé que le fonds CMU suit à travers le versement de la TSA ». Sur le quatrième trimestre 2015, pour la première fois, le chiffre d'affaires global déclaré par les Organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) a diminué de 3%. « Cette chute est d'autant plus surprenante qu'on attendait bien plus tard les premiers effets de l'ANI », complète-t-elle. Le fonds s'attendait même au contraire à un effet inverse, tablant sur un effet volume accru supérieur à la pression tarifaire. Des contrôles du fonds et des demandes de précision sont en cours, et la première vague de réactions des Ocam attribue ce phénomène à l'ANI, mais Raphaëlle Verniolle souligne que le chiffre d'affaires global n'aurait pas dû évoluer. « On a plus de questions que de réponses, à ce stade », conclut-elle.

Philippe Mixe estime pour sa part que, la couverture des assurés étant déjà quasi-complète avant la réforme, il n'y avait pas vraiment de nouveaux assurés à conquérir, et que c'est le facteur de compétition tarifaire qui a bien conduit à cette baisse du chiffre d'affaires, avec en outre « un niveau de marge extrêmement faible ». « Nous subissons aujourd'hui un déséquilibre technique permanent. Nous ne pourrions collectivement vivre en déficit de cette manière-là », conclut-il. Pour sa part, **Josette Guéniau**, s'appuyant sur son expertise dans l'accompagnement d'entreprises, attribue cette baisse du chiffre d'affaires global principalement à l'effet de plafonnement des contrats responsables... mais aussi à un problème de méthode de comptabilisation, historique, qui est révélé par tous ces changements.

Jérôme Rehlinger cite par contre un autre effet « positif » de l'ANI et des contrats responsables, qui « amène à « mettre en adéquation les charges de fonctionnement avec la marge que le marché est capable de nous laisser ». En l'état actuel, rappelle Jérôme Rehlinger, le marché est tel que les mutuelles doivent puiser dans leurs fonds propres. Il faut donc pour les mutuelles apprennent à travailler avec 15%, 20%, ou même 30% de charges en moins. L'impact est « énorme » pour des mutuelles moyennes. Mais, souligne Jérôme Rehlinger, « le jour où on aura fait ce travail de rationalisation des coûts, on sera encore moins tenté d'aller diluer ces économies dans des plus gros organismes, qui, eux, n'ont toujours pas fait ces efforts-là ».

Philippe Mixe souligne ce paradoxe d'une demande croissante de maîtrise des frais de gestion, alors même que l'adaptation permanente aux évolutions réglementaires nécessite des « dépenses monstrueuses », augmentant notamment les frais de chargement pour la conquête de nouveaux marchés, sans engendrer de bénéfices réels pour les assurés. « Cette incontinence normative devra être soignée ».

Xavier Toulon observe que les petites et moyennes mutuelles étaient de plus parties avec un handicap sur la conquête de l'ANI, par rapport notamment aux courtiers et agents généraux, qui avaient déjà des entreprises en portefeuille non équipées en santé.

Jérôme Rehlinger rappelle d'abord que le mouvement initié par l'ANI a beaucoup évolué depuis la conclusion initiale de cet accord, en janvier 2013, surtout du fait de la censure des clauses de désignation par deux décisions du Conseil Constitutionnel. « La réforme est devenue soudainement très territoriale », souligne-t-il, indiquant que les mieux placés étaient désormais les organismes ayant des réseaux bien implantés dans le tissu territorial. *M comme mutuelle* a ainsi augmenté ses effectifs pour accompagner ce mouvement.

Mais le plus important changement s'est opéré au niveau des marges, beaucoup plus faibles sur les contrats collectifs. Tout comme Jérôme Rehlinger, **Philippe Mixe** observe les mêmes phénomènes sur sa mutuelle, mais constate aussi que le tsunami ANI n'a pas provoqué une disparition brutale de l'individuel. Rebondissant sur la question des clauses de désignation, **Josette Guéniau** souligne toutefois que « la guerre n'est pas finie », citant des tentatives d'amendement dans la loi El Khomri, courant juin. Mais « la sentinelle veille », glisse Philippe Mixe.

La réforme de l'ACS

Xavier Toulon revient ensuite sur la réforme de l'ACS, qui avait pour objectif premier d'améliorer le recours effectif à cette aide. « Le jeu en valait-il la chandelle ? », demande Xavier Toulon à Raphaëlle Verniolle.

S'il est encore trop tôt pour faire un vrai bilan –celui-ci ne pouvant vraiment être pleinement réalisé qu'à la fin de l'année – **Raphaëlle Verniolle** estime « qu'on est plutôt content », sachant que l'objectif de la première année de réforme, « c'était de ne pas perdre des gens » et de réussir le basculement. L'enjeu était également d'améliorer la visibilité de l'offre. Sur ce point, la concentration sur 11 offres labellisées « doit faciliter les choses ». La « réticence » initiale des Ocam à rentrer dans le dispositif

« ne s'est pas réellement vérifiée » puisque 80% des opérateurs d'avant la réforme ont été retenus par le biais d'un des 11 groupements sélectionnés. Le basculement au 31 décembre 2015 s'est au final bien passé grâce à l'attitude proactive des groupements qui ont communiqué sur cette bascule.

Au 31 mars 2016, les nouveaux contrats ACS dépassaient les 916 000 utilisateurs, dont 40% de nouveaux bénéficiaires, avec une montée en charge mensuelle tournant autour de 50 000 /60 000 utilisateurs. Au 1^{er} juillet 2016, la barre symbolique du million d'utilisateurs – qui n'avait jamais été franchie avant la réforme - devrait être franchie, ce qui est en soi une « source de satisfaction ». Le fonds se satisfait également d'une préférence majoritairement pour les contrats B et C, offrant des couvertures plus larges.

Josette Guéniau estime que la priorité absolue de réforme de l'ACS aurait dû être celle de la procédure de délivrance des attestations. S'appuyant sur son expérience dans un Ocam, elle estime que « les gens étaient très contents de leur couverture d'avant » et que leur insatisfaction résidait dans la difficulté d'obtention du bon d'attestation ACS. Même si la réforme a permis d'augmenter de 80 000 personnes le nombre d'utilisateurs, le problème principal n'aurait donc pas été résolu par la réforme menée.

Raphaëlle Verniole reconnaît la nécessité de simplification de la délivrance des attestations, mais estime qu'« on ne peut pas dire que les gens étaient contents de leurs contrats avant... ou alors, ils ne se rendaient pas vraiment compte », alors que 40% des précédents contrats ACS étaient classés en catégorie E par la Drees – ce qui représente la plus faible couverture en individuelle. Pour la directrice intérimaire du fonds, beaucoup de contrats étaient ainsi si bas de gamme qu'ils provoquaient une «double peine » chez les utilisateurs, forcés à la fois de cotiser malgré de faibles revenus et, faute de l'avoir bien mesuré dans leurs contrats, d'assumer d'importants restes à charge pour compenser les faibles niveaux de couverture : « C'est sur ça que nous voulions agir. »

Pour **Philippe Mixe**, si « le modèle n'était pas parfait », il est loin de l'être encore aujourd'hui, et le choc de simplification attendu n'a pas été réalisé. Surtout, le président de la Fnim s'insurge contre le choix de sélection d'un nombre limité d'opérateurs nationaux, excluant *de facto* toutes les mutuelles de proximité – ce qui correspondrait à la volonté des pouvoirs publics d'aboutir à toujours plus de concentration du secteur des Ocam. L'exclusion de ces mutuelles de proximité était d'autant plus contre-productive qu'elles sont créatrices de lien social. La réforme a ignoré cette dimension pour se concentrer sur une demande de tarifs bas.

Mais même sur ce plan, Philippe Mixe s'interroge sur la pérennité de ce dispositif et attend de voir ce qu'il se passera lors du renouvellement de l'appel d'offres : « Il risque d'y avoir des réveils très douloureux ». Dans un monde « liberticide », le président de la Fnim estime que ce processus empêche en outre les mutuelles de proposer aux assurés « ce qu'ils sont en droit d'attendre ». Comme Josette Guéniau, Philippe Mixe estime qu'une solution plus consensuelle aurait dû dès l'origine être recherchée.

Contrats labellisés pour les plus de 65 ans : faut-il y aller ?

Philippe Mixe estime que la consultation publique autour de ces contrats intervient déjà trop tard, laissant à peine deux mois aux mutuelles pour faire des propositions. Sur le fond de la réforme, il s'interroge sur la manière d'organiser des solidarités toute en segmentant toujours plus les catégories de population. En spécialiste du secteur, il pointe l'absurdité d'une sur-segmentation : « il n'y a aucune raison que le 'jeune' de 65 ans paye pour le vieux de 85 ans (...) compartimentons encore plus ! ». Philippe Mixe se demande plus sérieusement comment la mutualisation du risque entre personnes de plus de 65 ans peut amener à une baisse du coût des couvertures. Si dans un premier temps, une guerre des prix pourrait amener les acteurs à se disputer ce marché encadré – et ce au prix là encore d'une baisse du chiffre d'affaires... qui retombera sur le financement du fonds CMU via la TSA – le système, tronqué dès l'origine, « ne pourra pas fonctionner » à moyen terme.

Pour le président de la Fnim, si les pouvoirs publics voulaient vraiment aider les retraités, la première solution serait d'introduire des critères de solidarité intergénérationnels dans les contrats responsables. « Les pouvoirs publics encouragent le refus de la solidarité », souligne au contraire Philippe Mixe, en poussant une logique de segmentation, sous couvert de généralisation. En outre, cette réforme va entraîner une nouvelle hausse des frais de gestion. **Xavier Toulon** s'interroge sur le fait que cette réforme, qui entraîne une forme de « standardisation », tendrait à plutôt favoriser les bancassureurs.

Jérôme Rehlinger estime que les mutuelles « sont devenues une monnaie d'échange électoraliste » pour les politiques, considérant les Ocam comme des « annexes » utiles pour évacuer les déficits. Sans réelle justification rationnelle, la réforme des contrats pour les plus de 65 ans aurait un impact très important sur les portefeuilles mutualistes, ce d'autant que les retraités de 60-70 ans sont beaucoup moins « fidèles » qu'autrefois. En outre, « si on continue à morceler comme ça, on n'est

pas loin de tomber au niveau de l'individu », avec une « ultra-individualisation » du risque.

Il imagine la possibilité d'un « refus d'obstacle » qui consisterait pour tout le secteur des Ocam de refuser le jouer le jeu de ces nouveaux contrats... Ce qui supposerait une solidarité absolue entre opérateurs, qui n'existe pas de son propre avis. C'est un « paradoxe » dans le comportement des acteurs du secteur, souligne **Xavier Toulon** : tout le monde a critiqué les effets négatifs des contrats responsables, et pourtant, plus de 90% des contrats sont proposés dans cette catégorie. « Qu'attendez-vous pour mener la rébellion, pour mieux répondre aux besoins des adhérents ? », titille le spécialiste. **Josette Guéniau** prône également la « désobéissance civile » pour les Ocam, en refusant d'entrer – pour des raisons également éthiques - dans ce jeu de « mutualisation des mauvais risques », qui va à l'encontre de l'intérêt même des assurés.

Jérôme Rehlinger élargit ensuite le débat sur la question de la responsabilité collective, en soulignant le poids politique de plus en plus important des retraités, qui amène les politiques à mener une politique « clientéliste » en direction des plus de 65 ans...tant bien même la réforme ne soit pas vraiment utile à cette clientèle. « C'est juste de la com' », regrette-t-il.

Dépasser la logique des contrats responsables

Philippe Mixe constate que les prix élevés sont d'abord la résultante d'une segmentation extrême et d'une logique de consommation qui s'impose, au détriment de la mission initiale des assureurs de prévention des aléas. « On a couru derrière la logique des assureurs quand ils sont entrés dans le champ de la santé », regrette le président mutualiste, « si nous étions restés fidèles à nos valeurs, peut-être n'en serions-nous pas là ».

Reprenant les analyses de Josette Guéniau et Xavier Toulon, **Philippe Mixe** invite à valoriser des contrats « vraiment solidaires » mais recentrés sur les risques lourds, représentant vraiment l'aléa et non une forme de consommation, et ce même au prix d'un non-respect des critères contrats responsables et un accroissement des taxes. « Si on en restait là, de très gros acteurs, sur des offres parfaitement banalisées, auraient plus d'arguments que nous », met en garde le représentant des petites et moyennes

mutuelles. « Si les spécialistes ne peuvent pas proposer quelque chose d'autre que les généralistes, il y a un vrai danger », renchérit **Xavier Toulon**.

Reprenant la critique de la non-adéquation des critères des contrats responsables aux besoins des assurés, **Philippe Mixe** démontre ensuite que le plafonnement imposé des remboursements des dépassements ne fera que pénaliser les assurés, du fait des faiblesses également du contrat d'accès aux soins. « Les réveils vont être douloureux », conclut Philippe Mixe.

Josette Guéniau estime que la proximité dont bénéficient les mutuelles de moyenne taille auprès de leurs assurés peut faciliter un dialogue éclairé, pour expliquer au citoyen l'aspect pervers d'offres apparemment avantageuses, et l'intérêt au contraire de contrats « non responsables », en expliquant par exemple qu'une faible couverture optique se justifie si cela permet de renforcer les garanties en cas d'hospitalisation.

Mutuelles communales, une solution ?

Les mutuelles communales apparaissent aussi pour **Philippe Mixe** comme une nouvelle réponse face à ces défis. Des contrats communaux, avec cotisation unique, permettent de renouer avec la logique de solidarité intergénérationnelle. Mais Philippe Mixe souligne la difficulté à persuader les nouvelles générations de la légitimité de cette logique de long terme. « On a trop habitué les adhérents à souscrire un contrat pour consommer plutôt que pour s'assurer », regrette-t-il.

INTERVENTION D'ARNAUD ROBINET

Xavier Toulon repose l'une des questions centrales posées lors de la précédente table ronde : les complémentaires santé sont-elles considérées comme une variable d'ajustement par les pouvoirs publics ?

Arnaud Robinet commence par souligner qu'effectivement, la parole est rarement donnée aux opérateurs, notamment aux organismes de taille moyenne, malgré le rôle de « cohésion sociale » et de solidarité qu'ils assurent.

Le député exprime d'abord sa conviction que les mutuelles sont nécessaires, et que le gouvernement fait preuve de « schizophrénie » en se déchargeant de toujours plus de pans de remboursements, tout en augmentant la pression et les taxes sur les organismes complémentaires : « On leur demande plus, tout en continuant à les ponctionner toujours plus ».

Arnaud Robinet prône quant à lui une relation « cohérente et stable » entre l'assurance maladie, l'Etat et le mouvement mutualiste. À l'Etat de fixer les grandes stratégies et de gérer les dossiers sanitaires urgents, tels que l'AME (l'aide médicale d'Etat). L'assurance maladie devrait rester le pilote pour tout ce qui relève du curatif. Les Ocam devraient quant à eux représenter « le pivot de la prévention », secteur qu'il est « temps de renforcer », via de véritables politiques de prévention primaire et secondaire, alors qu'il ne représente que 2% des dépenses d'assurance maladie. « Nous devrions clairement associer les mutuelles à certaines démarches, comme le DMP par exemple », poursuit le député.

Arnaud Robinet exprime également son « attachement » à la « diversité du paysage mutualiste » et reconnaît la qualité des réseaux mutualistes, indépendants tout à la fois de l'Etat mais aussi des marchés financiers. « Nous savons à quel point vous êtes vigilants devant le regroupement des mutuelles et institutions de prévoyance », souligne également Arnaud Robinet, se déclarant personnellement « très attaché à la liberté de choix des assurés ». Le député estime que « le législateur devrait faire le distinguo entre les mutuelles commerciales, qui ont vocation à grandir et se comporter comme opérateur commercial, et les mutuelles à taille humaine, qui restent en lien avec un territoire ». L'élu de la Marne souligne également l'importance de réponses spécifiques selon les territoires, les besoins et attentes différant d'une zone à

l'autre. Au niveau européen, Arnaud Robinet souhaite que l'application de la directive Solvabilité 2 soit clairement différenciée en fonction de la taille des mutuelles.

Le député Les Républicains prône également une logique de « responsabilité », à la fois des assurés, dans leurs choix de couvertures et leurs comportements santé (tabac, alcool), et des opérateurs, dans l'accompagnement éclairé de ces choix. Au niveau national, l'Etat doit aussi faire preuve de responsabilité, et ne pas faire peser les coûts du système sur les seules mutuelles, via l'alourdissement des taxes. Le député estime, avec sa formation politique, être « vigilant », sur l'ensemble de ces questions.

Philippe Mixe, complétant l'intervention d'Arnaud Robinet, rappelle que la Fnim a déposé un recours en excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat pour contester l'application française de la directive solvabilité 2. Philippe Mixe attire également l'attention sur le dépôt d'un second recours devant le Conseil d'Etat, concernant cette fois la transposition en droit français de la directive de réforme de l'audit – une réforme hautement politique et stratégique pour lui : Avec cette réforme, les mutuelles santé sont en effet intégrées dans le champ des Entités d'intérêt public (EIP). En réalité, du fait de la protection contre les risques systémiques, ce statut ajoute sans raison de nouvelles règles contraignantes pour les mutuelles... et donc de nouveaux frais de gestion.

S'ajoute en plus le projet de réforme des seuils de conventionnement pour la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie. Fixé à 23 000 assurés aujourd'hui, un projet de décret présenté fin mai 2016, fait passer ce seuil de conventionnement à 600 000 – excluant de facto toutes les structures mutualistes de taille moyenne. « Ce sont des règles qui nous mettent hors-jeu », s'alarme Philippe Mixe, rappelant ensuite les différentes récentes réformes (ANI, contrats ACS labellisés, etc.) qui peuvent aussi passer comme des tentatives pour « sortir du jeu » les petites et moyennes mutuelles, et qui limitent à chaque fois un peu plus la liberté contractuelle, en resserrant le « carcan » fiscal. Pour conclure, Philippe Mixe cite Xavier Bertrand, invité d'un précédent comité Opéra, qui estimait que, « si aucun frein n'était mis à cette dérive, les mutuelles n'auraient plus un jour qu'à mettre à leur tête un représentant de l'ACPR... »

Arnaud Robinet remarque par la suite que les collectivités territoriales, également, peuvent être sujettes à cette tentation de la concentration, excluant d'office, dans leurs appels d'offres, les petites structures, pourtant issues du tissu des PME. « Pour des questions de seuils, nous mettons de côté tout un pan de notre économie », regrette le député.

Évoquant aussi les complémentaires santé des agents territoriaux, le maire de Reims estime que les couvertures proposées sont de moins bonnes qualités que ce qui peut être proposé par ailleurs dans un cadre strictement individuel. Philippe Mixe souligne que la Fnim est justement en pointe dans la recherche de nouvelles solutions, avec les contrats communaux, et leurs avantages en termes de solidarité intergénérationnelle et de service de proximité.

Echanges avec la salle

Interrogé sur la réforme du code de la Mutualité, Arnaud Robinet observe que, au moment de ces échanges, le texte n'était pas inscrit à l'ordre du jour des textes examinés par la commission des Affaires sociales. « A un an des présidentielles, il ne va plus se passer grand-chose (...) et les débats sont un peu court-circuités à l'Assemblée nationale », regrette le parlementaire. Poursuivant, Arnaud Robinet estime qu'il y a « un vrai problème » dans le fonctionnement actuel des deux chambres, avec une opposition qui n'est pas écoutée et une majorité sommée de se taire.

Yan Le Men (CSCA) témoigne ensuite de son approbation à l'égard des propos précédents de Philippe Mixe, évoquant quant à lui une « soviétisation » par le gouvernement du système de protection sociale. Espérant que l'opposition arrive au pouvoir en 2017, le représentant de la CSCA souhaite que ces mouvements « prennent en compte cette réalité, organisée au détriment des assurés », et permettent la « libération des énergies » chez les Ocam, pour permettre d'innover et inventer de nouveaux schémas plus souples de solidarité.

Un président de mutuelle de territoriaux prend par la suite la parole pour témoigner également, au quotidien, de la pression sur les coûts, n'empêchant pas malgré tout d'organiser encore des solidarités. Mais l'idée de contrats réservés aux seuls seniors lui semble une « totale hérésie », dans la mesure où le périmètre de mutualisation sera réduit aux seuls retraités. « Le législateur devrait confronter ses aspirations à la réalité du terrain », conclut-il, soulignant que les acteurs de terrain continuent, eux, à « se battre pour faire perdurer une logique de solidarité »...« Mais pour combien de temps encore ? » En réponse, le député observe avec une note d'ironie que cette demande

de prise en compte de la réalité va dans le sens du cumul des mandats, puisque c'est également en tant que maire, responsable d'une collectivité territoriale, qu'il est sensibilisé à ces questions.

Gilles Oster (cabinet Cristal) souligne quant à lui que la santé est peu visible lors des campagnes présidentielles. Ce que confirme totalement Arnaud Robinet, qui souhaite pour sa part que le candidat de droite pour la prochaine élection – lui-même soutenant Bruno Le Maire - fasse de la santé une de ses trois priorités, pour soutenir les nécessaires évolutions, comme celles du système ambulatoire, ou de l'équilibre entre public et privé.