

bonne santé mutualiste

Édito

La rentrée à peine engagée et après un été fertile en mesures impopulaires, le programme social annoncé par le Président de la République montre les menaces fortes qui pèsent sur l'ensemble de notre système. Retraite, chômage, santé, droit du travail, institutions, tous les fondements de la société française vont être revisités afin d'essayer d'en balayer les dispositions sociales et solidaires qui perdurent en France et perturbent le modèle dominant d'économie libérale. La période qui s'ouvre nécessitera de chacun la plus grande vigilance et une nécessaire expression et mobilisation quant aux orientations imposées à tous. Déjà, la plupart des mutuelles du groupe se sont organisées pour soutenir l'action contre les franchises médicales le 29 septembre. Compte tenu des annonces faites par le gouvernement, l'action des mutualistes et des populations devra être forte pour stopper la privatisation de la Sécurité Sociale et réaffirmer ses principes fondateurs. Ce choix est possible et juste. Il a montré sa pertinence et son efficacité. La qualité de vie des français, leur espérance de vie, la fécondité des femmes françaises ne sont-elles pas la traduction d'une mise en Sécurité Sociale ? Cet acquis est en voie d'être démantelé au profit d'un système purement individuel et assuranciel, générant son lot d'inégalités d'accès aux soins suivant la condition sociale et l'état de santé de l'individu. Un tel système ne remplit aucun objectif de santé publique ou d'efficacité de dépenses, il ne vise qu'à transférer un financement collectif et solidaire sur un financement individuel. Certains que la mobilisation sera à la hauteur des enjeux, nous serons avec vous pour défendre notre protection sociale.



Yannick BEAUMONT
Vice-Président
Mutuelle Samir

revue trimestrielle des Mutuelles de France - Groupe Cetremut

Octobre 2007
n°39

Franchises médicales : CESSONS LE MENSONGE !

DOSSIER

Prévues pour le 1^{er} janvier 2008, les nouvelles franchises médicales devraient rapporter 850 millions d'euros à l'Etat. Sous prétexte de financer le développement des soins palliatifs, la lutte contre la maladie d'Alzheimer et le cancer, le dispositif veut à nouveau mettre les patients à contribution. Ce nouveau prélèvement qui s'ajoute aux remboursements institués depuis trois ans met à mal l'idée de solidarité et soulève de nombreuses protestations. Médecine à deux vitesses et financiarisation de la santé se poursuivent. Explications.

sommaire

2 DOSSIER

- Franchises médicales : une médecine à deux vitesses



4 ACTUALITÉS MUTUELLES

- 40 ans de la Mufti Questions à Aldo Vitale, Président



5

- Portrait : Jean Matheret, inlassable militant mutualiste

6 ACTUALITÉS MUTUELLES

- Conseillers mutualistes : des professionnels au plus proche des adhérents
- La Samir s'engage contre les maladies neurodégénératives



7 PRÉVENTION / SOCIAL

- L'Europe moins vieille que prévue Nouvelle donne pour sauver la Sécu ?
- Calendrier vaccinal, nouvelles recommandations



Le 31 juillet 2007, Nicolas Sarkozy, en visite à l'hôpital de Dax, explicitait son projet de franchise médicale qui devrait être débattu au Parlement à l'automne, lors de l'examen de la loi de financement de la Sécurité Sociale. Applicable le 1^{er} janvier prochain, le projet du gouvernement, supposé réduire les dépenses de santé, risque, au contraire, de les accroître et de creuser les inégalités dans l'accès aux soins.

LES FRANCHISES AGGRAVENT LES RISQUES POUR LES MALADES

Le principe de la franchise est déjà connu. Quand on va chez le médecin, il s'agit du premier euro qui n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale et la mutuelle. Cette fois un pas supplémentaire est franchi et l'assurance maladie prend de furieux airs d'assurance traditionnelle. Le slogan de la campagne lancée il y a quelques années par la Fédération des mutuelles de France, "Mon corps n'est pas une bagnole", est on ne peut plus d'actualité. Aujourd'hui comme hier, on ne peut réduire la spécificité de la couverture santé à une banale assurance. On le sait, la franchise pénalise les revenus les moins élevés. Quand on gagne beaucoup, 50 ou 100 euros à dépenser ce n'est pas un problème. Mais cela peut pour beaucoup représenter un frein et amener à renoncer à se soigner dès le début de la maladie. Alors qu'il est plus facile de la traiter quand celle-ci se déclare, certains vont attendre, au risque de voir les soins devenir plus importants. Du coup, non seulement ces franchises aggravent les risques pour le malade mais elles alourdissent le déficit de la Sécurité Sociale. D'autant que le patient sera également incité à consulter les services hospitaliers, non concernés par les franchises, dont les services d'urgence, on le sait, sont surchargés. Qu'en est-il également de la prévention que l'on considère pourtant comme indispensable à tout système de santé publique cohérent et efficace ?

DU CÔTÉ DU GOUVERNEMENT, ON TEMPORISE

Pour le ministre de la Santé, ces franchises qui seraient fixées à 50 euros par famille et par an (encadré 1) sont un "élément de responsabilisation" et non "pas un outil de régulation au fil de l'eau" : une lecture un peu différente de celle du Président Nicolas Sarkozy, qui envisageait de faire varier leur montant à la hausse ou à la baisse en fonction du déficit. "Qui ne peut payer 4 euros par mois sur des objectifs aussi importants?", demande Roselyne Bachelot. Toujours selon la ministre de la Santé, cette réforme est essentielle pour financer les trois priorités du président de la République: le plan Alzheimer, la lutte contre le cancer et les soins palliatifs. L'ambiguïté persiste: cette mesure, qui devrait rapporter 850 millions d'euros à l'Etat, doit-elle résoudre les enjeux financiers de l'assurance-maladie et en équilibrer les comptes ou prendre en charge les nouveaux



défis comme celui de la maladie d'Alzheimer ? Pour Lucien Carette, Président de la Mutuelle Familiale de Haute-Savoie, ces mesures sont inacceptables "Pour ce qui nous concerne, nous refusons la mise en place de franchises médicales. Nous ne nions pas qu'il existe des besoins nouveaux non satisfaits faute de financement. Mais il est scandaleux de jouer avec la sensibilité des gens pour qu'ils paient. Déjà la journée de la Pentecôte devait financer les problèmes liés au vieillissement. On doit trouver de nouveaux financements pour la Sécurité Sociale, pour couvrir ces risques nouveaux".

UNE OPPOSITION MASSIVE

Particulièrement impopulaires, ces mesures suscitent la même opposition massive auprès de la population et des acteurs concernés. Selon un sondage CSA-Le Parisien, 61 % des Français seraient hostiles à ce dispositif. Les médecins ont également fait valoir leurs craintes quant au risque de faire retarder le recours aux soins de certains patients. Quant aux Mutuelles de France, elles ont rapidement réagi : "Les franchises visent à faire de la participation financière des malades la variable d'ajustement des comptes de l'assurance-maladie. Elles sont une forme de déremboursement, dangereuse médicalement, inégalitaire socialement, et financièrement peu efficace", peut-on lire dans un communiqué de la Fédération. "Les réformes nécessaires doivent emprunter des voies entièrement neuves: répondre aux réels besoins de financement avec des recettes

vraiment solidaires et optimiser les dépenses de santé avec des stratégies plus préventives, une réorganisation du système de soins et de nouvelles pratiques médicales."

DE NOUVEAUX MOYENS DE LUTTE

Face à cette menace de marchandisation de la santé, la lutte s'organise. Une pétition en ligne, initiée pendant la campagne présidentielle par deux médecins, Christian Lehman et Martin Winckler, a recueilli plus de 50 000 signatures. Les Etats Généraux de la santé et de l'assurance maladie (Egsam) de Haute-Savoie organisés par ATTAC en ont fait le thème central de leurs discussions avec "4 H contre les franchises et pour l'accès aux soins pour tous". Véritable moteur de la mobilisation "un collectif national contre les franchises et pour le droit à la santé pour tous" s'est également constitué. Réunissant professionnels du soin, syndicats, partis politiques, acteurs du monde associatif ou médico-social, mutualistes, représentants des usagers et /ou usagers du système de santé, il n'a de cesse de mettre en garde contre ces mesures qui "prolongent la régression concernant la prise en charge des malades entamée ces dernières années". Pour le comité, "ces nouvelles franchises retarderont encore davantage l'accès aux soins pour les plus démunis, mais aussi pour nombre de salariés pour lesquels la santé deviendrait un luxe. En incitant les assurés à se couvrir en fonction de leurs besoins, on porte gravement atteinte au principe de la solidarité de la mutualisation des risques et, au final de l'assurance maladie obligatoire" (voir encadré 2). Au delà de l'instauration définitive d'une médecine à deux vitesses, le collectif souligne également l'inefficacité économique de telles mesures "les forfaits, mis en place ces dernières années, n'ont pas empêché l'accroissement des dépenses de soins car celles-ci sont concentrées sur un petit nombre de personnes à pathologies graves" rappelle-t-il. Véritable point d'orgue de cette mobilisation, la journée du 29 septembre a permis d'encore mieux mesurer l'impopularité de ces mesures que le collectif qualifie de "système de pénalisation financière et de culpabilisation". Cette journée devrait être suivie dans la deuxième quinzaine d'octobre, par des manifestations décentralisées dans toute la France.

Le chiffre :

50 EUROS PAR FAMILLE ET PAR AN

50 €, c'est le montant annuel de la franchise sur les remboursements médicaux qui devrait être mise en place pour 2008. À cette date, la Sécurité Sociale cesserait de rembourser 0,50 € par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical, (soins chez un kinésithérapeute ou une infirmière) et 2 € par transport sanitaire (par exemple pour l'acheminement à l'hôpital pas dépasser

dans une ambulance). Ces sommes cumulées ne pourraient un plafond de 50 € par an. Une fois qu'un patient aura atteint ce plafond, la Sécurité Sociale le remboursera à nouveau en totalité. Les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la couverture médicale universelle (CMU) seraient dispensés de ces franchises.



LA MEILLEURE FAÇON DE MAÎTRISER LES DÉPENSES C'EST D'ÊTRE SOLIDAIRE

Reste que si les projets du gouvernement concernant les franchises nécessitent aujourd'hui d'être stoppés, une question de fond demeure et exige une véritable réflexion de la part de tous les acteurs concernés : quelle place pour la solidarité dans l'évolution du système de protection sociale. À ce sujet, une enquête réalisée par un institut indépendant, le Commonwealth Fund et portant sur six pays, Australie, Canada, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Angleterre, États-Unis, est particulièrement retentissante. Elle met en évidence le phénomène étasunien où les dépenses de santé sont les plus élevées - 6 102 dollars par habitant, soit deux fois plus que les cinq autres -, mais se classe à la dernière place pour l'état sanitaire de la population, l'accès aux soins, l'efficacité du système et l'équité. L'absence de couverture-santé universelle aux États-Unis explique notamment les difficultés d'accès aux soins : "plus de la moitié des États-uniens disent avoir renoncé à des traitements, des examens ou même des visites pour des raisons financières, contre 13 % des Anglais, alors que le système sanitaire de l'Angleterre est pourtant en très mauvais état".

En France, Attac publiait en juillet 2007 un article de fond explicite, chiffres à l'appui (encadré 4) : les catégories socioprofessionnelles les plus modestes utilisent moins la médecine de ville... Le résultat final étant, avec des pathologies plus graves prises en charge plus tard, une dépense totale plus importante. Parmi les mesures mises en débat, l'association souligne la nécessité d'améliorer le financement de l'assurance-maladie. Elle propose un nouveau partage du revenu national plus favorable aux salariés : "il s'agit de rééquilibrer la part des salaires dans la valeur ajoutée. Une augmentation des cotisations patronales pourrait en être le moyen. Celle-ci est d'autant plus possible qu'en vingt ans, les taux de cotisation des salariés ont augmenté de 8,2 % alors que ceux des employeurs n'ont progressé que de 1,8 %. Il est donc grand temps que ceux-ci rattrapent leur retard".

Le collectif national rejoint cette thèse en affirmant : "les pays qui maîtrisent le mieux leurs dépenses de santé sont ceux qui les « socialisent » le plus. Démonstration : plus la part de dépenses publiques dans les dépenses est forte, plus la dépense totale est faible. En retardant l'accès aux soins, on ne fait aucune économie. Au contraire on augmente les dépenses, tout en dégradant encore les inégalités sociales face à la santé.

Conclusion à laquelle adhèrent tous les opposants aux franchises médicales : en matière de dépenses de santé, la meilleure façon de maîtriser les dépenses c'est d'être solidaire. Avec la financiarisation de la santé, il ne s'agit pas de dépenser moins, mais de dépenser plus.

Dans le même temps, les désengagements de la Sécurité Sociale ouvrent un vrai boulevard au marché privé de la santé, en pleine expansion. ■



Non, les patients ne sont pas responsables du "trou de la Sécu"

À l'heure où, pour justifier les franchises, on parle surtout de culpabiliser les patients qui "dépenseraient trop pour leur santé" et seraient responsables du déficit record de la Sécurité Sociale, le récent rapport de la Cour des Comptes jette un pavé dans la mare. Selon son président Philippe Seguin, l'ensemble des exonérations de charges sociales représenterait un manque à gagner de 32 à 36 milliards d'euros par an. Un grand nombre d'entre elles sont certes justifiées, mais pour Philippe Seguin, certaines dépassent clairement les limites. C'est le cas des stocks-options distribuées aux cadres des grandes entreprises. Constituant "bien un revenu lié au travail, donc normalement taxable", elles auraient fait perdre 3 milliards d'euros de recettes à la Sécurité Sociale. Encore plus explicite, le Président ajoute dans son rapport, "les 100 premiers bénéficiaires devraient toucher chacun une plus-value de plus de 500 000 euros et les 50 premiers de plus de 10 millions d'euros", a-t-il expliqué. "Rien que pour chacun de ces cinquante-là, les cotisations manquantes s'élèvent à plus de 3 millions d'euros" par bénéficiaire, a ajouté M. Séguin. Quant à l'Etat, il est lui aussi mis en cause pour les dettes, supérieures à 10 milliards d'euros, qu'il a cumulées à l'égard de la "Sécu" en ne compensant pas systématiquement les exonérations de charges. À la lecture de ce rapport, le transfert des charges sur le patient et les organismes complémentaires, les forfaits et remboursements de médicaments ne seraient donc pas la seule solution pour diminuer le déficit de la Sécu. Un grand ménage, ou du moins, une bonne remise à plat du système de financement de la protection sociale semble décidément s'imposer.



Les promoteurs de la franchise prétendent utiliser cet outil comme moyen d'agir sur l'évolution des dépenses de santé :

TROIS RAISONS DE S'Y OPPOSER...

1- Les pays qui maîtrisent le mieux leurs dépenses de santé sont ceux qui les « socialisent » le plus. En effet plus la part de dépenses publiques dans les dépenses est forte, plus la dépense totale est faible.

2- Les dépenses de santé sont très fortement concentrées sur un petit nombre de patients (le Haut Conseil à l'Assurance Maladie l'avait mis en évidence en 2004 : les 5% des personnes qui consomment le plus effectuent la moitié des dépenses).

3- Le plus grave c'est qu'en limitant l'accès aux soins primaires, les franchises vont non seulement augmenter les dépenses, mais surtout renforcer les inégalités.

Si les personnes hésitent ou renoncent, du fait de la franchise, à avoir recours aux soins primaires, il y a un risque sérieux que la pathologie dont elles souffrent s'aggrave. Les soins ultérieurs seront plus onéreux et pour un résultat sanitaire moins bon.



Des pathologies prises en charge tardivement entraînent des dépenses plus importantes

En juillet 2007, Attac publie un manifeste sur le thème "Instauration des franchises médicales : la financiarisation de la santé se poursuit".

L'association se prononce pour la refonte d'une assurance-maladie qui permette réellement un égal accès à des soins de haut niveau pour tous. Ce principe implique de renforcer le régime d'assurance-maladie obligatoire pour passer progressivement à une prise en charge à 100 %. Quant aux franchises elle remarque : "on connaît déjà ce phénomène : les catégories socioprofessionnelles les plus modestes utilisent moins la médecine de ville - les dépenses de médecine ambulatoire des cadres sont supérieures de 16 % à celles des ouvriers - et ce moindre recours à la médecine ambulatoire conduit à un recours plus important à la médecine hospitalière. Ainsi, les dépenses de médecine hospitalière des ouvriers sont supérieures de 13 % à celles des cadres. Pour une consommation moyenne de 100, la consommation moyenne des cadres est de 91, celle des ouvriers non qualifiés de 118". Le résultat final étant, avec des pathologies plus graves prises en charge plus tard, une dépense totale plus importante.



De haut en bas : les trotinettes aux couleurs du groupe Cetremut ; la « mascotte » de la Mufti animée avec charme ; M. Vincent Venezia, un des premiers adhérents à la MUFTI nous présente sa carte datée de 1967 ; Aldo Vitale, président de la MUFTI avec à ses côtés l'artiste Christopher Elliott.



40 ANS DE LA MUFTI

Trois questions à Aldo Vitale, président de la Mufti Mutuelle Familiale des Travailleurs de l'Isère

La Mutuelle Familiale des Travailleurs de l'Isère vient de fêter ses quarante ans. D'une petite centaine au démarrage en 1967, la Mufti compte aujourd'hui plus de quinze mille adhérents soit 26 000 bénéficiaires. Parmi la soixantaine d'entreprises qui font désormais confiance à la Mufti en Isère : Teisseire, l'Urssaf, la CPAM, le GF38, la Satma, Allimand ont signé un contrat de groupe en janvier 2007.

BS : Quelles sont les différences entre les offres d'une mutuelle comme la Mufti et celle des assurances ?

Aldo Vitale : La proximité, l'accueil, l'écoute : nos adhérents ne sont pas qu'un numéro où les interlocuteurs sont anonymes. Nous installons une relation de confiance. Nous souhaitons favoriser les soins même des plus démunis. Aussi nous avons déployé de nouveaux services afin d'être plus proches de nos adhérents (NDR : voir article sur le conseil à domicile : interview de Christophe Delacroix). D'autre part, nous fonctionnons sous le régime associatif. En conséquence, la mutuelle appartient en quelque sorte à ses adhérents et non à un organe de droit privé dont l'objectif est d'engranger du profit pour les actionnaires. Pour notre part, nous réinvestissons les excédents au profit de nos adhérents en leur offrant dans la mesure du possible de meilleurs remboursements. De même, les deux centres optiques mutualistes, à Grenoble (créé en 1997) et à Crolles (2001) sont exemplaires à double titre : un large choix de lunettes (basique et haut de gamme) qui coûtent moins cher à l'achat et dont le forfait de remboursement est abondé par la Mufti.

En terme de croissance, quelles sont les perspectives ?

Tout d'abord nous n'avons pas pour vocation de fusionner avec d'autres mutuelles. Nous avons plutôt opté pour une mutualisation de nos moyens au sein de Cetremut. En intégrant ce groupe l'objectif, en l'an 2000, était de partager les moyens informatiques. Puis se sont greffés de nouveaux services : la communication et le développement. L'an passé, nous avons participé à une campagne commune d'adhésion reposant sur 20 % de réduction sur la première année de cotisation. Nous avons reconduit cette opération qui s'est avérée être un succès. Nous travaillons également sur une visibilité identique de toutes les agences du groupe Cetremut : signalétique, vitrines et agencement. Pour le développement, à l'aide de Cetremut, nous avons mis au point des contrats de groupes en entreprises. Hormis ces services en commun, nous décidons de nos orientations au sein de notre conseil d'administration. Nous réussissons ainsi le tour de force de donner à la mutuelle une image de groupe tout en restant à taille humaine. ■

La Mufti : 34, Avenue Marcellin Berthelot
38029 Grenoble Cedex 2. tél. : 04 76 28 30 10

LA GRÂCE D'UN ARBRE POUR FÊTER LES 40 ANS DE LA MUFTI...

Non pas un arbre végétal planté pour l'occasion. Celui-ci, réalisé par Christopher Elliott, est une œuvre d'art, en acier découpé au laser. À peine dévoilé - place à l'émotion - on aime déjà se perdre dans les dédales de ses courbes. Dans la plastique contemporaine de l'œuvre de l'artiste américain, l'arbre tient une place capitale : acrylique, pastel ou acier, l'empreinte des arbres abreuve son imaginaire. "Ma recherche m'a permis de découvrir un sujet visuel à fort potentiel graphique et doté d'une force symbolique visuelle", commente-t-il. C'est sans doute ce message, qui a séduit Aldo Vitale, président de la Mufti, lors d'une visite de son exposition aux Moulins de Villancourt à Pont-de-Claix (Isère). "J'ai eu la chance de suivre pas à pas la réalisation de l'œuvre" poursuit-il, particulièrement heureux de présenter cette réalisation à plus de deux cents adhérents qui étaient présents au siège de l'association pour l'occasion. L'audace du projet artistique abouti révèle finalement une pièce de plus de 200 kilos. Le poids ne traduit en rien l'excellence de son graphisme aérien, la finesse des formes arrondies et la légèreté de cette œuvre moderne.

L'AMI AMÉRICAIN

Pour mieux comprendre son orientation d'artiste, la rédaction de Bonne Santé a posé certaines questions à Christopher Elliott, auxquelles il a bien voulu se soumettre...

Chris, d'où vous est venue cette idée de représenter par cette sculpture l'activité d'une mutuelle comme la Mufti ?

L'idée principale est d'abord intuitive, la Mufti est une graine qui a germé dans la volonté de ses fondateurs. Cette graine de 40 ans porte en elle la solidarité, l'entraide, la cohésion, la lutte et la créativité humaine.

C'est un joli symbole, mais pourquoi cette forme ?

En concevant cette sculpture, je me suis déplacé à plusieurs reprises dans le hall de la Mufti, et là je l'ai imaginée... Sa taille, sa structure, la matière et les lumières qui donnent un rythme différent selon l'heure du jour. Je l'ai vue grande mais pas monumentale, je l'ai sentie ludique et variée.



D'où les branchages de l'arbre ?...

Il fallait que cela vive, la graine (l'idée fondatrice et ses valeurs), le tronc, et la multitude de branches entrelacées, nerveuses et fières, pour transmettre dans le temps l'idée que le mutualisme est une idée qui ne peut vieillir. Cette idée est universelle et se refuse à toutes frontières entre les hommes.

Chris, l'arbre est un thème récurrent dans votre œuvre depuis quelques années. De New York à Dubaï, de Bastia à la rue Marcellin Berthelot ?...

Écoutez, je suis grenoblois de cœur et d'adoption, mon travail va vers l'humain et je n'y mets pas de restriction. Ici à Grenoble de nombreuses personnes font un travail incroyable dans les associations, où dans d'autres institutions. On ne trouve pas aux USA, mon pays, de tels systèmes de solidarités comme le sont les mutuelles en France. Je suis heureux que cette sculpture soit maintenant ici, à la Mufti.

“VOTRE SANTÉ AU CŒUR DE NOTRE ACTION” Une campagne haute en couleurs !

Cette année, la thématique du cœur illustre une campagne de communication symbolique (qui a démarré fin août) empreinte de valeurs et d'élégance de style. Le slogan “Votre santé au cœur de notre action” retentit sur les ondes, l'iconographie égaye les vitrines des agences, des camions circulent même en périphérie des villes véhiculant des affiches aux couleurs de la campagne, enfin des “flyers” ont été distribués dans les boîtes aux lettres les plus “rurales”.

“L'événement, c'est que pour la première fois, nous réalisons une action de « street marketing » connotée écologie avec des trottinettes électriques qui déambulent au cœur des villes conduites par des hôtes à la rencontre de nos futurs adhérents... Toutes les mutuelles du Groupe Cetremut participent à cette dynamique.

Du Territoire de Belfort à la Drôme, en passant par le Doubs, le Jura, l'Ain, la Haute-Savoie, l'Isère, la Loire et même plus loin la Somme” précise Damien Fortun, directeur de la Communication.

Bonne nouvelle : la réduction de 20 % sur la première année de cotisation et l'accès immédiat aux soins, pour toute souscription d'une garantie avant le 31 décembre 2007, sont renouvelés.

La période est donc propice pour se rendre dans les agences et bénéficier de cette offre avec une qualité de services optimale : tiers payant, remboursements rapides, assistance téléphonique, conseils et accompagnement pour répondre à toutes vos attentes en matière de protection sociale... et solidaire. ■



Portrait JEAN MATHERET, inlassable militant mutualiste

L'Entraide Mutualiste Dassault (EMD) a pris racine dans l'enceinte de l'établissement Dassault à Argonay en Haute-Savoie, en 1979. L'EMD a su garder et renforcer son autonomie. Grâce aux valeurs mutualistes qui y sont défendues, le nombre d'adhérents croît régulièrement. Interview de Jean Matheret, cheville ouvrière et fervent défenseur de l'esprit mutualiste.

Jean Matheret a quitté l'entreprise Dassault à Argonay, voici quatorze ans. À soixante-dix ans bientôt, il fait partie de cette génération de militants mutualistes qui ont dû et su conjuguer leurs convictions humanistes et sociales avec une réelle expertise et une authentique compétence professionnelle. Créée par un groupe de militants mutualistes, soutenue par les deux organisations syndicales majoritaires de l'époque, l'EMD a su se développer, en proposant des couvertures adaptées aux besoins des salariés (frais de santé, longue maladie et invalidité.)

Aujourd'hui, l'EMD s'emploie à la gestion des frais de santé et à la prévoyance (contrat MGP) des actifs. “Bien que nous entretenons des rapports excellents avec Lucien Carette, Président de la Mutuelle Familiale de Haute-Savoie, successeur de Bernard Desaire, nous tenons à rester « maître chez nous » en choisissant chaque année les options qui nous conviennent tant dans le domaine de la maladie que de la prévoyance. Dans notre Assemblée Générale annuelle, nous fixons un thème et choisissons les prestations souhaitées par nos adhérents : lunettes, appareils auditifs etc...”

précise-t-il. Le nombre de personnes protégées qui s'élève à environ cinq-cents personnes, pour les deux contrats (santé, prévoyance), ne cesse d'augmenter. Ce sont autant d'adhérents qui rejoignent, à travers EMD la Mutuelle Familiale de Haute-Savoie.

MANIFESTATIONS

- “Les 9^e rencontres Santé au travail Union des Mutuelles de France”
le 25 octobre à Chambéry au Parc des Expositions

Au programme : Amiante où en est-on ?
Fibres céramiques réfractaires, qu'en est-il ?
Services de santé au travail, vers la prévention ou sélection des salariés ?

- “Congrès des Mutuelles de France”
Alpexpo, Grenoble les 14 et 15 novembre 2007
- “Conférence Vaps” (Viellissement Action Prévention Santé) le 3 décembre 2007 à 14h30 à la salle Météore de Meythet.
- “3^e Rencontre Internationale des dirigeants de l'économie sociale”
le 9 et 10 novembre 2007 à Chamonix Mt-Blanc



HANDICAP AUDITIF ET PÉNURIE D'AUDIOPROTHÉSISTES

Plus de 5 millions de Français souffrent d'un handicap auditif.



Ce handicap entraîne des problèmes spécifiques dans l'accomplissement de la scolarité : les déficients auditifs terminent leurs études avec un niveau de qualification plus faible que l'ensemble de la population. Les aides techniques destinées à compenser ce handicap sont peu utilisées. Une étude de la DREES “Le handicap auditif en France” parue en août 2007 révèle qu'en France métropolitaine, 5 182 000 personnes ont un handicap auditif, dont 303 000 souffrent d'une déficience auditive profonde ou totale. La fréquence des déficiences auditives augmente fortement à partir de la quarantaine. Les hommes et les personnes issus de milieux sociaux défavorisés sont les plus touchés. Quatre déficients auditifs sur cinq déclarent une ou plusieurs autres déficiences, le plus fréquemment d'ordre moteur (44 %).

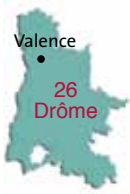
Accord favorable aux adhérents avec Audition conseil

Les difficultés de recrutement liées à la pénurie d'audioprothésistes sur le territoire français obligent l'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc (UMFMB) à procéder à la fermeture du Centre Audition Mutualiste d'Annemasse. Soucieux d'apporter une réponse à la gêne occasionnée, l'Union a passé une convention avec Audition Conseil. “Nous vous invitons donc à vous y rendre dorénavant. Monsieur Xavier Thevenin, audioprothésiste diplômé d'État, est à votre service pour vous assurer les mêmes prestations (Appareillage, réglage, entretien, service après-vente, ventes d'accessoires, de produits d'entretien, ...) que le Centre Audition Mutualiste”, explique le directeur de la UMFMB. Bonne nouvelle : Audition Conseil s'est engagé à accorder une remise de 10 % à tous les patients adhérents aux Mutuelles de France.

Contact : Xavier Thevenin, Audition Conseil,
25, avenue de la gare à Annemasse.



Christophe Delacroix responsable de la mutualisation individuelle



LA SAMIR S'ENGAGE contre les maladies neuro-dégénératives

Suite à une conférence-rencontre organisée le 18 avril dernier par l'association Huntington (AHF) et les étudiants de l'école de commerce et de gestion de Valence, la Samir s'est engagée à un accompagnement...

La maladie de Huntington est une affection neuro-dégénérative héréditaire qui entraîne une altération profonde et sévère des capacités physiques et intellectuelles. La personne malade perd peu à peu son autonomie et devient dépendante pour les actes de la vie quotidienne.

Le diagnostic est souvent hésitant, parfois difficile et long à établir, en raison des symptômes qui sont très variables : maladresse, nervosité, perte d'équilibre, mauvaise coordination des mouvements, troubles du caractère... Des examens cliniques ainsi que l'histoire familiale avec ses antécédents sont déterminants. La maladie de Huntington peut être confondue à tort avec des troubles psychiques. C'est une maladie héréditaire, inscrite dans le patrimoine génétique. La maladie touche indistinctement les hommes et les femmes ; quand un des parents est atteint, les enfants ont un risque sur deux d'hériter du mauvais gène qui provoquera la maladie généralement à l'âge adulte.

La conférence a réuni une quarantaine de professionnels de la santé, tous concernés par la maladie. Les intervenants étaient de haut vol et très appréciés du public.

L'espoir vient des scientifiques. En France, les premiers résultats de la greffe intracérébrale de neurones fœtaux réalisée chez 5 patients de la MH ont été publiés. Trois ans après la greffe, trois patients présentent une amélioration de leurs capacités intellectuelles et motrices. Ces résultats montrent pour la première fois qu'il est possible de restaurer des fonctions cérébrales déficientes. D'autres essais à plus grande échelle sont envisagés et les résultats sont attendus d'ici quelques années.

"Nous avons décidé de nous engager auprès de l'Association Huntington Rhône-Alpes, à la faire connaître et l'aider, dans la mesure de nos moyens. Nous l'accompagnerons dans la réalisation de ses projets par la mise à disposition de notre réseau de connaissances", indique Yannick Beaumont, vice-président de la Samir.

Conseillers mutualistes DES PROFESSIONNELS AU PLUS PROCHE DES ADHÉRENTS

Comment être plus proche des adhérents et de leurs besoins ? C'est la question que se posent chaque jour les conseillers mutualistes du groupe Cetremut. Christophe Delacroix, responsable de la mutualisation individuelle, met en place des services innovants comme le conseil à domicile pour répondre au mieux à toutes les attentes. Décryptage.

L'aide à la mutualisation individuelle passe par un accueil renforcé dans les bureaux et des recommandations téléphoniques mais aussi par le conseiller mutualiste à domicile. Rien à voir avec les relances ou les démarchages intempestifs ! Ici le conseil à domicile connaît le succès et se convertit en réunions de voisinage.

NOUVELLE DONNE : LE CONSEIL À DOMICILE

"Comment être davantage à l'écoute de nos adhérents tout en étant fidèle à notre principe de service de proximité" s'interroge Christophe Delacroix, nommé depuis quelques mois au poste de responsable de la mutualisation individuelle. Son rôle ? Vaste programme : améliorer le conseil en tant que professionnel de la santé et de la prévoyance, en valorisant la carte de proximité, tout en harmonisant les services aux individus dans les vingt-trois bureaux existants et dont le nombre ne cesse d'augmenter. "Nous avons confié à une conseillère la responsabilité de rappeler les personnes qui ont des soucis pour payer leurs co-

tisations. Ce sont souvent des gens aux revenus modestes qui n'osent pas afficher leurs difficultés. Notre objectif est de les conseiller et de trouver des solutions afin qu'ils puissent continuer à se soigner. Il en existe qui ne sont pas toujours bien connues comme l'aide à la mutualisation" explique-t-il. Pour pousser plus loin ce rôle de conseiller, il a aussi l'intention de faire travailler son équipe en liaison avec les assistantes sociales et avec les associations de quartier.

UNE RELATION DE CONFIANCE AVANT TOUT

Autre axe de développement : le démarchage à domicile. Pas de "pied dans la porte" ni de relance agressive. Tout se joue sur l'écoute et le professionnalisme. "L'expérience a démarré dans l'Isère. Cette démarche totalement novatrice dans nos métiers, a développé une telle notion de confiance dans certains quartiers qu'il est arrivé au conseiller d'intervenir devant cinq ou six personnes : des voisins, des amis, de la famille..." raconte Christophe Delacroix. Résultat ? "La démarche, très appréciée, se solde par d'excellents résultats ! Aussi désormais nous souhaitons mettre en place des réunions d'informations chez l'habitant, avec comme fil conducteur le lien affectif" ajoute-t-il. Notion de confiance et libre choix font la réussite des conseillers qui mettent tout en œuvre pour informer adhérents, ou futurs adhérents, des dispositifs déployés nombreux et pas toujours connus : tiers payants, accompagnements, centres dentaires et optiques... Pour le réseau Cetremut l'objectif est clair : tout mettre en œuvre pour que personne ne fasse l'impasse sur sa santé. ■



Saint-Vallier : l'agence rénovée

Anne-Marie Actil a intégré, en septembre, un bureau flambant neuf pour recevoir les adhérents de la mutuelle en provenance du nord de la Drôme, du Pont de l'Isère, de Tain l'Hermitage et de Saint-Vallier. "L'agence située en plein centre ville est très agréable pour nous tous. Les panneaux mobiles ont une réelle présence sur ce fond blanc", déclare-t-elle, ravie de cette rénovation.

Contact : 04 75 23 32 76
Mutuelle de France SAMIR
36 bis rue de Verdun 26000 Saint Vallier

Heures et jours d'ouverture :
ma-me-jeu de 8h à 12h et de 13h à 17h30



La Mutuelle Familiale de Haute-Savoie a tenu son assemblée générale le 29 juin dans les locaux de l'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc.

Les délégué(e)s ont pris connaissance des comptes 2006. Ils ont approuvé ceux-ci et voté l'affectation du résultat. Résultat qui vient renforcer les fonds propres de la mutuelle et ainsi accroître sa marge de solvabilité. D'autre part, la stratégie de groupe fonctionne et la collaboration de la mutuelle avec l'Union de Réassurance et de Substitution sociale nous permet de faire face très largement aux exigences financières et surtout nous permet d'envisager un développement conséquent, notamment en entreprise.

Les délégué(e)s ont également exprimé toute leur détermination dans la défense d'une Sécurité sociale de haut niveau et restent mobilisés pour contrecarrer toutes les mesures néfastes aux assurés sociaux (franchises médicales, TVA sociale...). Ils souhaitent également qu'un débat national s'engage sur le financement de la protection sociale.

L'EUROPE MOINS VIEILLE QUE PRÉVUE Nouvelle donne pour sauver la sécu ?

La déferlante grise est retardée. Plus de bébés, plus d'immigrés, une espérance de vie moins spectaculaire : les prévisions de l'Insee à l'horizon 2050 sont moins catastrophiques que prévus.

Il y a cinq ans, la population active devait atteindre son point culminant en 2006 et décroître jusqu'en 2050. Le nombre d'actifs devait baisser de 9 % sur cette même période. Ces projections ont été démenties car sur la période 2000-2006 l'Insee a constaté une sous-estimation de la fécondité, du solde migratoire et du taux d'activité des seniors. Résultat ? De nouvelles espérances naissent de ce dynamisme démographique. À la lecture des comptes sociaux moins pessimistes, le chercheur au Centre de recherche en économie de Sciences Politiques (OFCE) Mathieu Plane en tire de nouvelles lignes directrices et signe un article en avril 2007 sur le thème de "la démographie à la rescousse de la protection sociale en France". Ses arguments et ceux de l'Insee ? Le nombre d'actifs en 2050 ne serait pas de 24 millions mais de 28,5. Aussi le ratio de dépendance économique (inactifs de plus de 60 ans rapportés aux actifs) est maintenant évalué à 71 % en 2050 au lieu de 90 %.

LA VIEILLESSE ABORDÉE D'UNE MAUVAISE MANIÈRE

Selon son analyse : "si l'on suppose que la masse des recettes affectées au financement de la protection sociale reste constante dans le PIB, le déficit de l'ensemble de la protection sociale (et non pas uniquement du régime général) n'augmenterait pas d'ici 2050, de 5,9 points de PIB mais de 3,3 points, soit une diminution de plus de 40 % du besoin de financement initial. Le problème du vieillissement aurait donc été surestimé et surtout abordé d'une mauvaise manière. Il ne s'agit pas de gérer le vieillissement attendu de la population française en colmatant comme on le peut les fuites à venir du système de protection sociale. Il s'agit au contraire de relever deux défis. Premièrement, accompagner ce nouveau dynamisme de la population en conciliant fécondité et activité des femmes et en intégrant les populations nouvelles qui sont désormais installées sur le territoire national, comme celles

à venir. Deuxièmement, il importe de réussir le retour au plein emploi, à la fois pour profiter des économies réalisables sur l'assurance chômage (plus d'1 point de PIB), mais également pour que l'allongement des durées de cotisation devienne possible et que le taux d'emploi des seniors (un des plus bas d'Europe) remonte durablement." ■



CALENDRIER VACCINAL Nouvelles recommandations



Dans le calendrier vaccinal 2007 présenté cet été par le ministère la Santé, des changements notables : le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) devient obligatoire tandis que le BCG, qui protège de la tuberculose, ne l'est plus.

Le ministère de la Santé a publié fin juillet le calendrier vaccinal 2007, énonçant comme chaque année, les toutes dernières recommandations.

Grande nouveauté cette année : le BCG, vaccin qui protège de la tuberculose, n'est plus obligatoire en raison de la "régression" de cette maladie en France, a indiqué l'Institut de veille sanitaire (InVS). Cette vaccination reste néanmoins "fortement recommandée dès le premier mois de vie" pour "les enfants à risque, notamment ceux provenant d'un pays à forte endémie ou dont les parents sont originaires d'un tel pays", précise l'InVS. Cette précaution concerne également certaines régions plus touchées, comme la Guyane ou l'Île-de-France. Autre changement notable : le ROR, contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, devient obligatoire. Les taux de couverture vaccinale pour ces pathologies sont de 87 %, ce qui est "encore insuffisant pour éliminer" ces maladies. De ce fait, "tous les enfants âgés de 24 mois" devront "avoir reçu deux doses". La première est indiquée à 12 mois et la seconde entre 13 et 24 mois.

Cette nouvelle obligation s'ajoute à celle du vaccin DTPolio, qui prévient la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Ce vaccin doit être inoculé aux nourrissons à 2, 3 puis 4 mois. Un rappel obligatoire est également prévu avant 18 mois pour la diphtérie et jusqu'à 13 ans pour la poliomyélite. À l'inverse, les vaccins contre les gastro-entérites, la varicelle et le zona ne seront pas généralisés.

Enfin, la vaccination contre les cancers du col de l'utérus et infections dues au papillomavirus fait son entrée dans la liste des recommandations. Ce vaccin s'adresse en priorité aux jeunes adolescentes, avant le début de leur vie sexuelle.

Aucun changement pour la prévention de la grippe, avec un vaccin annuel préconisé dès 65 ans.

MARCHER 30 MINUTES TROIS FOIS PAR SEMAINE suffit pour rester en bonne santé

A vos baskets ! Il est temps d'éteindre sa télé et de prendre l'air quel que soit le temps. Une étude irlandaise qui vient de paraître dans le Journal of Epidemiology and Community Health l'affirme : trente minutes de marche rapide trois fois par semaine suffisent pour améliorer votre état de santé. Devant la difficulté d'arriver à faire trente minutes d'activité physique au moins cinq jours par semaine, le Docteur Mark Tully et ses collègues de l'université d'Ulster (Irlande du Nord) ont cherché à savoir si faire moins de sport que les recommandations habituelles était tout aussi bénéfique pour la santé en général et celle du cœur en particulier.

Ils ont donc recruté 106 adultes sédentaires d'âge moyen à qui ils ont demandé : soit de faire de la marche rapide pendant trente minutes trois fois par semaine, soit le même exercice mais cinq fois par semaine, soit de ne rien changer à leurs habitudes de vie. Après douze semaines, les chercheurs ont mesuré la tension, le tour de taille et de hanche des volontaires. Tous ces paramètres avaient diminué dans les deux groupes de marcheurs, mais n'avaient pas changé chez les non-marcheurs. Bonne nouvelle pour les aficionados de la marche nordique (avec bâtons de ski) qui est émergente en France et dont le nombre de pratiquants en Europe s'élève à deux millions !



FRONTALIERS TRAVAILLANT EN SUISSE

Des garanties équivalentes à la Sécurité Sociale

Un régime adapté est proposé par la Mutuelle des Frontaliers et Internationaux aux résidents sur le territoire français et travaillant en Suisse.

“Certains travailleurs frontaliers nous quittent car pendant le régime d'assurés à la Sécurité Sociale en travaillant en Suisse, ils s'imaginent perdre également le droit au bénéfice d'une mutuelle, alors que nous sommes tout à fait aptes à nous substituer à la Sécurité Sociale afin qu'ils conservent tous leurs droits”, explique Isabelle Gudin, conseillère mutualiste. Effectivement, les nouveaux travailleurs frontaliers ne peuvent plus prétendre à la Sécurité Sociale à titre immédiat. L'office cantonal de la maladie donne soixante jours pour choisir la couverture frontalière en France ou en Suisse, avant de les mettre d'office à l'Assurance Maladie Suisse qui coûte plus de quatre cents francs Suisse, avec de grosses franchises imposées et pas de soin dentaire ou optique. Grâce à une couverture spécifique, la Mutuelle des Frontaliers et Internationaux se substitue à la Sécurité Sociale et propose conjointement les garanties de la mutuelle en tant que complémentaire. “Étant donné la proximité de nos agences de Thonon, Annemasse et Ferney-Voltaire, les remboursements s'effectuent dans un temps très rapide. Il faut savoir qu'une visite chez le médecin coûte soixante francs suisses contre vingt-deux euros chez nous”, précise-t-elle. Le territoire des frontaliers est de plus en plus vaste : outre le bassin lémanique qui accueille toutes nationalités, il s'étend jusqu'à Annecy qui va bénéficier de l'autoroute dès le début de l'année 2008. ■



INFORMATIONS PRATIQUES POUR LES FRONTALIERS

À faire figurer sur vos feuilles de soins :

- Les renseignements concernant l'adhérent principal, le bénéficiaire et sa date de naissance, votre adresse, votre numéro d'adhérent doivent être mentionnés ainsi que votre signature.
- Pour les soins courants, le médecin doit faire apparaître clairement sur la feuille de soins ou la facture acquittée la cotation Sécurité Sociale correspondant aux actes effectués.
- Lors de l'achat de pharmacie ou d'appareillage, ne pas omettre de coller les vignettes sur les feuilles de soins et de joindre l'ordonnance ou le duplicata si renouvellement. Sachez que vous pouvez demander éventuellement le tiers payant auprès de votre pharmacien pour éviter l'avance de frais.
- Joindre :
Pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes, l'entente préalable accordée par nos soins avec la prescription médicale correspondante.
Pour les autres auxiliaires médicaux, la prescription ou la copie en cas de soins sur plusieurs dates.
- Les factures suisses doivent comporter les cotations Tarmed ou Lamal obligatoirement et être acquittée.



La bonne santé passe par une nutrition saine.

Un réseau pour la santé...

Le réseau éducation santé Rhône-Alpes a pour mission de promouvoir l'éducation pour la santé dans les 8 départements de la région. À ce titre, il développe de nombreuses actions dont certaines concernent l'alimentation, la nutrition et l'éducation nutritionnelle. À travers un site dédié aux professionnels qui recherchent des informations sur l'éducation nutritionnelle, le réseau propose un accès aux ressources régionales (outils, documentation, structures ressources, etc) disponibles dans ce domaine. Une lettre électronique mensuelle proposée par le service de documentation du CRAES-CRIPS. Sur le site <http://education-sante-ra.org> un guide des ressources en information et éducation nutritionnelles est téléchargeable. Il s'adresse aux professionnels des secteurs sanitaire, social et éducatif investis dans des projets d'éducation nutritionnelle.

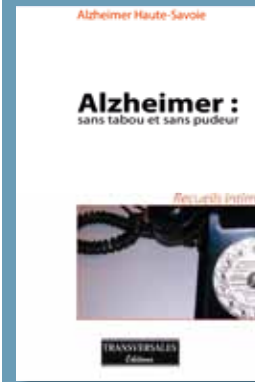
Il présente les documents édités dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) : brochures, guides, affiches, logiciels, guides, etc.) et précise les modalités pour les obtenir.

Dossier médical personnel plébiscité par les européens

Les médecins pourront désormais accéder à l'historique des remboursements sur les douze derniers mois de leur patient par l'intermédiaire de leur carte Vitale. Ce nouveau service “a pour but d'éviter les actes inutiles ou redondants” mais ne remplacera toutefois pas le dossier médical personnel, annonce la Caisse nationale d'assurance-maladie. Du côté des syndicats de médecins, on se montrait plus que prudent, ne souhaitant pas de confusion entre le médical et l'administratif. Par contre, selon un sondage réalisé récemment, en France, Grande-Bretagne, Espagne, Suède et Pologne, les européens sont favorables au dossier médical personnel (DMP). Un total de 86 % du “grand public” interrogé et de 88 % des médecins considéreraient le développement des technologies d'information et de communication (TIC) dans la santé comme “un progrès important”.



UN LIVRE, DES TÉMOIGNAGES



“Alzheimer, sans tabou et sans pudeur, recueils intimes”

Ce livre d'Alzheimer Haute-Savoie a été réalisé afin de décrire la réalité à voix haute sur le quotidien vécu par les familles. “Vous, familles ne pouvez mieux témoigner de ce que vous

endurez tous les jours aux côtés d'une personne malade. Combien de fois vous sentez-vous déroutées, démunies, fatiguées... Par le biais du service « téléphone de courtoisie », vous témoignez de ce quotidien pour vider votre cœur et repartir plus léger dans le chemin de l'accompagnement. Tout en respectant votre anonymat, nous avons décidé de collecter vos paroles et à travers la plume de Catherine Bigaut-Magnin, écrivain public et membre de l'association, elles ont été consignées dans un recueil de témoignages.”

Tél. : 04 50 51 49 14.

www.alzheimerhautesavoie.fr

Concours de nouvelles. TOUS À VOS PLUMES,

feutres, stylos, crayons, claviers car LE JOUR OU LE SOLEIL NE S'EST PAS COUCHE est arrivé. Et ça c'est une drôle de nouvelle, une nouvelle brûlante... UN VRAI CONCOURS de nouvelles fraîches et enlevées, organisé conjointement par la Mutuelle Familiale de Haute-Savoie, l'Union des Mutuelles de France Mont-Blanc et LCE74 (Liaisons des comités d'entreprises). Le concours est ouvert à tous les talents, de tout âge, mutualistes ou pas (et c'est la seule contrainte) résidant dans la région. Alors pour les plumitifs amateurs aux appétits livresques voulant participer à ce concours, il est demandé une copie inédite (en langue française, interlignée double, en recto seul, de huit pages maximum) de 12 000 signes typographiques (avec les blancs donc) en Times New Roman c.12. Et un titre ! Quant à ceux ou celles qui pour cause d'intempéries ou retard, n'auront pas déposé ou adressé leur texte en 3 exemplaires avant le 31/01/08, ils échapperont ainsi à l'approbation du jury. Celui-ci, constitué en comité de lecture, réunira un écrivain reconnu, un professeur de français et un bibliothécaire (liste non exhaustive). Il désignera les huit meilleures nouvelles qui seront publiées sous forme d'ouvrage. Gageons, que le thème “le jour où le soleil ne s'est pas couché” fera avant l'heure, couler beaucoup d'encre.



Adresse : LCE 74 BP 237 74006 Annecy Cedex

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Tel. : _____
 E-mail : _____
 Titre de la nouvelle : _____