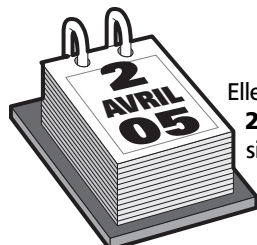




Mutuelle du Télégramme

# MUT'infos

N° 4 - FÉVRIER 2005



## Assemblée générale

Elle aura lieu le **samedi 2 avril 2005, à partir de 9 h 30**, au siège de l'entreprise, 7, voie d'accès au Port à Morlaix (salle de réunion des rotatives).

## Au 1<sup>er</sup> janvier, votre cotisation est passée de 1,40 % à 1,50 %.

2005 est la première année où la cotisation est révisable en janvier et en juillet.

(Décision de l'assemblée générale du 28 février 2004)

Edito

## Santé, sérénité et ... SOLIDARITÉ

En cette période propice aux vœux, recevez ceux de l'équipe de votre mutuelle :

**que les souhaits qui vous sont chers se réalisent !**

Pour ma part, je souhaiterais **beaucoup de sérénité et plus d'humanisme** dans ce monde perturbé, empreint d'individualisme, de turbulence et, hélas, de trop de violence.

À l'aurore de cette année 2005, les hommes font des bilans de tout ordre. Force est de constater que la course aux divers marchés - même celui de la Santé - engrange plus de productivité, parfois au détriment de l'humanité et, souvent, de la respectabilité. L'Homme prétendrait-il être le plus fort, voire le maître du Monde ?

Pourtant face au gigantesque drame touchant l'Asie du sud-est le 26 décembre dernier, les hommes doivent s'interroger quant à leur avenir ...

Dame Nature a durement frappé et lourdement endeuillé toute une région de notre planète, cette même planète déjà si menacée. Serait-ce un signal de sa part, nous appelant ainsi à **plus d'humilité et de solidarité**, face à un tel cataclysme ?

J'ose espérer que nous aurons cette intelligence et ce bon sens qui puissent inverser la tendance; celle-ci pouvant rétablir un certain ordre des choses qui garantisse de ce fait, à nos futures générations, un monde meilleur, plus égalitaire et durable ...

**Santé et bien-être à toutes et à tous.**

**Bloavezh mad !**

**Michel Buriens**

## La réforme de la Sécurité sociale : les premières mesures

Si vous êtes malade, fini la liberté totale d'aller consulter qui on veut quand on veut. Pour être remboursé correctement, il faudra désormais suivre un parcours « vertueux » : passer par le médecin traitant, donner accès à son dossier médical informatisé, acheter des médicaments génériques. Sans cela, il vous faudra payer plus cher tout en étant moins bien remboursé.

Ce sont les assurés sociaux qui supporteront l'essentiel des efforts financiers prévus par la réforme, en payant 1 euro par acte médical, franchise fixée tous les ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui pourra augmenter comme l'a fait le forfait hospitalier. Les enfants de moins de 16 ans, les femmes enceintes, du 4<sup>e</sup> mois de grossesse au 12<sup>e</sup> jour après la naissance, et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) en sont exonérés. Les cotisations CSG et CRDS seront désormais calculées sur 97% de votre salaire et non plus sur 95%. Si vous êtes retraité, le taux de la CSG prélevée sur votre pension passera de 6,2% à 6,6%. Le jour où vous serez hospitalisé, le forfait hospitalier qui était de 13 euros est passé à 14 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2005 et continuera à augmenter, 15 euros en 2006 et 16 euros en 2007. Les entreprises supporteront, elles, une hausse de 0,03% de la taxe additionnelle à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) pour celles dont le chiffre d'affaires est supérieur à 760.000 euros par an. Les médecins spécialistes seront autorisés à augmenter leurs honoraires lorsque les patients les consulteront directement. Les personnes en arrêt de travail ainsi que celles en ALD (affection longue durée) seront davantage suivies et contrôlées. Plus tard, en 2006, chaque carte Vitale sera munie de la photo de son détenteur. Tous les assurés devraient posséder, courant 2007, un dossier médical personnel (DMP) qui centralisera l'ensemble des données médicales les concernant.

## Quelles conséquences pour notre mutuelle ?

La réforme de la Sécurité sociale dessine un nouveau rôle pour les mutuelles; elles ne se contenteront plus de compléter mécaniquement les remboursements Sécu. Elles participeront en principe à la négociation d'accords nationaux ou régionaux avec les professionnels de la santé et les caisses d'assurance maladie; accords qui pourront porter sur des opérations de prévention ou de dépistage, ou bien encore sur l'organisation des soins. Ces mêmes mutuelles pourront éventuellement proposer à leurs adhérents de véritables prestations santé.

Par ailleurs, sous peine de sanctions financières, la mutuelle du Télégramme, comme les autres mutuelles

- ne pourra pas rembourser le forfait de 1 euro retenu sur chaque acte médical, ni prendre en charge les dépassements d'honoraires si vous consultez un spécialiste sans être passé par votre médecin traitant;
- devra inclure dans ses offres des prestations de prévention.

## Appel à candidatures pour le conseil d'administration et la commission de contrôle

Le conseil d'administration doit élire le tiers sortant et la commission de contrôle est à renouveler. Si vous voulez présenter votre candidature, vous avez jusqu'au **28 février** pour l'adresser, par écrit, au président Michel Buriens, 11, rue Anatole-Le Braz, 29600 Morlaix.

**Tiers sortant 2005** : Georges Aurégan (journalistes), Raymond Bothorel (retraités), Alain Boursier (ouvriers), Michel Buriens (ouvriers), Gérard Le Goff (ouvriers), Michel Laborde (cadres, Viamédia).

**Commission de contrôle** : René Baron (retraités), Jean-Luc Corvez (ouvriers), Hortense Labous (cadres, Viamédia), Jean-Michel Le Goff (cadres), Samuel Petit (journalistes).

## ■ À NOTER

### FORFAIT HOSPITALIER : inflation programmée

Le forfait hospitalier passe à 14 € par jour. Le 1<sup>er</sup> janvier 2006, il passera à 15 €, et à 16 € en janvier 2007. Depuis sa création en 1983, le forfait hospitalier, qui était alors de 3,05 €, a déjà augmenté de 312 %, soit cinq fois plus vite que l'inflation.

## ■ LES ÉCHOS

**DON DU SANG.** - En septembre 2004, 67 personnes ont effectué un don de sang. L'opération sera renouvelée en septembre 2005.

### CONFÉRENCE-DÉBAT SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.

- Elle a eu lieu le mardi 2 novembre, à l'Espace du Roudour, à Saint-Martin-des-Champs, en présence d'une trentaine de personnes. Animée par, entre autres, Mmes Monique de Saint-Jean, présidente de la Fédération nationale des comités féminins, et Nicole Lagarde, chef de service au CHU de Brest, avec la participation du médecin du travail, Mme Hourmant, cette réunion a parfaitement répondu aux attentes de toutes les personnes présentes.

## ■ CONSEILS et INFOS

**CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ.** - Chaque assuré social et les membres de sa famille (conjoint, enfant de 4 ans et plus) peuvent bénéficier d'un bilan de santé gratuit. Seule condition : ne pas avoir passé cet examen depuis moins de 5 ans.

Des fiches d'inscription sont à votre disposition à l'infirmerie du Télégramme.

Le centre d'examens de santé se situe à Saint-Brieuc, 2, rue Notre-Dame, BP 4227, 22042 Saint-Brieuc Cedex 2, tél. 02.96.33.24.69.

## ■ PRÉVENTION

### L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE recommande le DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Dosage du PSA\* et toucher rectal tous les ans dès 50 ans et jusqu'à 75 ans (dès 45 ans si risque familial ou ethnique)

\* Antigène prostatique spécifique

**LES CANCERS COLORECTAUX** sont au 1<sup>er</sup> rang des cancers (15 à 20 % de tous les cancers). Le dépistage de masse s'adresse aux 12 millions de personnes en France sans facteur de risque de cancer colorectal et qui, parce qu'elles sont âgées de 50 ans et plus, présentent un risque moyen de développer la maladie. La pratique à grande échelle de L'HÉMOCCULT (test de recherche de saignement occulte dans les selles) tous les 2 ans pourrait faire diminuer la mortalité par cancer colorectal de la population soumise à dépistage de 15 à 20 %, à condition que le taux de participation soit élevé lors de la première campagne (plus de 50 %) et que les sujets continuent de participer massivement aux campagnes successives, et que la quasi-totalité des sujets avec un test positif aient une coloscopie.

## ■ HORAIRES DU SECRÉTARIAT

MARDI : de 8 h 15 à 12 h 15 et de 13 h 30 à 16 h 30  
MERCREDI : de 8 h 15 à 12 h 15  
JEUDI : de 13 h 30 à 16 h 30  
VENDREDI : de 8 h 15 à 12 h 15

☎ 02.98.63.36.02

mutuelle@bretagne-online.com

**CONGÉS D'HIVER** : le secrétariat de la mutuelle sera FERMÉ du lundi 21 au lundi 28 février inclus.

## Médecin référent

La réforme de l'assurance maladie prévoit le choix par les assurés sociaux de plus de 16 ans, depuis le 1<sup>er</sup> janvier, d'un médecin traitant qu'ils devront consulter avant d'aller voir tout autre praticien, sous peine de risquer une diminution de leurs remboursements.

Conjuguée à la généralisation du dossier médical personnalisé (DMP), à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, cette mesure est censée permettre à l'assurance-maladie de dégager un milliard d'euros d'économies annuelles.

Concrètement, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) va envoyer une lettre à chaque assuré, "une sorte de mode d'emploi qui lui permettra de choisir son médecin traitant". D'ici au 1<sup>er</sup> juillet 2005, vous devrez avoir choisi votre médecin traitant et communiqué son nom à votre caisse d'assurance maladie.

Avant d'aller voir un spécialiste, vous devrez obligatoirement consulter ce médecin. Il sera chargé de **coordonner les soins dont vous aurez besoin** et de **vous diriger au sein du système de santé**. Si vous vous adressez directement à un spécialiste, vous paierez plus cher et serez moins bien remboursé, sauf si vous avez une affection chronique ou si vous êtes en maladie de longue durée.

### ? Quel médecin traitant choisir ?

En règle générale, ce sera plutôt un généraliste, que l'on appelle habituellement "médecin de famille". Mais dans certains cas (fixés par décret), ce pourra être un médecin spécialiste (ont notamment été cités les ophtalmologistes, les pédiatres, les gynécologues). Vous pourrez également choisir un médecin qui exerce dans un centre de santé ou dans un hôpital.

### ! Une bonne idée pervertie

Un médecin coordonne les soins dont nous avons besoin et nous aide dans une démarche de prévention. L'idée n'est pas nouvelle. Cette mesure figurait parmi les 25 propositions de la Mutualité pour la réforme de la Sécu.

Mais, en sanctionnant les patients qui consulteraient directement un spécialiste, la réforme a réduit cette mesure à sa seule dimension économique, ce qui la dénature complètement. Elle aboutit ainsi à institutionnaliser une médecine à deux vitesses, selon que le patient aura ou non les moyens de payer les dépassements d'honoraires des spécialistes consultés directement. Lesquels pourraient en retour être tentés de favoriser les patients payant le prix fort.

## Le trou de la Sécu a la cote à Wall Street

De l'Etat aux banques, en passant par les marchés financiers, chacun trouve son compte dans le déficit de l'assurance maladie. Une dizaine de grandes banques, de divers pays, se sont rapidement portées volontaire, en août 2004, pour financer les 35 milliards d'euros de déficit pour la période 2002-2004 et les 15 milliards de déficit anticipé pour les exercices 2005-2006.

Leur interlocuteur dans cette transaction est la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale), un établissement public et administratif inventé par Alain Juppé dans la foulée de son plan de réforme de l'Assurance maladie, en 1995. Sa mission : apurer les 38,11 milliards d'euros de dettes accumulées par la Sécu entre 1991 et 1995 et les 2,9 milliards prévisionnels pour 1996. La mécanique, prévue pour durer 13 ans, est alimentée par la CRDS (Contribution au remboursement de la dette sociale).

En 1997, la Cades prend en charge les découverts de 1996 et 1997, soit 11,43 milliards d'euros, plus 1,83 milliard au titre de 1998. Sa durée de vie s'allonge de cinq ans, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2014. La Cades a hérité aussi des dettes du Forec (Fonds de financement des exonérations de charges sociales patronales) : 1,3 milliard d'euros en 2003 et probablement 1,1 milliard en 2004.

Lorsqu'il y a un déficit de la Sécurité sociale, le gouvernement présente la note à la Cades. En septembre dernier, par exemple, elle a versé 10 milliards d'euros.

Pour financer ces versements la Cades se tourne vers les banques et contracte un emprunt à court terme, commissions bancaires à la clé. Dans un deuxième temps, elle lance des obligations sur les marchés financiers afin de s'acquitter de cet emprunt. Là encore, ce sont les banques qui placent ces obligations.

La Cades n'a jamais eu de difficulté à trouver des prêteurs : l'Etat garantit sa solvabilité. La Cades n'hésite pas à prospecter les marchés étrangers. Elle offre aussi un taux supérieur à celui d'un emprunt d'Etat : entre 0,05 et 0,1% en plus, ce qui paraît peu, mais comme les sommes en jeu dépassent désormais les 100 milliards d'euros...

40% des sommes empruntées le sont sur le marché international. Le trou de la Sécu peut donc être coté à Wall Street ou à Hong Kong !

Ainsi va la loi des marchés et de la globalisation financière. Quant à la Cades, elle s'en tient à son seul engagement : rembourser le capital investi par les détenteurs d'obligations. Et pour cela elle dispose d'une garantie financière inépuisable : la CRDS.

(D'après Viva, N° 194, novembre 2004)