Mut' infos

N° 31 Janvier 2022

Edito

Les enjeux de 2022

Chère adhérente,
cher adhérent,

Espérant que vos familles et vous-même avez traversé sans trop de problèmes cette année marquée par la pandémie, et que 2022 verra une amélioration de la situation, tout le conseil d'administration de votre mutuelle se joint à moi pour vous souhaiter une bonne et heureuse année.

Nous avons dû augmenter les cotisations 2022 pour des raisons de fonctionnement interne. En effet, les cabinets d'expert-comptable et de commissaire aux comptes ont revu leur rémunération à la hausse, en raison des contrôles financiers plus exigeants (blanchiment d'argent, financement du terrorisme...). Mais nous serons contraints, dans les années suivantes, d'adapter les cotisations à l'évolution des dépenses pour ne pas laisser dériver le déficit.

Nous nous efforcerons de continuer à faire fonctionner notre mutuelle, qui propose encore des tarifs attractifs pour des prestations de qualité.

Autre sujet de préoccupation qui touche les complémentaires santé, une proposition de quatre scénarios que vous trouverez en page 2 ; on y détaille les différents dosages envisageables entre la Sécurité sociale et les complémentaires santé ; et l'existence de ces dernières est en jeu ! Nous verrons si ce sujet est abordé pendant la campagne présidentielle par les différents candidats.

Maryvonne Calcine

Mutuelle Le Télégramme

« Grande Sécu » : un ballon d'essai ?

A la demande du ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a élaboré quatre scénarios portant sur l'assurance maladie obligatoire et sur l'assurance complémentaire santé (les mutuelles).

L'option la plus radicale est l'absorption des régimes complémentaires par une Sécurité sociale universelle. Cette idée d'une « Grande Sécu » est, depuis la mi-novembre, un objet de débat dans les médias et de vives réactions de la part des mutuelles, des sociétés d'assurances et des instituts de prévoyance. La concrétisation d'un tel projet pourrait se traduire par une étatisation du système de santé. S'agit-il d'un ballon d'essai en direction de l'opinion publique en vue des prochaines élections ? D'un projet de réforme complète du système de santé aux conséquences, pour l'heure, encore peu lisibles ?

Le choix qui pourrait être fait entre ces différents scénarios, quel qu'il soit, requiert notre attention en tant que mutuelle, aussi modeste soit notre taille parmi les mastodontes de la complémentaire santé au plan national.

(à suivre, page 2)

Meilleurs vœux pour 2022

Les quatre scénarios de réforme du Haut conseil à l'assurance maladie

1 - Statu quo et modifications à la marge

Le premier scénario de réforme prévoit de maintenir l'architecture actuelle du système et d'apporter quelques corrections ponctuelles. Par exemple, un mécanisme de type bouclier sanitaire permettrait de plafonner le montant annuel du reste à charge des ménages.
Toujours dans le cadre de ce premier scénario, le HCAAM suggère de simplifier et harmoniser les règles de participation financière des patients sur les soins de ville et à l'hôpital.
L'idée est de réduire la diversité des taux de remboursement, ou de forfaitiser la participation financière des patients à la dépense hospitalière.
Troisième piste de réforme, la modification du seuil d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire pour élargir son champ d'application. Il s'agit ici de relever le seuil d'éligibilité à la C2S au-delà d'un certain âge.

2 - la Grande Sécu

Étendre le champ d'intervention de la Sécurité sociale consisterait, selon le HCAAM, à généraliser le dispositif des affections de longue durée à l'ensemble des patients et prises en charge. L'idée est d'introduire de la progressivité, en fonction des revenus de chacun, dans le financement du système de santé et de rendre la couverture plus accessible en fonction des besoins de chacun, sans avoir besoin de recourir à une complémentaire santé.
Concrètement, le HCAAM envisage la suppression de tous les tickets modérateurs qui seraient pris en charge par la Sécurité sociale.
A l'hôpital, la Sécu prendrait en charge le forfait de 24 €, le forfait journalier hospitalier et le forfait de passage aux urgences (18 €). En revanche, la chambre particulière serait toujours prise en charge par les complémentaires santé. Pour les autres participations financières à l'hôpital, le HCAAM évoque la création d'une *« franchise annuelle forfaitaire »*.
Concernant l'optique, le dentaire et les audioprothèses, la Sécurité sociale ne prendrait en charge que les actes du panier 100% santé, de façon intégrale, ainsi que le panier maîtrisé pour le dentaire.
Quid des organismes complémentaires ? Leur champ d'intervention serait réduit aux exigences particulières des patients.
Comment financer la Grande Sécu ? Pour financer l'augmentation des dépenses prises en charge, il conviendrait d'augmenter les prélèvements obligatoires, en s'appuyant sur plusieurs sources. Les cotisations patronales pourraient augmenter, d'autant plus que la participation des employeurs au financement des primes d'AMC (assurance maladie complémentaire) disparaîtrait. La CSG pourrait également être mise à contribution.

3 - Assurance complémentaire universelle

Ce scénario envisage une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée. Cela consiste à aller au bout de la logique de la généralisation de la complémentaire santé. Toute personne résidant en France devrait avoir une complémentaire. Cela conduirait inévitablement à la normalisation des contrats y compris sur les tarifs. Le HCAAM envisage plusieurs types d'encadrement, avec la possibilité de proposer des tarifs réduits pour les jeunes et les retraités. Les complémentaires deviendraient des délégataires de gestion de l'Etat, comme c'est le cas au Pays-Bas, en Suisse ou en Slovaquie. Le seul terrain de liberté pour les complémentaires serait celui des services et des sur-complémentaires.

4 - L'assurance supplémentaire

Dans ce scénario, les assureurs ne viennent plus compléter un remboursement de l'assurance maladie mais interviennent seuls dans certains domaines comme l'optique, le dentaire ou l'audioprothèse, certains médicaments et les dépassements d'honoraires. Ils deviennent des assureurs supplémentaires et ce serait la fin du co-paiement puisqu'il y aurait un panier de soins public et un panier privé. Dans ce scénario, les acteurs privés auraient plus de liberté pour contractualiser directement avec les professionnels de santé. Les assurés seraient libres de s'assurer ou non et le cadre règlementaire de l'assurance complémentaire pourrait être simplifié. Ce scénario s'inspire du modèle canadien, australien ou chilien. Dans un tel scénario, les auteurs du HCAAM pointent le risque de l'augmentation des inégalités d'accès aux soins.

DMLA : n'attendez pas pour la dépister !

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), se caractérise par des déformations visuelles qui peuvent aboutir à l'apparition d'une tache noire au centre de la vision. Elle peut affecter la vue des patients après 50 ans. Dès l'apparition des symptômes, il est conseillé de consulter, même en période d'épidémie.

Durant le premier confinement, les ophtalmologistes s'étaient déjà inquiétés de la baisse significative du nombre de consultations. Conséquence ? Un retard de traitement pour les patients, d'après une étude publiée en mars 2021, entraînant une progression de la DMLA et une déficience visuelle chez les patients.
Si vous souffrez de déformations visuelles ou si vous voyez apparaître une tache noire lorsque vous fixez votre regard, il s'agit peut-être de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Dans ce cas, n'attendez pas pour consulter un ophtalmologiste : des traitements existent, mais il faut agir vite.
25 à 30% des plus de 75 ans sont concernés par la DMLA (Inserm).

La DMLA, un handicap au quotidien

La baisse des capacités visuelles a un impact non négligeable sur la qualité de vie des patients atteints de DMLA. Durant *Les Journées de la DMLA* qui ont eu lieu fin novembre, le grand public a pu prendre rendez-vous chez les ophtalmologistes (libéraux et hospitaliers) participant à l'opération pour bénéficier d'un dépistage. Ces derniers ont effectué un examen du fond d'œil, qui permettait de repérer les individus qui souffrent déjà d'une DMLA sans le savoir, ou dont le risque de développer la maladie est élevé. Les professionnels ont pu leur proposer, au plus tôt, un traitement et/ou des mesures préventives ainsi qu'un programme de surveillance adapté. Il s'agit d'éviter, dans la mesure du possible, la dégradation visuelle et les complications.

A qui s'adresse le dépistage ?

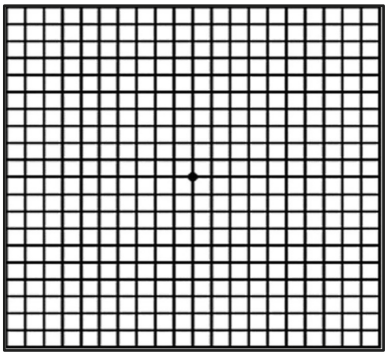
Le dépistage s'adresse en particulier à toute personne de 55 ans ou plus non suivie ou n'ayant pas bénéficié d'un examen depuis plus d'une année. Si vous fumez ou si vous avez des antécédents familiaux de DMLA, si vous êtes diabétique (type 1 ou 2). Le dépistage concerne tous les patients diabétiques n'ayant pas eu un suivi ophtalmologique depuis plus d'un an. Si les examens de dépistage révèlent des signes de DMLA, de maculopathie diabétique ou d'une autre maladie de la macula (occlusion veineuse rétinienne ou autre), un bilan plus approfondi doit être programmé.

Des traitements existent

L'arrivée en 2007 des anti-Vegf * a permis une amélioration de la forme humide de la DMLA. Jusqu'alors, les patients voyaient leur vision se détériorer en quelques semaines jusqu'à la perte de la vision centrale et le stade de cécité. Ces nouvelles molécules ont fait passer cette maladie du stade de « maladie incurable à maladie chronique », en stabilisant, voire en arrêtant la progression de la DMLA humide. Ces traitements consistent en des injections dans l'œil, et sont prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Marilyn Perioli (Viva)

* Les anti-VEGF constituent les traitements les plus récents de la néovascularisation choroïdienne compliquant la DMLA. Leur mode d'administration est l'injection intra vitréenne. Différentes études cliniques ont validé l'intérêt de ces produits. Cependant, les modalités de surveillance par examen complémentaire de l'efficacité de ces traitements n'ont pas été définies par ces mêmes études cliniques.



Le test de la grille d'Amsler permet de détecter une DMLA. En tenant la grille d'Amsler au niveau de son œil, à une distance de lecture confortable, et en fixant le point central, les patients atteints voient des lignes déformées, interrompues ou brisées, parfois des zones floues ou aveugles. Il est dans ce cas urgent de contacter son médecin.

Le BCG célèbre ses 100 ans

Le vaccin français bilié de Calmette-Guérin a été injecté à un humain pour la première fois en 1921. Retour sur l'histoire du BCG, qui a sauvé des millions de vie en un siècle.

Au début du XXe siècle, la tuberculose était la première cause de mortalité chez les enfants et la première chez les adultes par maladie infectieuse. Rien qu'en France, elle causait la mort de 100.000 à 200.000 personnes par an. L'arrivée du vaccin bilié de Calmette-Guérin (BCG), il y a tout juste 100 ans, a changé l'histoire de la médecine et sauvé des millions de vie.

De tous les vaccins, le BCG est aujourd'hui le plus administré au monde. Sa mise au point a nécessité vingt ans de travaux. Tout commence en 1895. Albert Calmette, un biologiste et médecin français, prend la direction de l'Institut Pasteur de Lille. Deux ans plus tard, il est rejoint par le vétérinaire Camille Guérin.

Immunité liée à des bacilles vivants

Ensemble, à partir de 1900, les deux scientifiques commencent des recherches sur le mécanisme de l'infection par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis,* dite bacille de Koch, responsable de la tuberculose. En 1906, Camille Guérin établit que l'immunité contre la maladie est liée à des bacilles tuberculeux vivants présents dans le sang. Il veut alors vérifier, chez les animaux d'abord, si cette immunité se développe également après une injection de bacilles tuberculeux atténués de bovins.
En 1912, les deux chercheurs récupèrent une souche bovine inoffensive : ce bacille prend le nom de bilié de Calmette-Guérin (BCG), en référence à la bile de bœuf utilisée pour en atténuer la virulence. Après la Première Guerre mondiale, ils commencent à tester un vaccin conçu à partir de la souche biliée. Celui-ci est inoculé pour la toute première fois, le 18 juillet 1921, à un nouveau-né dont la mère est morte de la tuberculose. Il est sauvé.
Si le vaccin porte le nom des deux scientifiques, ils refusent de déposer le brevet de leur découverte pour faciliter sa diffusion au plus grand nombre partout dans le monde.
A partir de 1924, en France, puis dans d'autres pays, des campagnes de vaccination massives, parfois obligatoires, sont organisées. Outre le centenaire de sa création, le vaccin BCG fait de nouveau parler de lui en pleine pandémie de Covid-19. Des premiers travaux de recherche ont montré qu'il pourrait contribuer à limiter les formes sévères de la maladie. Mais à ce stade, les experts restent encore, pour le moment, très prudents.

Alexandra Luthereau (Viva)

Pratique

Vous voulez contacter les élus du conseil d'administration :

- Par courrier électronique :
administration@mutuelle-letelegramme.fr
en précisant vos coordonnées.

- Par courrier postal :
Mutuelle Le Télégramme
11, rue Anatole-Le-Braz
29600 Morlaix.

Par téléphone :
07 87 24 43 86

Pour les prestations :
contact@mutuelle-letelegramme.fr
Alptis : 04 72 36 16 20

RMA (assistance) :
02 40 35 08 53
ou 09 69 32 96 91

Cotisations.
Pensez à alimenter votre compte bancaire avant la date du prélèvement de votre cotisation.

Adresse internet. Si ce n'est déjà fait, transmettez-nous votre adresse internet. En cas de changement, n'oubliez pas de nous communiquer votre nouvelle adresse.