

SOMMAIRE
DE L'ÉDITION
SPÉCIALEUN PLAN DE
REDRESSEMENT
DE 3,6 MILLIARDS
D'EUROS

page 2

LE COMMUNIQUÉ
DE PRESSE
DE LA MUTUALITÉ
FRANÇAISE

page 3

LE TEXTE INTÉGRAL
DU PROTOCOLE
SIGNÉ ENTRE
LE GOUVERNEMENT
ET LA MUTUALITÉ
FRANÇAISE

page 4

A LIRE AUSSI :
LES NÉGOCIATIONS
SUR LE SECTEUR
OPTIONNEL PASSENT
UN CAP

page 5



Assurance maladie : les mutuelles mises à contribution

Le gouvernement a annoncé le mardi 29 juillet que les complémentaires seront soumises en 2009 à une « contribution de solidarité » de 1 milliard d'euros pour redresser l'assurance maladie obligatoire. Dans un protocole signé avec la Mutualité française, les ministres de la Santé et du Budget tirent les leçons de ce recours inédit aux ressources mutualistes. Ils prennent une série d'engagements pour moderniser le système de santé.

Les mutuelles au secours de la « Sécu » ! Le gouvernement vient de boucler au milieu de l'été son nouveau plan de redressement de l'assurance maladie obligatoire en mettant à contribution les complémentaires santé. Objectif : réduire d'environ 3,6 milliards d'euros le déficit de la branche maladie en 2009 (lire aussi page 2). Début juillet, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) avait proposé une série de mesures d'économies ([lire Afim n° 3286 du 7 juillet 2008](#)). Mais le gouvernement a estimé leur rendement insuffisant.

Les mesures annoncées le mardi 29 juillet épargnent – en apparence – les assurés sociaux, en écartant toute hausse du ticket modérateur. Une telle mesure aurait été très impopulaire, quelques semaines après la

tempête déclenchée par le directeur général de la Cnam, Frédéric van Roekeghem, qui voulait baisser les remboursements des malades en affection de longue durée (ALD).

« Les organismes complémentaires santé seront [...] appelés à conforter le financement solidaire de l'assurance maladie à travers une contribution de l'ordre de 1 milliard d'euros en 2009. »

Le gouvernement a donc décidé de se tourner vers les complémentaires santé, et en tout premier lieu vers les mutuelles et leurs adhérents. « *Les organismes complémentaires santé seront [...] appelés à conforter le financement solidaire de l'assurance maladie à*

travers une contribution de l'ordre de 1 milliard d'euros en 2009 », indiquent dans un communiqué le ministre de la Santé et le ministre du Budget. Pour Roselyne Bachelot et Eric Woerth, cette contribution « *permettra notamment de renforcer l'accès à la complémentaire santé des Français les plus modestes* ».

« CE TYPE DE MESURE NE MARCHE QU'UNE FOIS »

La Mutualité française a pris acte avec une certaine amertume de ces mesures qui, paradoxalement, sanctionnent la bonne gestion des mutuelles : « *Si nos organismes étaient gérés comme la*

Sécurité sociale, nous serions en faillite ! », ironise Jean-Pierre Davant. Le recours à une taxation des organismes complémentaires marque « *l'échec* » de la réforme de 2004, qui n'a pas su aller jusqu'au bout de sa logique de modernisation. ●●●

●●● Le président de la Mutualité française ne nie pas que des mutuelles aient « quelques marges de manœuvre » : cela est dû, pour l'essentiel, à une anticipation des futures règles européennes de solvabilité, qui ont finalement été ramenées à un niveau plus raisonnable. Mais, avertit Jean-Pierre Davant, « ce type de mesure ne marche qu'une fois ».

C'est pourquoi la Mutualité française a demandé – et obtenu – du gouvernement qu'il tire les leçons de la contribution inédite des mutuelles au renflouement de l'assurance maladie obligatoire. C'est le sens du protocole signé le 28 juillet entre les deux ministres et Jean-Pierre Davant (lire page 4). Un bureau exceptionnel de la FNMF avait au préalable débattu de ce texte et l'avait amendé.

Le protocole comprend une première partie où le gouvernement justifie sa volonté de faire participer « tous les acteurs » à « l'effort de redressement ». Roselyne Bachelot entérine les propositions de l'assurance maladie et des partenaires sociaux, insistant au passage sur la « coordi-

Sur Internet

Le site Internet de la Mutualité française, www.mutualite.fr, a mis en ligne une présentation grand public du nouveau plan de redressement de l'assurance maladie. Les sites Internet des mutuelles peuvent disposer de cet article via Mutweb, portail « Information & Communication », site « Animation Internet ».

nation harmonieuse et responsable» qui doit exister entre les régimes obligatoires et complémentaires.

« PARTENARIAT NOUVEAU ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LA MUTUALITÉ

La seconde partie du document porte sur le « partenariat nouveau » que le gouvernement entend instaurer entre l'assurance maladie et la Mutualité, dont « la mission essentielle » dans notre système de santé est ainsi reconnue. Premier engagement des pouvoirs publics : la mise en place effective d'un fonctionnement tripartite, qui permettra aux organismes complémentaires de négocier avec les professionnels de santé aux côtés des régimes obligatoires.

Les premières avancées obtenues sur le secteur optionnel des spécialistes montrent l'intérêt, pour les assurés sociaux, d'associer les organismes complémentaires aux discussions conventionnelles (lire aussi page 5). Dorénavant, précise le protocole, « les négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ou les offreurs de soins associeront

[...] la Mutualité et les organismes complémentaires santé en tant que co-payeurs ».

Ce nouveau partenariat entrera en application « en priorité dans les secteurs, comme les frais d'optique et les soins dentaires », où les complémentaires « assurent un niveau important de prise en charge et entendent développer leurs outils de régulation ». Comme le rappelle Jean-Pierre Davant, la Mutualité ne revendique pas, contrairement à d'autres, la gestion intégrale de l'optique et du dentaire, car cela contribuerait à « démedicaliser » ces soins.

Les points principaux du protocole signé entre le gouvernement et la Mutualité sont commentés dans un communiqué de presse diffusé le 29 juillet (lire page 3). On retiendra, en particulier, l'accent mis sur la réduction des inégalités d'accès aux soins, imputables aux dépassements d'honoraires, et le développement de nouveaux modes de rémunération des médecins, adaptés au suivi des pathologies chroniques. Enfin, le texte prévoit l'accès des mutuelles aux données de remboursement, dans le strict respect de l'anonymat.

UN PLAN DE REDRESSEMENT DE 3,6 MILLIARDS D'EUROS

Le plan de redressement de l'assurance maladie obligatoire, annoncé le 29 juillet par le gouvernement, se compose de mesures d'économies ou de nouvelles recettes, pour un total d'environ 3,6 milliards d'euros. Tout d'abord, les ministres de la Santé et du Budget tablent sur les propositions faites par l'assurance maladie au début du mois de juillet. Mais alors que la Caisse nationale chiffrait leur rendement à 2,8 milliards pour 2009, le gouvernement limite leur impact à « environ 2 milliards d'économies ».

« Pour retourner progressivement à l'équilibre d'ici 2011 », les pouvoirs publics ont donc jugé nécessaire d'opérer « un redressement supplémentaire de 1,6 milliard d'euros pour 2009 ». Le premier milliard sera produit par la nouvelle contribution

sur les complémentaires. Dans le cadre du projet de loi de financement de la « Sécu », un prélèvement social sera aussi instauré sur les sommes distribuées par les entreprises dans le cadre de l'intéressement et de la participation. Cette mesure devrait rapporter 300 millions d'euros à l'assurance maladie. Enfin, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) reversera 300 millions d'euros à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

Le déficit prévisionnel du régime général est estimé à – 4,1 milliards d'euros en 2008 et à – 6 milliards en 2009. Avec ce nouveau train de mesures, le gouvernement espère le ramener en dessous de la barre des 3 milliards d'euros en 2009.

P. L.

« L'ARGENT SORT TOUJOURS DE LA POCHE DES FRANÇAIS »

Tout au long de la journée du 29 juillet, Roselyne Bachelot, Eric Woerth et Jean-Pierre Davant se sont succédé dans les médias pour commenter ce dispositif. Les deux membres du gouvernement ont ouvert la journée par une interview commune dans *Le Parisien/Aujourd'hui*. La ministre de la Santé y justifie la mise à contribution des complémentaires en expliquant que l'augmentation du nombre de patients en ALD a réduit leurs remboursements.

Au cours de la journée, Roselyne Bachelot a usé d'expressions moins diplomatiques, parlant ainsi, sur France 2, du « matelas » des complémentaires. Le gouvernement a voulu qu'elles « reversent une

●●● partie de leurs bénéfices à l'assurance maladie. C'est normal, puisque c'est la prise en charge de l'assurance maladie qui leur a permis des rentrées d'argent», a-t-elle aussi affirmé sur l'antenne de France-Inter.

« Avec ce plan, nous avons voulu préserver le pouvoir d'achat des Français », a encore déclaré Roselyne Bachelot, lançant la formule : « Pas touche au ticket modérateur. » Jean-Pierre Davant lui a répondu sur RTL en expliquant que « les Français savent bien que l'argent sort de leur poche, que cela soit sous la forme de cotisations sociales, d'impôts ou de cotisations mutualistes ».

Le président de la Mutualité française a aussi été très ferme sur la vigilance qu'exercera le mouvement mutualiste sur l'ensemble des mesures annoncées par le gouvernement dans le protocole du

Cliquer ici
pour consulter
le communiqué
des ministres
de la Santé
et du Budget.

 [Imprimer cet article en format texte](#)

PAS DE RÉPERCUSSION IMMÉDIATE SUR LES COTISATIONS

La Mutualité française appellera ses mutuelles à ne pas répercuter la nouvelle taxation des complémentaires sur la cotisation de leurs adhérents. C'est le message qu'a martelé le président de la Mutualité française dans les médias, afin de répondre à l'inquiétude légitime des assurés sociaux. « Nous allons tout faire, dans cette terrible période, pour ne pas porter atteinte au pouvoir d'achat des ménages et ne pas répercuter sur nos cotisations cette taxation des mutuelles », a insisté Jean-Pierre Davant le 29 juillet sur RTL.

Invité sur le plateau du journal de 13 heures de France 2, le président de la Mutualité française a toutefois rappelé qu'il ne pouvait pas s'engager pour les années suivantes : « Une fois qu'on aura pris ce milliard d'euros [de contribution], nous n'aurons plus de marges », a-t-il indiqué.

Ph. R.

28 juillet : « Nous allons veiller à ce que ces engagements soient respectés », a-t-il souligné sur BFM. Les décisions du gouvernement devront se traduire en actes dès l'avant-projet

de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2009...

 [Pascal Lelièvre, Philippe Rémond et Ghislaine Trabacchi](#)

EN DIRECT du service de presse

Réaction de la Mutualité française aux mesures proposées par le gouvernement pour redresser l'assurance maladie obligatoire

Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française, prend acte des mesures proposées par le gouvernement pour redresser l'assurance maladie obligatoire.

La Mutualité française n'approuve pas la mise en place d'une contribution supplémentaire qui pénalise lourdement les mutuelles. Mais, conscientes des difficultés de leurs adhérents et soucieuses de préserver leur pouvoir d'achat, elles mettront tout en œuvre pour atténuer les effets de cette taxation supplémentaire.

La Mutualité française regrette, une fois de plus, qu'en 2004, le gouvernement n'ait pas pris en compte ses propositions, qui auraient permis de moderniser l'organisation de la distribution des soins en France. Il n'est plus possible, compte

tenu de l'évolution des besoins de santé de nos concitoyens et des formidables progrès de la science médicale, de gérer le système de la même manière qu'il y a soixante ans. Cette situation conduit, inéluctablement, aux graves problèmes que rencontre une nouvelle fois l'assurance maladie obligatoire et il n'est plus question de céder devant les corporatismes et les idéologies passéistes.

De ce point de vue, les engagements que prend, dans son plan, le gouvernement avec :

- la mise en place de négociations tripartites,
- les limitations des dépassements d'honoraires,
- une meilleure prise en charge des maladies chroniques,
- l'évolution des modes de

rémunération des professionnels de santé,

- l'accès anonymisé aux données de remboursement pour les mutuelles, sont une première étape plus que jamais nécessaire à la modernisation de notre système de santé et à l'obligation de ne plus transmettre les déficits actuels aux générations futures.

La Mutualité française veillera à ce que ces mesures soient concrétisées dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009. Dans le cas contraire, elle s'engage à mobiliser les 38 millions de Français qui lui font confiance, pour dénoncer ce qui n'aurait été alors que la mise en place d'un nouvel impôt.

*FNMF. Service de presse.
Christelle Cros. Tél. : 01 40 43 63 26.
Mél. : ccros@mutualite.fr*

Le texte intégral du protocole

Voici le texte intégral du protocole signé le 28 juillet entre Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, Eric Woerth, ministre du Budget, et Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité française.

Les Français sont très attachés à leur système d'assurance maladie, ainsi qu'à la prise en charge solidaire des frais de santé qu'il permet et à l'accès aux soins qu'il garantit. Or l'assurance maladie est dans une situation financière difficile. Elle est en déficit depuis vingt ans. L'accumulation des dettes menace son avenir.

Pour sauvegarder notre système solidaire de santé, équilibrer durablement l'assurance maladie et garantir une bonne couverture de nos dépenses de soins, une action résolue doit être engagée.

Le gouvernement appelle tous les acteurs à contribuer à l'effort de redressement de l'assurance maladie.

Tous les acteurs du système de santé doivent se mobiliser en ce sens : l'Etat, les caisses d'assurance maladie, les organismes complémentaires santé, les professionnels et établissements de santé ainsi que les assurés sociaux.

Les régimes d'assurance maladie ont proposé d'accroître l'efficacité de notre système de soins, notamment en développant des stratégies de prévention, en infléchissant la consommation de soins, produits ou prestations dont la justification médicale est discutable ou en modifiant les prix dans des secteurs où les tarifs apparaissent comme trop élevés. Le gouvernement soutient ces propositions. La Mutualité souhaite que des dispositions de régulation efficaces en vue d'un effort partagé soient enfin mises en œuvre.

 [Imprimer cet article en format texte](#)

En outre, le gouvernement partage la préoccupation exprimée par les partenaires sociaux, comme par la Mutualité, de sécuriser le financement de l'assurance maladie en élargissant son assiette aux revenus qui sont actuellement exonérés de prélèvements sociaux. Le gouvernement veillera également, comme l'y invitent les organisations syndicales, à ce que le coût de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, actuellement supporté par l'assurance maladie, soit pris en charge de manière plus équilibrée par la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Ces évolutions doivent s'accompagner d'une coordination harmonieuse et responsable entre les régimes de base d'assurance maladie et les organismes complémentaires santé sur la gestion du risque comme sur le financement des dépenses de santé.

Le gouvernement demande donc aux organismes complémentaires santé de conforter le financement solidaire de l'assurance maladie à travers une contribution de solidarité de l'ordre d'un milliard d'euros en 2009. Cette contribution permettra notamment de dégager des moyens pour faciliter l'accès à la complémentaire santé des Français les plus modestes.

Les mutuelles feront leurs meilleurs efforts, dans le contexte européen actuel, pour ne pas répercuter cette contribution dans les cotisations de leurs adhérents, dès lors qu'elles seront associées plus étroitement à la gestion du risque santé et que les règles d'organisation du système de soins évolueront.

L'assurance maladie et la Mutualité s'engagent dans un partenariat nouveau.

Le gouvernement souhaite en effet qu'un nouveau partenariat soit ins-

tauré entre l'assurance maladie et la Mutualité, car elle remplit, aux côtés de l'assurance maladie obligatoire, une mission essentielle dans notre système de santé.

C'est pourquoi les négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ou les offreurs de soins associeront dorénavant la Mutualité et les organismes complémentaires santé en tant que copayeurs, en priorité dans les secteurs, comme les frais d'optique ou les soins dentaires, où ces derniers assurent un niveau important de prise en charge et entendent développer leurs outils de régulation.

L'accès des organismes complémentaires santé aux données de remboursements sera désormais ouvert, dans le respect de l'anonymat qui doit être garanti aux assurés.

Afin d'assurer une prise en charge continue et de meilleure qualité des patients atteints de maladies chroniques, un partenariat sera mis en place entre l'assurance maladie et la Mutualité.

De la même manière, la logique du parcours de soins et du médecin traitant sera confortée par le développement de modes de rémunération plus adaptés au suivi des pathologies chroniques, auxquels la Mutualité sera associée comme copayeur.

Enfin, pour répondre aux préoccupations des assurés sociaux en matière de dépassements d'honoraires et d'accès aux soins en secteur 2, la Mutualité et les organismes complémentaires santé pourront, dans un cadre négocié à déterminer, prendre en charge des compléments de rémunération, en contrepartie de leur plafonnement et d'engagements de qualité des soins et de services.

La concertation sur l'ensemble de ces évolutions doit se poursuivre activement d'ici septembre. La Mutualité sera associée à l'élaboration des dispositions nécessaires, qui figureront dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009.

Les négociations sur le secteur optionnel **passent un cap**

Les représentants de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire ont signé le 24 juillet avec quatre syndicats de médecins un « point d'étape » sur le secteur optionnel. Le principal objectif est de maîtriser les dépassements d'honoraires de certains spécialistes et, en particulier, des chirurgiens. Cette signature marque un réel « progrès » dans les discussions, souligne le président de l'Unocam, Jean-Michel Laxalt.

Inciter des spécialistes de secteur 2 à respecter les tarifs opposables et à plafonner leurs dépassements d'honoraires : tel est l'objectif ambitieux que poursuivent ensemble les régimes obligatoires et les organismes complémentaires dans la difficile négociation sur le secteur optionnel.

Le 24 juillet, un « point d'étape » a été signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et les syndicats de médecins libéraux (CSMF, SML, MG-France, Alliance), à l'exception d'une seule organisation (Fédération des médecins de France).

« Cette signature marque un progrès, même s'il faut reconnaître que la marche est très lente », nous indique Jean-Michel Laxalt, président de l'Unocam et vice-président de la Mutualité française. Si ce document ne constitue pas un protocole d'accord, il fixe le périmètre du futur dispositif : « Ce point d'étape acte les contours du secteur optionnel pour les praticiens du secteur 2 », avec une position « forte », exprimée en commun par l'Uncam et l'Unocam.

LES SPÉCIALISTES EXERÇANT EN PLATEAU TECHNIQUE LOURD

Concrètement, le secteur optionnel est destiné « aux spécialistes de secteur 2 exerçant en

plateau technique lourd, chirurgiens, anesthésistes, gynéco-obstétriciens », soit un champ total de 6 000 médecins. Ceux qui entendraient « volontairement » dans le nouveau dispositif s'engageraient à renoncer à leurs honoraires libres à travers deux mécanismes. Tout d'abord, au moins 30 % de leurs actes devraient être réalisés « à tarif opposable ». Ensuite, pour les autres actes, les dépassements – qui porteraient alors le nom de

« Le secteur optionnel n'a de sens que s'il permet une remise en cause du secteur honoraires libres. »

« compléments d'honoraires » – seraient plafonnés à 50 % du tarif opposable.

Ce plafonnement du complément d'honoraires à 50 % du tarif opposable est à comparer avec les pratiques observées actuellement sur le terrain, remarque Christine Meyer, directrice des garanties mutualistes et de l'assurance santé (DGMAS) à la Mutualité française : « Selon une étude de l'assurance maladie rendue publique début juin, les dépassements d'honoraires sont supérieurs en moyenne de 50 % au tarif conventionnel. Cela veut dire qu'ils peuvent atteindre des niveaux beaucoup plus élevés. L'objet de l'accord est d'amener le plus grand nombre possible de praticiens à respecter ce plafond. »

Selon les termes du « point d'étape », les médecins choisissant le secteur optionnel auraient aussi l'obligation de « rendre visible le respect de critères objectifs de

P. L.

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES EN CHIFFRES

En avril 2007, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) jette un pavé dans la mare en proposant de supprimer « en totalité ou partiellement » les dépassements d'honoraires afin de « rétablir l'égalité d'accès aux soins » ([lire Afim n° 3012 du 25 avril 2007](#)). Selon l'assurance maladie, les dépassements des spécialistes de secteur 2 représentent en moyenne près

du tiers de l'ensemble des honoraires perçus ([lire Afim n° 3265 du 6 juin 2008](#)). En moyenne, le supplément ainsi demandé est supérieur de 50 % au tarif de la Sécurité sociale. En 2006, 39,4 % des spécialistes ont pratiqué des dépassements d'honoraires. Mais ce taux grimpe jusqu'à 76,5 % pour les chirurgiens.

●●● *qualité et de pratiques professionnelles*». En outre, leur part d'activité réalisée avec les tarifs opposables devra bénéficier obligatoirement aux «*situations d'urgence médicale*» et aux «*assurés en situation de précarité*». A noter qu'à ce stade, le choix du secteur optionnel serait «*réversible*» pour le praticien.

AUX MUTUELLES DE DÉCIDER LEUR ENGAGEMENT FINANCIER

En contrepartie de ces engagements, l'Uncam est prête à accorder à ces médecins les avantages sociaux actuellement réservés aux professionnels de secteur 1 et à ceux du secteur 2 qui ont fait le choix de l'option de coordination, qui comprend pour les actes effectués à tarif opposable, l'exonération de cotisations sociales et le financement à un régime supplémentaire d'assurance retraite. Pour sa part, l'Unocam accepterait de «*promouvoir*» auprès des organismes complémentaires une «*meilleure prise en charge*» des tarifs pratiqués.

A ce stade des discussions, il est difficile de s'avancer davantage sur l'implication financière des complémentaires santé: «*Il est bien clair que l'Unocam n'a pas de pouvoir de décision sur les organismes complémentaires en leur disant ce qu'ils doivent rembourser*, souligne Jean-Michel Laxalt. *En Mutualité, par exemple, la réflexion se poursuivrait au niveau du Conseil des mutuelles santé, sur le modèle de ce qui a été fait en commun sur les médicaments à vignette orange*» ([lire Afim n° 2658 du 21 octobre 2005](#)).

Le président de l'Unocam rappelle que le «*point d'étape*» qui vient d'être signé est conforme à la feuille de route fixée il y a déjà deux ans: «*Pour nous, dit-il, la création du secteur optionnel n'a de sens que s'il permet une remise en cause du secteur à honoraires libres. Il doit se substituer au secteur 2 et non s'y ajouter.*»

DES DISCUSSIONS TRIPARTITES

La création d'un secteur optionnel, fondé sur un encadrement des dépassements d'honoraires, a été évoquée pour la première fois dans l'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie. En août 2006, la négociation a été engagée sous une forme tripartite réunissant pour la première fois les organismes complémentaires aux côtés de l'assurance maladie obligatoire et les syndicats médicaux ([lire Afim n° 2846 du 30 août 2006](#)). Il y a un an, après avoir menacé d'intervenir par décret, le gouvernement avait finalement laissé les partenaires poursuivre leurs discussions. P. L.

Le directeur général de la Mutualité française, Daniel Lenoir, note également avec satisfaction que, dans le texte du 24 juillet, l'Uncam et l'Unocam réaffirment «*leur attachement aux tarifs opposables et au secteur 1, garants de l'accès aux soins des assurés*». «*Le point d'étape rappelle en préalable que le doublement sur vingt ans du taux de dépassement moyen pose des problèmes de plus en plus aigus d'accès aux soins*, indique Daniel Lenoir. *Il est très important que nous puissions faire partager ce constat aux médecins.*»

Le document précise également que «*l'Uncam et l'Unocam souhaitent [...] que la mise en place de ce nouveau secteur s'accompagne d'une réflexion concomitante sur la régulation et l'évolution du secteur 2*»: «*Même si l'expression est prudente, la question de la fermeture du secteur 2 est désormais posée*, analyse Daniel Lenoir. *Nous verrons à la rentrée quelle tournure prendront les discussions...*»

↳ [Pascal Lelièvre](#)

[Imprimer cet article en format texte](#)



SVP fédéral
01.40.43.33.00



Une réponse à toutes vos questions.

SVP fédéral
vous aide à trouver la réponse à toutes vos questions relevant des métiers de la Mutualité. C'est aussi une assistance en ligne pour **Mutweb**.

Du lundi au vendredi de :
- 9h à 12h
- 14h à 17h30

SVP fédéral est dédié aux groupements et aux mutuelles adhérents à la FNME.

e-mail : fsvp@mutualite.fr

L'AFIM EN PRATIQUE

Réception de l'Afim

- L'Afim vous envoie chaque jour un courriel vous signalant la mise à disposition du numéro du jour, accompagné de son sommaire. Ce message vous invite à cliquer sur un lien hypertexte.
- Si nécessaire, lancez votre navigateur Internet (Internet Explorer ou Mozilla Firefox) puis cliquez sur ce lien. Vous accédez alors un espace de téléchargement sans avoir à saisir de mot de passe.
- Le bulletin s'ouvre automatiquement à l'écran en format PDF. Pour l'enregistrer sur votre disque dur, utilisez la fonction « Enregistrer une copie » du logiciel Adobe reader. Vous pouvez aussi, dans le menu, cliquer sur la petite icône représentant une disquette.

Problèmes

les plus fréquents.

- Le lien vers le bulletin de l'Afim n'est pas cliquable : copiez-le directement dans la barre d'adresse de votre navigateur Internet pour accéder à l'espace de téléchargement de l'Afim. Si vous ne voulez pas quitter votre messagerie Internet, ouvrez au préalable une nouvelle fenêtre ou un nouvel onglet.
- Un message d'erreur s'affiche quand vous cliquez sur le lien : lancez

votre logiciel de navigation Internet et re Cliquez sur le lien.

- Le fichier PDF affiche un message d'erreur ou contient des signes cabalistiques : votre version d'Adobe reader® est trop ancienne. Téléchargez gratuitement une version plus récente sur le site : www.adobe.com/fr

- L'Afim arrive avec retard dans votre boîte aux lettres : prenez contact avec votre fournisseur d'accès, qui est responsable de la délivrance de votre courrier électronique.

- La réception quotidienne s'est interrompue brutalement : avant de nous contacter, vérifiez que votre filtre « anti-spam » (courrier indésirable) ne rejette pas automatiquement le message d'envoi de l'Afim. Demandez conseil à votre service informatique.

Vous n'avez pas reçu l'Afim du jour.

Première solution : aller télécharger le bulletin sur le portail d'accueil de Mutweb. Si vous n'avez pas accès à l'Extranet de la FNMF, indiquez-nous le numéro qui vous manque par courriel à l'adresse suivante :

christelle.cochet@mutualite.fr

Imprimer l'Afim.

Le bulletin de l'Afim est imprimable en totalité ou en partie en format PDF. Mais cette impression peut être longue en raison des

photographies ou des aplats de couleurs. C'est pourquoi certains articles, signalés par la mention « *Imprimer cet article en format texte* », sont également disponibles sous la forme de fichiers Word. Pour se les procurer, il suffit de les télécharger à partir de Mutweb, site « Information et communication », rubrique « Afim » puis « Articles à télécharger ».

Les archives de l'Afim.

L'ensemble de la collection de l'Afim est disponible sur Mutweb, rubrique « Collection par année ».

Mutweb.

Si vous n'avez pas encore accès à Mutweb, prenez contact avec SVP Fédéral : 01 40 43 33 00.

Changement d'adresse.

Afin d'éviter une interruption dans votre abonnement, n'oubliez pas de nous informer si vous avez une nouvelle adresse électronique. Pour cela, rendez-vous sur Mutweb, rubrique « Inscrivez-vous » puis « Modifier mon inscription Afim ».

Abonner un ami.

Si vous souhaitez abonner un mutualiste, rendez-vous sur Mutweb, rubrique « Inscrivez-vous » puis « Inscrire un autre mutualiste à l'Afim ». Si le nouvel abonné n'est pas un mutualiste, envoyez-nous par courriel ses coordonnées : nom, prénom, fonctions, adresse électronique,

téléphone et télécopie, code postal. Contact : christelle.cochet@mutualite.fr

Transmettre une information à l'Afim.

Les correspondants Afim, qui assurent l'interface entre leur groupement et la rédaction, ont leur espace réservé sur Mutweb : site « Information et communication », rubrique « Afim » puis « Réseau des correspondants ». Si vous n'êtes pas correspondant Afim mais que vous souhaitez nous faire part d'une expérience originale de votre mutuelle, adressez un courriel à la rédaction : jean-michel.molins@mutualite.fr, milene.leroy@mutualite.fr, christophe.delamure@mutualite.fr.

Ecrire à l'Afim.

L'adresse électronique afim@mutualite.fr est une boîte aux lettres qui sert à l'envoi de l'Afim mais pas à la réception de courrier. Pour nous écrire, ne cliquez donc jamais « Répondre » à notre message : votre courrier risque de ne jamais nous parvenir. Reportez-vous plutôt à la dernière page du bulletin, qui comprend tous les renseignements pour signaler une mauvaise réception ou adresser un message à la rédaction. La rubrique « L'Afim en pratique » est publiée en extenso chaque vendredi.