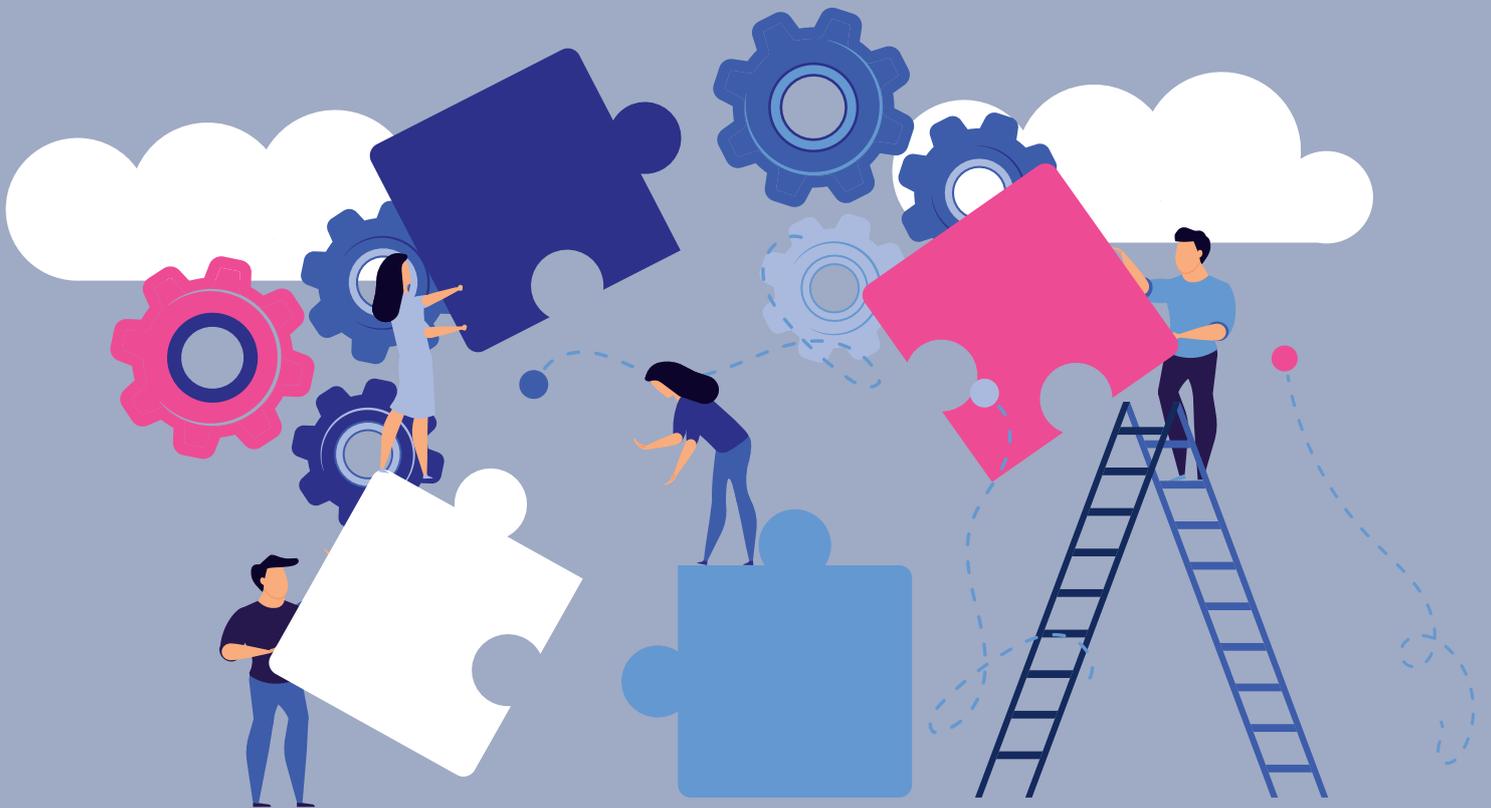


Régime obligatoire et Régime complémentaire



**Parité Assurance
s'engage dans le débat**



LIVRE BLANC



CONTACTS

JOSETTE GUÉNIAU

Twitter: @josettegueniau

E-mail: josette.gueniau@orange.fr.

Membre du Conseil d'Administration
de Parité Assurance

MARIE-SOPHIE HOUIS

Twitter: @HOUISVALLETOUX

E-mail: mshouis@pariteassurance.com

Membre du Conseil d'Administration
de Parité Assurance

VÉRONIQUE LACAM-DENOËL

Twitter: @LacamVeronique

E-mail: vlacam@pariteassurance.com

Membre du Bureau de Parité Assurance

LOUISA RENOUX

Twitter: @louisarenoux

E-mail: lrenoux@pariteassurance.com

Membre du Conseil d'Administration
de Parité Assurance

PUBLICATION Mars 2022

CRÉATION GRAPHIQUE

Marie Paule Stéphan - mstudio@netc.fr

ILLUSTRATION DE COUVERTURE

©Dihard - Adobe Stock.com

PARITÉ ASSURANCE. @PariteAssurance

Tous droits réservés.

LIVRE BLANC

RAPPORT HCAAM

Le rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), qui propose des évolutions radicales dans la répartition des rôles entre Assurance Maladie Obligatoire et Assurance Maladie Complémentaire, a suscité beaucoup de réactions. Les femmes dirigeantes de l'assurance et de la protection sociale, engagées pour leur métier et pour la parité au sein de l'association Parité Assurance se devaient d'apporter leur voix à ce débat si important pour l'avenir de notre système de santé, de notre protection sociale et en conséquence pour l'avenir de notre pays.

Les contributions rassemblées dans ce livre blanc portent donc la voix de professionnelles de l'assurance santé, membres de Parité Assurance mais aussi de professionnels de l'écosystème de la santé sollicités pour susciter un débat d'idées. L'objectif, au-delà des critiques des quatre scénarios « polaires » proposés par le HCAAM, est bien de favoriser la confrontation des points de vue d'experts pour tracer le chemin d'autres visions et d'autres propositions pour améliorer l'efficacité de notre système de protection sociale qui, s'il peut encore être amélioré, présente un atout formidable : celui de laisser aux Français le reste à charge le plus faible de l'OCDE.

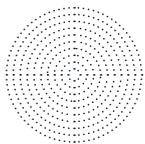
En tant que Présidente, je suis fière que Parité Assurance, présente la vision et les propositions de 18 femmes dirigeantes et de deux professionnels de l'écosystème de la santé, pour s'inscrire avec légitimité, force et conviction dans l'actualité de ce débat politique, social, économique et sociétal majeur qu'est l'avenir du financement de notre santé sur le plan collectif et sur le plan individuel.

Isabelle HÉBERT

Membre du Comité de Direction
Groupe, AG2R La Mondiale,
Présidente de Parité
Assurance



“ L'objectif est de favoriser la confrontation des points de vue d'experts pour tracer le chemin d'autres visions et d'autres propositions pour améliorer l'efficacité de notre système de protection sociale. ”



À PROPOS DE PARITÉ ASSURANCE

PARITÉ ASSURANCE, que j'ai l'honneur de présider depuis 2021, est une association de femmes dirigeantes engagées, qui au-delà de la question de la place des femmes dans le monde du travail, agit au quotidien pour faire progresser notre modèle social.

À un moment où la crise sanitaire a créé des tensions sans précédent sur notre système de santé, et où le débat sur la situation de l'hôpital et les inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins s'invite au cœur des

programmes des candidats à l'élection présidentielle d'avril 2022, nous avons souhaité à nouveau contribuer, à notre façon, en donnant la parole à des femmes et des hommes de l'assurance santé et d'horizons divers pour partager leurs visions, leurs convictions sur une répartition pertinente des rôles entre Assurance Maladie Obligatoire et Assurance Maladie Complémentaire.

Belle découverte de ces « 20 regards », pour nourrir les orientations qui seront

prises par le prochain gouvernement afin d'améliorer l'efficacité de notre système de santé et de protection sociale, avec la vision des professionnels de l'assurance santé et de la santé!

Et merci à Josette Guéniau, Louisa Renoux, Marie-Sophie Houis et Véronique Lacam-Denoël, et à nos 20 contributeurs avec qui j'ai partagé l'immense plaisir pendant plusieurs mois de donner vie à ce livre blanc dédié à la modernisation de notre protection sociale.

01 ANNE ANDRÉ P. 03

Scénarios du HCAAM.
Ne pas oublier le rôle social
et santé de l'entreprise

02 DELPHINE BENDA P. 05

Pour un partenariat renouvelé
avec les pouvoirs publics et
les professionnels de santé

03 MARIANNE BINST P. 06

Grande Sécu. Les vrais enjeux du
maintien des complémentaires
dans le paysage sanitaire français

04 MARTINE CARLU P. 08

Mettre la santé des Français au
cœur de la réforme. Ne nous
trompons pas de débat!

05 CATHERINE CHARRIER-LEFLAIVE P. 10

La refondation du système de
santé appelle celle du système de
protection sociale

06 PATRICIA DELAUX P. 12

Complémentaires santé. S'engager
pour la santé du XXI^e siècle

07 MARIE-LAURE DREYFUSS P. 13

Faire pivoter notre système vers
la prévention par le dialogue
entre les parties prenantes

08 SOPHIE ELKRIEF P. 15

Le mirage de la Grande Sécu.
Un risque pour la performance
de notre système

09 JOSETTE GUÉNIAU P. 17

Rôle des complémentaires santé.
Des solutions délétères, une
contreproposition nécessaire

10 ISABELLE HÉBERT P. 19

Pour demain

11 MARIE-SOPHIE HOUIS P. 21

Quand ce qui s'est passé sur la
santé doit nous inspirer pour éviter
que cela arrive sur la prévoyance!

12 SANDRA KLEIN P. 23

Renforçons les collaborations
avec le régime obligatoire et
l'Assurance maladie

13 VÉRONIQUE LACAM-DENOËL P. 25

L'étatisation du système de santé
pourrait-elle améliorer l'équité entre
les Français?

14 FRANÇOIS LESCURE P. 28

Qui va financer la révolution de
l'exercice médical par les acteurs
du numérique en santé?

15 FLORENCE LUSTMAN P. 30

Les assureurs s'engagent pour
un système plus efficient, au
bénéfice de la santé des Français

16 SÉVERINE SALGADO P. 32

Pour une refondation de notre
modèle partenarial

17 MARIE SOYER-CONTENT P. 34

Poser les bases d'un dialogue fécond

18 ARIANE SUARD P. 35

Les complémentaires sur le
chemin de crête. Comment
adapter leur stratégie face à la
Grande Sécu?

19 FRÉDÉRIC VALLETOUX P. 37

Les remboursements à l'Assurance
maladie. La prévoyance et la
prévention aux complémentaires

20 MARTINE VAREILLES P. 39

Refonte du financement.
Pour un système de santé et
de protection plus efficient

Scénarios du HCAAM

Ne pas oublier le rôle social et santé de l'entreprise

Les rapports du HCAAM et de la Cour des Comptes ont oublié les entreprises et les représentants du personnel

Fin 2021-début 2022, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), ainsi que la Cour des Comptes ont publié des rapports traitant de la régulation du système de santé et des compléments santé, et présentant des scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et assurance complémentaire santé.

Face à ces scénarios, l'écosystème de la protection sociale s'est manifesté par plusieurs prises de positions. Les analyses ont porté sur les conséquences des scénarios envisagés — dont celui de la Grande Sécu —, pour le pilotage technique des comptes de la Sécurité sociale, l'équilibre économique des organismes d'assurance en charge de la complémentaire santé, l'impact probable sur l'offre de soins, avec le risque de voir émerger une médecine à deux vitesses.

En tout état de cause, quel que soit le choix du scénario à venir, il serait bénéfique pour sa mise en œuvre, de tenir compte du rôle que jouent les entreprises, employeurs et représentants du personnel dans la protection sociale.

L'entreprise, un acteur confirmé de la protection sociale

Rappelons qu'avec l'ANI de 2013, entré en vigueur en 2016, ce sont maintenant 84 % des entreprises, représentant 96 % des salariés, qui ont souscrit un contrat collectif complémentaire frais de santé à adhésion obligatoire, avec une part employeur d'au moins 50 % de la cotisation et des garanties correspondant au moins au panier des soins minimum défini par la réglementation.

Les ordonnances du 22 septembre 2017, créant le Comité Social et Économique (CSE) dans les entreprises, à partir de 11 salariés, en lieu et place de la limite inférieure précédente de 50 salariés pour le comité d'entreprise, ont étendu le champ de la négociation paritaire pour la protection sociale.

Ainsi, dans son rapport de mars 2021, la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des

Anne ANDRÉ
Consultante experte,
assurance et
protection sociale,
Membre
de Parité
Assurance



Statistiques du ministère du Travail (DARES) note que la négociation collective d'entreprise a concerné en 2018, 63 % des salariés, et que des négociations sur la protection sociale complémentaire se sont ouvertes dans 14 % des entreprises de moins de 50 salariés.

Si le législateur a voulu favoriser le dialogue paritaire sur le sujet de la protection sociale dans les PME et TPE, à l'instar de ce qui se pratique depuis des décennies dans les plus grandes, faut-il, avec le choix d'une Grande Sécu ou d'un encadrement si rigide des garanties qu'il n'y aurait plus rien ou presque à débattre, refermer cette porte ?

L'implication des entreprises dans la protection sociale, trois apports majeurs

Il y a bien des avantages à impliquer les entreprises et les représentants du personnel dans le sujet de la protection sociale.

Un premier bénéfice est de renforcer la communication auprès des salariés et de leurs familles, et de favoriser la compréhension d'un système, dont la complexité peut aller jusqu'à décourager et entraîner un renoncement aux soins.

Car le scénario Grande Sécu n'est pas totalement gage de simplification, même si l'on peut espérer une prise en charge à 100 %, donc simple, pour les actes des professionnels de santé qui seront →

“ Quel que soit le choix du scénario à venir, il serait bénéfique de tenir compte du rôle que jouent les entreprises, employeurs et représentants du personnel dans la protection sociale. ”

conformes aux plafonds de remboursement édictés par l'Assurance maladie. En effet, sans refonte du système actuel et de sa nomenclature, il sera toujours malaisé de comprendre ce qui sera remboursé et quel sera le reste à charge, quand il y a dépassement d'honoraire ou de tarifs, ce qui est le cas par exemple pour plus de la moitié des médecins spécialistes.

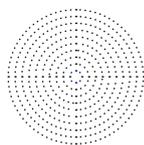
Le deuxième bénéfice tient aux liens de proximité qui se développent dans les entreprises et qui pourraient être mis à profit pour aider les salariés à prendre soin de leur santé.

Des politiques promouvant l'observance des soins, en complément des programmes d'éducation thérapeutique du patient développés par les établissements de santé, et dans le respect bien sûr du RGPD, auraient certainement de grandes chances d'améliorer l'efficacité des traitements.

Le troisième apport concerne le sujet de la prévention.

Faut-il en rappeler l'importance pour l'économie même de notre système de santé ?

Elle est d'autant plus prégnante dans la vie des salariés, qu'elle aura fait l'objet d'une discussion dans l'entreprise par le jeu de négociation entre employeurs et partenaires sociaux et d'une implication des deux parties dans sa déclinaison opérationnelle.



EN SYNTHÈSE

Les rapports HCAAM et Cour des Comptes ont présenté une vision et des propositions de scénarios au plan institutionnel.

Au moment du choix de scénario, et de sa mise en œuvre, il serait intéressant d'associer l'entreprise, en tant que lieu de rencontre des salariés, des partenaires sociaux et des employeurs, déjà forces d'action sur le sujet de la protection sociale, pour éviter un manque d'adhésion par incompréhension et, a contrario, permettre d'intégrer les meilleures pratiques. •



Pour un partenariat renouvelé avec les pouvoirs publics et les professionnels de santé



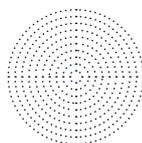
A lors que le système de santé connaît des besoins de financement importants pour faire face aux nécessaires transformations (maladies chroniques, prévention, innovations...), nous aurions sans doute intérêt collectivement à envisager les complémentaires santé, non comme un problème, mais comme une solution. Une telle approche permettrait en outre de sortir de la schizophrénie actuelle où les complémentaires sont régulièrement montrées du doigt par les pouvoirs publics qui, dans le même temps, trouvent quelques avantages à la situation. Au passage, la démocratie gagnerait aussi à un dialogue plus mature.

À l'heure où bien des pays peinent à éviter le développement d'une « médecine à deux vitesses » et doivent mixer les financements publics et privés pour faire face aux besoins, le système de double étage « à la française » pourrait bien nous être envié d'ici peu. Rappelons qu'il permet une large couverture et un reste à charge faible des assurés tout en ménageant un espace de liberté, « soupape » indispensable au système. Dès lors, il nous paraît opportun de concentrer nos efforts sur la recherche d'un partenariat renouvelé entre pouvoirs publics et complémentaires santé et il appartient à la profession d'en définir les contours. Au moins deux conditions nous semblent devoir être réunies pour aller dans cette direction.

➤ **EN PREMIER LIEU**, le dialogue avec les pouvoirs publics devra être rénové. Aujourd'hui, le système est peu coopératif et peut conduire à des stratégies concurrentes et non concertées, source d'inefficiences (ex. : téléconsultations, séances psy...). Pour remédier à cette situation, il serait sans doute utile de mieux organiser le dialogue entre les complémentaires santé et les pouvoirs publics. Cela permettrait notamment de donner de la visibilité aux acteurs et de la cohérence dans les dispositifs mis en place et donc dans l'intervention des uns et des autres. Cela permettrait aussi de mieux anticiper les enjeux structurants à venir tels que le développement des rémunérations forfaitaires. Reconnaissons que cette orientation a toutes les chances de rester un vœu pieu si elle ne s'accompagne pas de la mise

en place de mécanismes incitant voire obligeant les acteurs à coopérer (ex. : rendre impossible le financement par une taxe de dispositifs négociés conventionnellement, comme c'est le cas avec le Forfait patientèle médecin traitant – FPMT).

➤ **EN SECOND LIEU**, le dialogue avec les professionnels de santé sera aussi un élément clé de ce partenariat renouvelé. Il paraît indispensable d'approfondir – et de renouer parfois – un dialogue de confiance avec les représentants des professionnels de santé pour mieux se connaître, partager des sujets d'intérêt commun et pourquoi pas construire de nouvelles formes de coopération pour contribuer à la transformation du système de soins. Ces nouveaux espaces de dialogue visent à entrer dans une logique de co-construction, y compris en lien avec les pouvoirs publics, plutôt que de recourir systématiquement à la réglementation qui atteint ses limites. Ils permettraient enfin de mieux valoriser certaines prestations réalisées par les professionnels de santé, en veillant à éviter des effets inflationnistes sur la dépense, le tout au bénéfice des patients.



Cette voie d'un partenariat renouvelé est un chemin pragmatique vers un système plus coopératif dans l'intérêt de tous. Elle suppose de s'inscrire dans une vision de moyen-long terme qui n'est pas le point fort de notre époque mais les échéances électorales en sont peut-être l'occasion. ●

Grande Sécu

Les vrais enjeux du maintien des complémentaires dans le paysage sanitaire français



Marianne BINST
Directrice générale
Santéclair,
Membre du
CA de Parité
Assurance

Le débat sur la Grande Sécu, et la quasi-disparition des complémentaires santé qui en résulterait, a beaucoup fait parler les acteurs de ce secteur au cours des derniers mois.

L'argument le plus mis en avant par les partisans de ce scénario est la baisse des frais de gestion censée ainsi être mécaniquement observée.

En ce qui concerne l'apport des complémentaires à l'amélioration du système de santé, le sujet de leur contribution à l'innovation en santé me semble avoir été bien trop peu évoqué. Au travers de l'expérience de Santéclair en tant que plateforme de santé depuis le début des années 2000, je voudrais illustrer cette contribution par des exemples concrets.

L'innovation est connue des sociologues et des économistes pour avoir un cycle. Au début il faut la repérer et construire une offre autour d'elle, puis tester le marché avec cette offre. Lorsqu'elle commence à se diffuser, il faut petit à petit « industrialiser » pour qu'elle soit économiquement rentable et se développe, puis elle est copiée par des concurrents et progressivement se banalise.

En santé, ce cycle de l'innovation est complexe car c'est un domaine où les phases du cycle sont souvent plus longues et la méfiance plus forte avant de faire changer un usage. Les jeux d'acteurs y sont aussi particulièrement complexes car les représentants des professionnels de santé peuvent, encore plus que dans d'autres domaines, contribuer fortement à accélérer ou au contraire à ralentir une innovation destinée au client final.

Lors de la création de Santéclair, nous cherchions avec nos actionnaires assureurs à intervenir dans la consommation de soins en apportant des innovations servicielles qui plaisent au consommateur final et qui renforcent la valeur perçue de son contrat d'assurance sans en renchérir le coût. Les plateformes de santé et Santéclair en particulier ont ainsi commencé début 2000 à proposer aux assurés des « formulaires types de devis » (c'était avant l'ère du digital) pour que les clients qui le souhaitaient puissent faire analyser, par une plateforme de santé, les propositions tarifaires qui leur avaient été faites par les professionnels de santé qu'ils consultent en disposant de suffisamment d'informations détaillées pour cela. Avant ce moment, les devis remis aux assurés en optique ou en dentaire étaient soit inexistant, soit très peu détaillés et permettaient tout juste de calculer un remboursement mais en aucun cas d'apporter de la valeur sur le rapport qualité/prix de l'offre proposée.

Notre proposition d'analyse de devis avec un conseil à la clé par rapport à un référentiel de tarifs détaillés a tout de suite plu à de nombreux clients et l'usage s'est développé année après année, malgré les protestations fortes des principaux syndicats dentaires. Le législateur a d'ailleurs ensuite rendu, à partir de 2009, le devis détaillé obligatoire à partir de 70 euros. Cette évolution législative n'aurait pas été possible si les plateformes de santé n'avaient pas validé cette innovation auprès de leurs

clients et habitué progressivement les professionnels de santé à être transparents sur leurs prix.

Quelques années plus tard, les plateformes de santé développent des réseaux de soins en optique, puis en dentaire et dans le domaine des audiprothèses. Santéclair invente et développe la notion de « paniers de soins aux frais réels » dans ses réseaux. Ce concept a directement inspiré le législateur dans sa conception du 100 % Santé en 2019. Il s'agit là aussi de paniers de soins précis vendus à prix négociés et que les deux payeurs du système s'engagent à rembourser sans reste à charge. Auparavant, le législateur s'était contenté de négocier des tarifs lors de négociations conventionnelles qui n'associaient ni la participation des complémentaires santé pour la pleine prise en compte de leur remboursement, ni par conséquent la promesse d'un engagement sur un reste à charge zéro pour le client. **L'approche plus systémique de la réforme du 100 % Santé est directement issue du savoir-faire des plateformes de santé.**

Si l'on cherche un exemple plus récent on peut parler de la téléconsultation. Axa lance le service opéré par Axa Assistance en 2015 puis d'autres complémentaires ou plateformes de

“ **En santé, ce cycle de l'innovation est complexe car c'est un domaine où les phases du cycle sont souvent plus longues et la méfiance plus forte avant de faire changer un usage.** ”

santé suivent. Santéclair déploie par exemple une offre en inclusion, en partenariat avec MesDocteurs, en 2018. Petit à petit, les Français commencent à s'habituer à ces consultations à distance grâce aux offres des complémentaires en la matière. Mais celles-ci restent contestées par les professionnels de santé dans leur légitimité à proposer ce type de service. La crise du Covid vient accélérer le mouvement de généralisation de l'accès à la téléconsultation sous l'égide du régime obligatoire, le législateur décidant en 2020 du remboursement à 100 % de ce type de consultations pendant la durée de la crise alors qu'elles n'étaient jusqu'à présent remboursées que par les complémentaires santé.

Les « pro-étatisation » du système de santé pourraient contester et mettre en avant que la Sécurité sociale puisse changer et devenir plus accueillante à l'innovation. Mais c'est une vue de l'esprit. **L'innovation a besoin de liberté de penser et de souplesse d'action. Elle a besoin de structures de petites tailles très manœuvrables, elle a besoin d'entrepreneurs qui investissent sur une idée, une technique.** Pour une innovation réussie, ce sont plusieurs échecs où il faut savoir s'arrêter assez vite, en tirer les conséquences et repartir. Les raisons des échecs peuvent être technologiques si la mise en œuvre rend le service trop complexe à utiliser par exemple, mais le plus souvent les raisons de l'échec sont sociologiques et culturelles voire politiques : blocage des représentants des professionnels de santé ou/et non compréhension de l'offre par le client final/l'assuré.

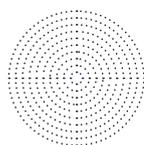
Les plateformes de santé sont ainsi dans une situation idéale pour être un acteur clé des innovations naissantes :

- Nous sommes en contact permanent avec les start-ups en santé qui nous présentent leurs offres et que nous pouvons parfois financer directement ou indirectement en les recommandant aux fonds d'investissement de nos actionnaires.
- Nous sommes très experts du contexte juridique de l'innovation car derrière chaque innovation réussie il y a une ingénierie juridique astucieuse à concevoir. Nous savons comment monter le projet pour qu'il reste agréable d'utilisation pour le client final tout en rentrant dans les clous du RGPD ou d'autres dispositions encadrant le secteur des services en santé.
- Nous avons des outils simples de mise en marché, soit sous forme de test initial (les fameux « POC », pour « proof of concept »!) ou de déploiement large instantané grâce à la taille critique d'une plateforme et au soutien premier de ses actionnaires.
- Nous avons aussi une capacité de financement de l'innovation naissante grâce au concept même des plateformes de santé qui mutualisent le service et le financement des innovations, tout au long de leurs différentes phases et en accompagnant leurs réussites comme leurs échecs. Ces investissements ne se conçoivent que dans un secteur concurrentiel où chacun essaie d'apporter un nouveau service différenciant sur le marché.
- Nous cherchons avant tout l'adhésion des patients/clients/adhérents/assurés car une innovation qu'ils ne s'approprient pas progressivement n'a aucun intérêt. Et le fait d'avoir raison trop tôt est ainsi une cause fréquente de l'échec de l'innovation.

En revanche, dans notre capacité à être précurseur, nous avons l'avantage de pouvoir plus facilement adopter une posture de contournement des réticences des professionnels de santé qui sont souvent frileux vis-à-vis des innovations sociétales, alors que la Sécurité sociale ou le ministère de la Santé se trouveraient plus facilement bloqués dans leurs intentions en cas d'opposition des professionnels de santé. **Ces institutions sont structurellement moins libres.**

Sans nous, l'innovation en santé ne serait pas ce qu'elle est. Alors plutôt que de détruire de la valeur au nom d'une idéologie étatique, réfléchissons à favoriser l'innovation via les complémentaires et les plateformes de santé de façon à la rendre plus facile d'usage, plus rapide et plus mesurable dans ses résultats. Par exemple en ouvrant largement l'accès aux bases anonymisées des données de santé de la Sécurité sociale. Les données statistiques sur la santé des Français sont aujourd'hui confisquées par la Sécurité sociale et cela freine l'innovation et son évaluation, ainsi que la démocratie sanitaire dans son ensemble.

Il faudrait aussi, pour faciliter l'innovation en santé, modifier la loi Leroux pour arrêter d'interdire aux complémentaires santé de négocier avec les médecins. Cet interdit, purement corporatiste, ne rend service à terme ni aux médecins, ni aux Français.



Notre système de santé est généreux et universel grâce à la Sécurité sociale. Il est qualitatif grâce aux professionnels et aux établissements de santé. Il est personnalisé, tout en restant mutualisé, ainsi que créatif et innovant grâce aux complémentaires santé et aux plateformes de santé. Et si on essayait de tirer le meilleur de ces trois mondes pour constituer le meilleur des systèmes de santé pour les Français ?

Mettre la santé des Français au cœur de la réforme.

Ne nous trompons pas de débat!



Martine CARLU
Directrice Générale
Intérieure,
Membre du
CA de Parité
Assurance

Le récent débat ouvert par le HCAAM sur l'efficacité du système de santé en France, pointant du doigt un modèle trop coûteux et un manque d'efficacité quant à la répartition des rôles entre les différents acteurs, occulte malheureusement un débat beaucoup plus porteur de sens pour les Français : celui de notre capacité à adapter notre système de santé aux récentes évolutions des modes de vie, des technologies et des pathologies. Les Français, loin de remettre en cause le système de complémentaire santé, vivent au contraire dans leur quotidien des aberrations qu'il est urgent de prendre en considération :

- Déserts médicaux et raréfaction du temps médical,
- Manque de personnels infirmiers et d'aides à domicile qualifiés,
- Opacité et complexité des parcours,
- Ambiance dégradée dans les hôpitaux, avec des personnels qui baissent les bras, la récente crise sanitaire ayant encore amplifié ce phénomène,
- Grande détresse lorsque l'on devient aidant ou soi-même aidé.

Le temps médical disponible pour chacun lorsque survient la maladie se compte en minutes, alors même que la disposition mentale de la personne malade ne lui permet pas d'assimiler aisément les informations techniques et parfois lourdes de sens pour elle que l'on tente de lui communiquer. Au moment même où elle aurait besoin d'être écoutée, guidée, soutenue, la personne doit gérer seule sa situation et se trouve souvent démunie

face à la complexité du système de santé, qu'elle perçoit souvent comme infantilisant.

Ainsi, à titre d'exemple, sept Français sur dix estiment qu'il existe des inégalités fortes face au cancer (source *Observatoire cancer 2019, Institut Marie Curie*), et un tiers des malades se sent abandonné à la fin du traitement. Le développement de la télémédecine représente une opportunité de dégager du temps médical pour les patients, mais force est de constater que la technologie appliquée au modèle de parcours actuel ne résout pas les difficultés, les médecins référents n'étant au final pas davantage disponibles, comme nous avons pu le vivre grandeur nature avec la récente crise sanitaire.

Côté établissements de santé, la crise est profonde. Les dérives liées au déploiement de la tarification à l'acte, la T2A, ne cessent d'être pointées du doigt, sans que des solutions émergent à ce jour.

Enfin, et c'est probablement l'une des pistes d'amélioration les plus accessibles, nous restons centrés sur une approche curative de la maladie, alors même que les études montrent aujourd'hui clairement que d'ici 2030, 70 % des décès dans le monde devraient être imputés aux maladies liées aux habitudes de vie (source OMS). Une augmentation corrélée au vieillissement de la population : à même horizon, les plus de 65 ans devraient présenter en moyenne

4 à 6 pathologies par personne selon le Leem.

Alors oui, il y a urgence à réformer, mais le sujet n'est probablement pas prioritairement la répartition des frais de santé entre la Sécurité sociale et les assureurs, qui engagerait le pays dans des transformations lourdes, coûteuses, longues et sources de conflit... avec un impact final sur l'état de santé des Français proche de zéro.

Regardons plutôt comment, ensemble, acteurs publics et acteurs privés, nous pouvons engager les réformes clés et contribuer, en bonne intelligence, à transformer le système de santé de manière vertueuse, et repositionner la France parmi les pays où l'on vit le mieux, en bonne santé, au sens global de l'OMS, à savoir « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Chacun pourra alors apporter une contribution nouvelle, dans un plan global décidé en concertation entre les acteurs, qui pourra être chiffré en termes de gains sur les coûts thérapeutiques et médicamenteux à venir ainsi évités.

“ Regardons comment, ensemble, acteurs publics et acteurs privés, nous pouvons repositionner la France parmi les pays où l'on vit le mieux, en bonne santé, au sens global de l'OMS. ”

À titre d'exemple, ci-après quelques propositions qui méritent d'être débattues et peuvent faire appel à la complémentarité des acteurs dans leur déploiement et dans leur prise en charge :

① **Construire des dispositifs de prévention et d'accompagnement dès le plus jeune âge et tout au long de la vie**

- Déployer des programmes d'éducation à la santé dans les écoles, sur les lieux de travail et auprès de publics retraités : promouvoir « l'empowerment » en matière de santé, à savoir rendre chacun véritablement acteur de sa santé en dehors de toute prise en charge, par exemple en développant de saines habitudes de vie,
- Favoriser l'émergence à bas coût de dispositifs de conseil et de coaching par des acteurs certifiés sur des thématiques clés telles que l'alimentation, le sommeil, la gestion du stress,
- Promouvoir l'activité sportive à tous les âges : réforme des temps scolaires, incitations financières aux employeurs qui intègrent dans leurs contrats d'assurance collective des dispositifs d'aides aux salariés sous forme financière ou de programmes sur site, aides à l'accès au sport pour les retraités ;

② **Accompagner dans la durée les personnes souffrant de maladies chroniques**

- Créer des banques de contenus, podcasts, articles pouvant être co-financées et diffusées par des canaux affinitaires que peuvent être les mutuelles/assureurs,
- Agréer des plateformes d'accompagnement des malades chroniques et intégrer ces dispositifs dans les parcours pris en charge, afin de libérer du temps médical et assurer la bonne coordination des parcours. Le développement de la télémédecine offre en ce sens des perspectives intéressantes,

- Co-financer des expérimentations de nouveaux parcours de soin fondés sur la médecine intégrative ou les traitements non médicamenteux ;

③ **Considérer la santé mentale dans toutes ses dimensions et poursuivre les efforts récents pour en généraliser la prise en charge financière ;**

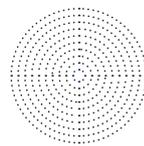
- ④ **Promouvoir la prévoyance, encore trop méconnue des Français alors qu'elle intervient dans des moments de grande fragilité et permet d'éviter des situations dramatiques.** Aujourd'hui encore, des pans entiers de notre population active – salariés non-cadres, fonctionnaires, indépendants – sont insuffisamment couverts et n'en ont pas la conscience. Ceci pourrait passer par exemple par des campagnes de communication cofinancées ou par une refonte de la fiscalité de ces offres afin de les rendre accessibles au plus grand nombre ;

- ⑤ **Rendre obligatoire l'assurance « dépendance » dès la majorité, à l'instar de l'assurance automobile, rendue obligatoire en 1958 seulement.** Ainsi, en s'appuyant sur les acteurs en place plutôt que de créer un système additionnel, l'État garantirait l'émergence d'une réponse professionnelle et efficace plutôt que de faire peser cette dépense sur les finances

publiques. Il pourrait être demandé en contrepartie aux assureurs de financer la montée en compétence des acteurs d'aide à domicile, par la création de cycles qualifiants et la meilleure rémunération des professionnels ;

- ⑥ **Ouvrir l'accès aux données de santé anonymisées à tous les acteurs afin d'accélérer la connaissance et notre capacité à mieux anticiper les risques.**

La proximité relationnelle avec les personnes et la dimension affinitaire des programmes proposés peuvent être des leviers de motivation majeurs pour déclencher des changements de comportement, avec des rôles-exemples possibles portés par des pairs. C'est ce qu'Intérialia expérimente depuis plusieurs années déjà, au travers par exemple d'actions de terrain réalisées de longue date dans les commissariats, en parfaite coopération avec le ministère de l'Intérieur, ou encore des « déambulations nocturnes » réalisées par des étudiants auprès des jeunes dans le cadre de la politique prévention LMDE. Ainsi, la réforme à venir de la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique pourrait être une formidable opportunité d'accéder à des groupes de population affinitaires par le biais des assureurs/mutuelles qui peuvent jouer un vrai rôle de partenaire au service de la santé des salariés.



Ainsi, loin d'opposer les acteurs, la réforme nécessaire du système de santé appelle à une meilleure coopération. Sachons nous saisir ensemble des défis majeurs qui nous attendent, au service de la santé de chacun des Français !

La refondation du système de santé appelle celle du système de protection sociale

Issu des réflexions et du manifeste de protection sociale de 2IES.

L'abandon du projet Grande Sécu: bonne ou mauvaise nouvelle ?

L'enterrement du rapport du HCAAM et ce, avant même d'avoir été remis officiellement au gouvernement, clôture un débat qui s'animaient à peine. Faut-il s'en réjouir ? Pas si sûr. Les obstacles avancés pour écarter l'option d'une Grande Sécu paraissent ténus face à l'ambition affichée, notamment par le ministre de la Santé. Il est dès lors probable que le projet revienne tôt ou tard sur le devant de la scène. Par ailleurs, la question de la réforme de la Sécurité sociale constitue un bon sujet de débat dans la perspective de la présidentielle. Le classement prématuré des travaux du Haut Comité nous privera-t-il de discussions nécessaires ?

Soyons positifs ! L'éloignement d'une telle éventualité permet de prendre de la hauteur et d'envisager d'autres approches. Avec la Grande Sécu, comme auparavant la Retraite universelle, le gouvernement fait le choix de procéder à des réformes risqué par risque. C'est au contraire une démarche globale qu'il convient de privilégier : refonder l'ensemble du système de protection sociale. La transformation du système de santé en découlera naturellement.

Première priorité distinguer la gestion des risques selon qu'ils relèvent de la solidarité nationale ou pas

Tel est l'exercice auquel s'est livré l'Institut pour l'innovation économique et sociale (2IES) lequel propose¹ une architecture renouvelée d'un système de protection sociale pour le XXI^e siècle qui soit soutenable et en phase avec les besoins contemporains.

Pour ce faire, l'institut s'est attaché à renouer avec les fondements de la Sécurité sociale. Dilués par le jeu de réformes paramétriques successives, les pivots

1. *Manifeste pour une protection sociale du XXI^e siècle*, 2IES, Les Ozalids d'Humensis, 2021.

Catherine CHARRIER-LEFLAIVE

Membre de l'Institut pour l'Innovation Économique et Sociale,
Membre de Parité Assurance



choisis initialement par les fondateurs de la Sécurité sociale restent pertinents. Hier comme aujourd'hui, il est du devoir de l'État de garantir à chacun l'accès aux soins et des moyens convenables d'existence. Or, dans la mesure où toute personne est exposée à ces risques, elle doit recevoir la garantie d'une protection contre ce à quoi elle ne peut faire face seule, notamment en termes de conséquences économiques. Ces risques doivent dès lors naturellement bénéficier de la solidarité nationale. Les autres risques, lesquels sont liés aux choix de vie de chacun, en sont en revanche exclus. Ils relèvent de mutualisation.

Une telle distinction — entre ce qui relève ou pas de la solidarité nationale — est fondamentale dans la mesure où elle conduit à responsabiliser chaque acteur, y compris les personnes elles-mêmes, non seulement sur les incidences des modes de vie et d'activité organisés et empruntés par chacun, mais aussi sur la nécessité d'ouvrir de larges pans au dialogue social afin de construire les champs de la mutualisation. Elle constitue même la poutre maîtresse de la charpente proposée. Deux piliers cohérents et étanches constitueraient le nouveau système : la Protection sociale solidaire (PSS), gérée par l'État et financée par l'impôt, et la Protection sociale mutualisée (PSM), gérée par les organismes de protection sociale et financée par des cotisations sociales.

“ Deux piliers cohérents et étanches constitueraient le nouveau système : la Protection sociale solidaire (PSS), gérée par l'État et financée par l'impôt, et la Protection sociale mutualisée (PSM), gérée par les organismes de protection sociale et financée par des cotisations sociales. ”

Deuxième priorité réserver les efforts de solidarité nationale à un système véritablement universel

Concrètement, la PSS doit garantir chacun contre les risques de pauvreté et de maladie. À cet effet, la Protection universelle risque économique (PURE) – novation – organiserait le versement d'une ressource de solidarité à toute personne majeure qui se substituerait à toutes les prestations sociales et serait cumulable avec des revenus. Son montant est envisagé à hauteur de 600 euros par mois et par individu, 900 euros pour un retraité et 1 500 euros par mois pour les personnes handicapées ou se trouvant en situation de dépendance.

Venant compléter le dispositif, la Protection universelle maladie (PUMA) continuerait à garantir l'accès aux soins pour tous. En application de la distinction précédemment exposée, ses contours seraient cependant redessinés. Seraient pris en charge au titre de la solidarité nationale les soins dont le coût exclut qu'ils puissent être supportés par une personne seule (hospitalisation), ainsi que l'ensemble des soins des personnes souffrant d'une affection de longue durée, en situation de dépendance ou particulièrement démunies (celles ne touchant que la ressource de solidarité).

Troisième priorité organiser les conditions d'une véritable mutualisation destinée à la prise en charge des autres risques

Les risques ne relevant pas de la solidarité nationale, tels qu'identifiés ci-dessus, seraient garantis quant à eux dans le cadre d'une mutualisation rendue obligatoire par l'effet de la loi. Entreraient ainsi dans le champ de cette Protection sociale mutualisée (PSM) : les frais de santé non solidaires, les risques d'incapacité-invalidité, de vieillesse et de perte d'activité. Si un niveau minimum de garantie pouvait être fixé par la loi, la couverture serait surtout fonction de leur valeur technique de chacun de ces risques au sein de chaque groupe socioprofessionnel devant servir de base à l'organisation de sa mutualisation.

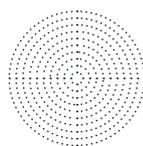
Concrètement, en matière de santé, à la différence d'autres risques comme la retraite ou la perte d'activité pour lesquels le rapport diffère selon les situations professionnelles, la loi pourrait aisément imposer une couverture minimale. Des collectivités partageant la même exposition au risque auraient recours à un organisme de leur choix pour réaliser la couverture légale ou améliorée. La création de la

ressource de solidarité telle qu'issue de la PSS précédemment exposée, aurait également pour effet de faciliter l'accès du plus grand nombre à ces protections mutualisées. Dans ce système ainsi revisité, chaque personne deviendrait alors comptable vis-à-vis de sa collectivité d'appartenance non seulement de l'équilibre technique du régime, mais aussi de la maîtrise des coûts qu'il engendre.

Vers une proposition de rupture ?

Cette proposition novatrice rompt avec l'imbroglio qui caractérise notre système actuel. Dans le même temps, il s'inscrit à rebours du projet de Grande Sécurité et du mouvement d'universalisation de la protection sociale qu'il reflète, mouvement qui va de pair avec l'expansion de l'État. Comme si le « tout-État » était la solution aux maux de notre système...

C'est au contraire en recentrant l'État sur le cœur de sa mission et en laissant aux autres acteurs, notamment ceux dont c'est le métier, la gestion des risques qui n'ont pas à être assumés par l'ensemble de la collectivité, que l'on pourrait réaliser l'équilibre entre responsabilité, solidarité et autonomie. C'est ainsi que l'on garantirait la soutenabilité et l'acceptabilité du système dans l'avenir.



Cette proposition n'épuise évidemment pas le sujet de la réforme du système de santé. Il convient à présent, à l'intérieur de la charpente ainsi redessinée, d'imaginer les voies et moyens de le réformer dans le détail de la couverture, pour en améliorer la performance et répondre aux principaux défis auxquels il se trouve confronté. Le sujet est donc loin d'être clos, tant, sous cette approche renouvelée, il ouvre de nouveaux champs au possible. •

Complémentaires santé

S'engager pour la santé du XXI^e siècle

Patricia DELAUX

Directrice Assurances
Santé Prévoyance
d'AXA Santé et
Collectives,
Membre de
Parité
Assurance



Le système de santé a fait couler beaucoup d'encre fin 2021. Entre son déficit abyssal confirmé pour 2022, en raison de la prise en charge des effets de la crise sanitaire et des engagements issus du Grenelle de la santé, le personnel soignant, qui préfère rendre sa blouse blanche et renoncer à sa vocation, et les travaux du HCAAM et notamment le scénario de la Grande Sécu, tous ces éléments démontrent à eux seuls que **le système de santé doit se refaire une santé!** Or se refaire une santé ne peut se résumer à reconfigurer le rôle des complémentaires santé. Depuis plusieurs années, ces dernières ont su s'adapter: aux perpétuelles évolutions législatives, aux transferts de charge de l'Assurance maladie vers elles, pour réduire le déficit de la première mais aussi et surtout, au développement de services d'accompagnement des patients, de la prévention au soutien en cas de pathologie grave.

L'Assurance maladie applique des règles de remboursement pour les soins des patients. Mais est-ce que la prise en charge financière est le seul besoin à couvrir?

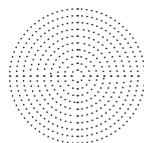
La réponse est non, car il faut savoir porter son regard plus largement sur les incidences liées à un problème de santé sur la vie du patient, et non uniquement sur les soins portés et leurs résultats.

Quand une jeune mère de famille doit subir une intervention chirurgicale à l'hôpital, elle a besoin à son retour d'être soutenue pour les tâches du quotidien. Quand un patient souffre d'un cancer, il peut avoir besoin, pendant et après son traitement, de parler de sa souffrance ou de ses doutes, d'avoir des conseils en nutrition ou en activité physique. Quand une personne, qui perd progressivement son autonomie, bénéficie du soutien de sa fille pour lui permettre de rester à domicile, cette dernière assume cette charge en supplément de son activité professionnelle, en oubliant parfois de prendre soin d'elle-même; dans une telle situation, un service d'accompagnement pour la soulager de cette charge prend tout son sens...

“ Le système de santé doit se refaire une santé! Or se refaire une santé ne peut se résumer à reconfigurer le rôle des complémentaires santé. ”

Les exemples ne manquent pas pour illustrer que les Français sont en attente de bien plus que le remboursement de soins

En 1945, la création de la Sécu était un facteur majeur de progrès social dont la France peut être fière. Mais un siècle nouveau s'est ouvert et s'accompagne d'une nouvelle donne: les modes de vie ont changé, les attentes des patients sont différentes, celles des professionnels de santé aussi, les maladies chroniques touchent chaque année de plus en plus de Français, les traitements sont plus sophistiqués, le digital n'est plus une nouvelle technologie mais un mode de service, l'IA rend l'impossible désormais possible, et la data devient une source d'information gigantesque que l'on interdit d'exploiter.



Au-delà de la grande qualité de son diagnostic, ce sont ces derniers éléments que le HCAAM aurait pu intégrer dans ses travaux sur l'avenir de l'Assurance maladie, pour bâtir le nouveau système de santé dont la France a besoin. Et sans doute également, adresser l'indispensable levier que représente la prévention pour une meilleure santé pour tous. Quand la médecine préventive, et à terme la médecine prédictive, prendront le pas sur la médecine curative, leur pays aura ainsi donné aux Français le progrès social du XXI^e siècle dont ils ont besoin. •

Faire pivoter notre système vers la prévention par le dialogue entre les parties prenantes



Pour rendre nos systèmes de santé soutenables afin qu'ils protègent demain, de façon efficace et qualitative, nos enfants et petits-enfants, nous devons impérativement réorienter les efforts sur la prévention à tous les âges de la vie. Ce changement de paradigme ne pourra se faire sans un dialogue continu et constructif entre toutes les parties prenantes.

En ce début d'année 2022, il est peut-être temps de reprendre le chemin difficile de la confrontation d'idées. Comme le rappellent de nombreux auteurs, tels que Nicolas Colin dans *Un contrat social pour l'âge entrepreneurial* ou encore Éric Heyer, Pascal Lokiec et Dominique Méda dans *Une autre voie est possible*, notre modèle ne semble plus répondre aussi bien à notre économie mature et complexe, aux progrès technologiques et aux besoins de populations plus âgées. La crise Covid a agi comme révélateur d'un certain nombre de dysfonctionnements tels que l'hospitalo-centrisme, l'absence de coopération entre privé et public, l'inexistence d'une culture préventive, etc.

Notre État providence, tant envié de nos voisins, est issu non seulement d'un échange au sein du Conseil national de la Résistance mais également de décennies de dialogues parfois âpres entre les parties prenantes. Ces confrontations, même vives, sont parfois le prix à payer pour atteindre le consensus nécessaire destiné à faire vivre les protections auxquelles nous sommes tous attachés.

L'emballage médiatique autour des travaux du HCAAM et du projet de Grande Sécu a largement occulté les véritables enjeux auxquels nous devons collectivement nous atteler pour que notre système continue à fonctionner de façon qualitative. Parmi ceux-ci, se trouve le défi du passage d'un système principalement curatif à un système fondé sur la prévention. Et il est plus que temps ! Notre retard

en la matière devient problématique. En Europe, la France affiche l'une des plus longues espérances de vie à 65 ans, mais aussi la plus basse espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire sans être limité dans ses activités quotidiennes. Peut-on décemment promettre aux futures générations de seniors qu'elles vieilliront dans la maladie ? De la même manière, à l'autre bout du spectre de la vie, l'obésité croît de façon préoccupante chez les enfants. Peut-on les condamner à être en ALD pour diabète à l'âge adulte, au seul motif qu'il existe des médicaments et des soins pour stabiliser la maladie ? La santé est un bien trop précieux pour le laisser se dégrader et n'agir qu'en réparation.

Engager vraiment le dialogue

Selon une étude récente du cabinet Mc Kinsey¹, 70 % des améliorations de la santé des populations pourraient être réalisées par la prévention. La marge de progression est donc immense. Le passage du curatif au préventif va faire naître de nouveaux métiers, revisiter le rôle des soignants, mais aussi exiger de chacun(e) d'entre nous des modifications de comportements importants. Pour effectuer cette bascule de façon volontaire et positive, le CTIP préconise de s'appuyer sur le dialogue social, excellent générateur de consensus. Grâce à lui, dans les entreprises et les branches, sont négociées par les partenaires sociaux des couvertures santé et prévoyance →

“ Notre modèle ne semble plus répondre aussi bien à notre économie mature et complexe, aux progrès technologiques et aux besoins de populations plus âgées. ”

1. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity>

parfaitement adaptées aux risques encourus. Cette négociation est aujourd'hui la garantie d'une mutualisation large dans le cadre d'un contrat collectif qui permet de protéger les salariés au meilleur rapport qualité/prix selon les chiffres de la DREES. Le dialogue social et le contrat collectif sont ainsi de tels gages d'avancée sociale qu'ils ont été retenus par l'État pour la mise en place du nouveau système de protection sociale complémentaire de la fonction publique. Et c'est précisément ce qui manque aux différents scénarios du HCAAM : un dialogue constructif entre les parties prenantes. Car, comme le disait Nicolas Boileau, « *Au choc des idées jaillit la lumière* ». La confrontation des opinions, idées et récits divergents est le moyen le plus puissant de créer du collectif, de refonder ce bien commun qu'est notre système de santé.

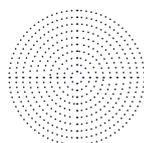
Partir de la réalité du terrain

Le dialogue social a d'ores et déjà fait ses preuves en matière de prévention, comme en témoignent les différentes initiatives prises par les partenaires sociaux et les institutions de prévoyance depuis près de vingt ans.

De cet investissement dans la durée se dégagent de bonnes pratiques que le CTIP recense afin de faire émerger celles qui pourraient servir de modèle. La négociation au niveau de la branche à partir d'une évaluation des risques spécifiques au métier est l'une des pistes les plus prometteuses. Elle permet d'imaginer un programme complet de prévention très large. Cela peut inclure des actions de prévention dans l'entreprise ou à distance visant à améliorer les déterminants de santé (alimentation, sommeil) et un suivi des évolutions. Les programmes peuvent même intégrer des formations à des gestes professionnels protégeant de risques liés spécifiquement au métier. Concrètes et au plus près des besoins, ces actions ont ainsi permis dans la branche de la boulangerie artisanale de faire reconnaître une affection comme maladie professionnelle.

“ La négociation au niveau de la branche à partir d'une évaluation des risques spécifiques au métier est l'une des pistes les plus prometteuses. ”

Autre piste prometteuse : la contractualisation avec les professionnels de santé. Le CTIP a ainsi signé avec la CSMF (Confédération des syndicats médicaux) un accord-cadre de partenariat. Il donne la possibilité aux institutions de prévoyance de passer directement des accords avec les médecins pour monter un programme préventif. Avec ce dispositif, nos adhérents peuvent créer sur mesure un système de prévention des risques directement avec les médecins et l'implémenter sur tout ou partie du territoire en fonction des besoins. Il permet d'organiser avec les généralistes un vrai suivi de santé à la fois préventif et curatif, ce qui est un véritable plus pour les métiers éloignés des professionnels de santé ou dont les modalités de travail rendent difficile l'accès à ceux-ci.



Ces deux modèles, qui s'appuient sur le dialogue avec les professionnels de santé et entre partenaires sociaux au plus près du terrain sont facilement transposables. Ils pourraient servir de base à une réflexion sur la façon de faire pivoter notre système vers le préventif en utilisant le cadre du contrat collectif. •

Le mirage de la Grande Sécu

Un risque pour la performance de notre système

Alors que la crise sanitaire a imposé la nécessité de réformer notre système de santé, certains ont malheureusement cédé au mirage de la Grande Sécu qui s'avère loin de répondre aux besoins des Français et aux enjeux.

Nous traversons depuis maintenant deux ans une pandémie aussi inédite que soudaine et inattendue. Nos quotidiens ont changé, beaucoup d'existences ont été bouleversées et nous savons que les répercussions de cette crise sanitaire seront aussi longues que profondes.

Grâce aux progrès de la médecine et à la mise en place de systèmes de protection sociale, nos sociétés occidentales et développées ont connu depuis plus d'un siècle la fin des grandes épidémies et des maladies du quotidien, qui devenaient mortelles faute de soins et de médicaments. La Covid a endeuillé des millions de familles, et les victimes sont aussi celles qui devront vivre avec des séquelles, après avoir surmonté la maladie. Mais c'est aussi toute notre société qui est touchée et malmenée par cette crise sanitaire. Notre système de santé peine à faire face et ses faiblesses structurelles ont été mises en lumière, malgré le formidable engagement et le dévouement des professionnels de santé. Le déficit de la Sécurité sociale a atteint un montant record de 38,7 Mds € en 2020, et s'il devrait se réduire à 20,4 Mds € en 2022, il pourrait encore atteindre 11 Mds € fin 2025.

Le constat est donc là : notre santé, individuelle comme collective, est précieuse, et si elle n'a pas de prix, elle a inévitablement un coût.

Les dépenses de santé augmentent de façon continue depuis des décennies, en raison de notre démographie, des innovations thérapeutiques et de l'augmentation massive des affections longue durée. Le vieillissement de notre population, qui va s'accroître dans les décennies à venir, va venir bouleverser un système de santé déjà vulnérable. Nous faisons face à plusieurs défis, celui du financement d'abord, mais aussi celui de l'organisation même de notre système de santé et de l'articulation entre ses différents acteurs. Globalement, notre système de

santé est performant, chaque Français peut bénéficier de soins d'excellence et d'une prise en charge adaptée. Ainsi, l'état de santé de la population française, tel que défini par le *Panorama de la santé 2021* de l'OCDE, est supérieur à la moyenne des autres pays. Néanmoins, la prévention reste le maillon faible du système français, et son développement sera, incontestablement, l'un des principaux défis des années à venir.

Mais si notre système de santé est globalement performant, ses difficultés structurelles sont réelles et leurs conséquences impactent la prise en charge de beaucoup de nos concitoyens. Face aux déserts médicaux, tant urbains que ruraux, et aux pénuries de professionnels dans certains secteurs stratégiques et certaines spécialités, beaucoup de Français peinent à accéder aux soins, la crise sanitaire ayant accentué ces difficultés. Nous sommes donc à un moment charnière. La crise sanitaire a notamment entraîné des reports de soins dont on ne pourra mesurer qu'à long terme les impacts. **Aujourd'hui, rares sont ceux qui ne pensent pas nécessaire d'enfin engager des réformes d'ampleur, à l'aube de l'entrée dans une société de la longévité, qui va voir croître de façon exponentielle les besoins d'accompagnement et donc de financement.** →

“ Mais si notre système de santé est globalement performant, ses difficultés structurelles sont réelles et leurs conséquences impactent la prise en charge de beaucoup de nos concitoyens. ”



Sophie ELKRIEF

Directrice générale
d'AÉSIO mutuelle
Directrice générale
déléguée d'Aéma
Groupe,
Membre
de Parité
Assurance

Réformer notre système de santé est donc aujourd'hui une nécessité mais nous pouvons décider d'y voir une opportunité.

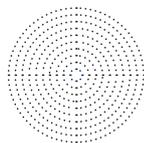
À l'approche des échéances électorales à venir, le débat sur l'avenir de notre système de santé a malheureusement pris souvent une tournure politicienne. La prise en charge totale par l'Assurance maladie des dépenses de santé étant présentée comme la « solution », avec mise en avant seulement des économies qu'elle ferait réaliser aux Français. Mais si l'on s'exonère de questionner la charge qui reposerait sur les finances publiques, alors même que leur équilibre est un défi majeur depuis déjà plusieurs années, on peine à voir comment une Grande Sécu pourrait répondre aux défis de l'avenir. Quid dans ce scénario de la prise en charge des dépassements d'honoraires et des difficultés d'accès à certaines spécialités médicales ou paramédicales ? Quid de l'accès aux soins dit secondaires, quand seule une part très privilégiée de la population pourra financer une assurance supplémentaire pour couvrir les dépenses non-prises en charge par l'Assurance maladie ? Quid du périmètre des paniers de soins remboursés par cette Grande Sécu face à l'augmentation continue des dépenses de santé ? Quid de la prévention, domaine dramatiquement sous-doté et sous-investi en France ?

Répondre à ces questions amène à dessiner une réalité moins protectrice et plus inégalitaire pour la santé des Français, où seuls ceux qui en auront les moyens et la possibilité pourront conserver leur accès aux soins tel qu'ils le connaissent aujourd'hui. Les systèmes de santé publics de nos voisins européens nous montrent bien qu'ils ne parviennent pas à atteindre accessibilité des soins et bonne prise en charge, partout et pour tous. **Les systèmes de santé dits mixtes, alliant acteurs publics et privés, sont incontestablement les plus performants et les plus efficaces, permettant à chacun d'être soigné en fonction de ses besoins. Il semble encore nécessaire de le rappeler, les Français bénéficient du plus faible reste à charge pour leurs soins parmi les pays de l'OCDE et d'une excellente prise en charge grâce à l'articulation entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.**

Et loin de tout corporatisme, il convient de souligner le rôle joué par les acteurs privés aux côtés de l'État au sein du système de santé. Ainsi, les organismes complémentaires accompagnent leurs adhérents sur un large spectre, du remboursement des soins thérapeutiques mais aussi de confort, à des prestations de bien-être et de prévention pour leur permettre de cultiver leur capital santé et autonomie. Et les mutuelles, au modèle non-lucratif, solidaire et démocratique, jouent un rôle sociétal

“ Les systèmes de santé dits mixtes, alliant acteurs publics et privés, sont incontestablement les plus performants et les plus efficaces, permettant à chacun d'être soigné en fonction de ses besoins. ”

qui va bien au-delà du remboursement des soins en complément de l'Assurance maladie, en s'engageant pour la solidarité et la prévention. Leur proximité avec leurs adhérents, représentés directement par leurs instances dirigeantes, leur permet d'agir au plus près de leurs besoins et de leurs aspirations. **Acteurs agiles, les organismes complémentaires, peuvent agir pour l'innovation aux côtés des entreprises, singulièrement des start-ups, pour apporter de nouvelles réponses aux patients et aux professionnels de santé. Et l'offre privée de soins portée par les organismes complémentaires occupe une place primordiale aux côtés des structures publiques.**



On ne peut donc que regretter que certains présentent sciemment une vision caricaturale et donc simpliste, avec la promesse d'une « solution magique » pour réformer notre système de santé. Loin des incantations, nous devons donc promouvoir un discours responsable pour capitaliser sur les forces de notre système, au premier rang desquelles l'action complémentaire des acteurs privés aux côtés de l'État, pour répondre aux défis de l'avenir. ●

Rôle des complémentaires santé

Des solutions délétères, une contreproposition nécessaire

Josette GUÉNAU

Conseil expert en santé,
directrice de l'Observatoire
Santé et Innovation de
l'Institut Sapiens,
Membre du
CA de Parité
Assurance



Les scénarios du HCAAM: vers un enfer pavé de bonnes intentions

Le HCAAM dénonce des dysfonctionnements majeurs concernant les OC: inégalité de traitement, d'accès financier aux soins, inflation de coûts et renchérissement des cotisations devenues pour certains difficilement supportables. **Or ce sont les incohérences et les contradictions des politiques successives depuis trente ans, qui ont bel et bien produit un marché de la complémentaire santé « défaillant ».**

Le Haut Comité propose quatre scénarios pour y répondre. Mais ceux-ci et en particulier celui de la Grande Sécu constitueraient une énième évolution réglementaire, qui aggraverait une dette sociale abyssale, tout en créant une médecine à deux vitesses. En ne s'intéressant qu'à un seul enjeu: celui, électoraliste, de redonner quelques centaines d'euros en pouvoir d'achat aux Français via l'économie sur les frais de gestion des OC, cette étatisation totale du financement du système, certes répondant à de bonnes intentions mais se heurtant au manque cruel de moyens, conduira en effet inexorablement à une uniformisation et à un rationnement de l'accès aux soins, comme dans les autres pays où n'existe pas ce système dual de financement, qui laisse aux Français le reste à charge le plus faible de l'OCDE.

Les scénarios du HCAAM ne traitent pas les grands enjeux du système de santé français

Le scénario de la Grande Sécu, assimilé dans le rapport du HCAAM à la généralisation du régime des ALD, réarme la bombe financière que ces dernières représentent. Leur poids est en effet déjà de 60 % des dépenses de l'Assurance maladie hors crise sanitaire, sachant que ces affections constituent également un facteur aggravant des maladies infectieuses et donc de leur coût. Or le traitement efficace des malades chroniques et des épisodes d'hospitalisation fréquents d'une population vieillissante nécessite le passage d'un paiement des professionnels et des établissements de santé du « tout à l'activité » à un

paiement mixte activité-forfait. Cette évolution a fait l'objet du rapport Aubert en 2018, d'inscriptions dans les Lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) successives, d'une mise en œuvre concernant les seuls insuffisants rénaux chroniques et d'un espoir de déploiement pour les diabétiques en 2022. Or, seul ce type de financement des prestations de soins permet d'inclure la rémunération de l'accompagnement du patient: éducation thérapeutique, télésuivi et télésurveillance, sans surenchère, et en rémunérant la qualité des soins. Nul doute que ce passage nécessite un investissement dans une rémunération forfaitaire exigeante mais attrayante pour les professionnels et les établissements de santé concernés. Or le HCAAM n'examine ni les conditions financières ni les aspects opérationnels de cette transition et se contente, sans le justifier aucunement, d'indiquer que cela sera plus aisé avec un seul payeur.

Le HCAAM n'apporte pas non plus de contribution en vue du financement du vrai problème de renoncement aux soins, au-delà de l'aspect financier: l'accès physique, qu'un déploiement massif de la télémédecine, de la délégation de tâches et de responsabilité des soins dans le cadre de coopérations interdisciplinaires pourra rendre possible.

De même, le rapport ne contribue nullement à combler la grande lacune française en termes de santé: la prévention. Avec à peine 2 % des dépenses de santé consacrés à celle-ci, la France est le pays dont la contribution proportionnelle à la prévention est la quatrième la plus faible. →

“ Le scénario de la Grande Sécu constituerait une énième évolution réglementaire, qui aggraverait une dette sociale abyssale, tout en créant une médecine à deux vitesses. ”

Un cofinancement RO-RC à réinventer: au service de la mutation vers des soins en parcours, privilégiant la prévention pour les plus malades et favorisant l'innovation organisationnelle, technologique et médicale

Les errances de la réglementation ont « cornérisé » l'assurance complémentaire santé sur la gestion du « petit risque ». En effet, déjà bien avant la mesure des effets du 100 % santé, la DREES, dans son rapport 2019 *La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties*, constatait que la prise en charge par les complémentaires était de 72,7 % des dépenses en 2017, contre seulement 60 % en 2010 dans le domaine de l'optique, alors que les OC ne finançaient en 2017 que 5,1 % de l'hospitalisation. Elle montrait également, dans une étude de 2011, que si les OC finançaient 82 % des dépenses des personnes supportant les coûts de soins les plus légers, elles ne finançaient que 59 % des dépenses des malades en ALD supportant les soins les plus coûteux. Les versions 2015 et 2020 du contrat responsable n'ont certainement fait que creuser ces écarts.

Or la vocation de l'assurance est de couvrir les conséquences financières d'un événement aléatoire, non intentionnel et non prévisible, auquel les finances d'un ménage ne peuvent faire face sans difficulté, soit les gros pépins de santé, qui entraînent des soins coûteux (l'hospitalisation) et/ou sur une durée longue (les maladies chroniques) et non pas les dépenses de consommation usuelle et/ou à faible coût moyen voire les besoins de confort ou d'esthétique.

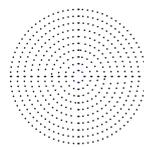
Il faut donc se saisir de l'opportunité de l'évolution de la rémunération des soins du « tout à l'acte » à un mix « acte-forfait de suivi ou populationnel », pour oser une nouvelle complémentarité entre la Sécurité sociale et les complémentaires santé. Il faut responsabiliser les OC dans le financement des risques les plus lourds, notamment l'hospitalisation et les maladies chroniques et cesser d'appeler responsable un contrat qui les enferme de manière contre-productive et inflationniste dans le seul financement de la consommation de soins courants. Les OC pourraient utilement, par exemple, intervenir dans la rémunération forfaitaire du « parcours de soins », en le bonifiant: éducation thérapeutique, suivi, accompagnement, télémedecine par exemple ou en élargissant les critères d'éligibilité des personnes. Les complémentaires santé pourraient également contribuer au financement de services santé adaptés, dans le cadre des « épisodes de soins », en cas d'hospitalisation.

“ Les errances de la réglementation ont « cornérisé » l'assurance complémentaire santé sur la gestion du « petit risque ». ”

À ce stade pourtant, l'Assurance maladie semble les en croire incapables et préfère tout gérer seule, quitte à le faire *a minima*, concernant le déploiement de la rémunération au parcours et à l'épisode de soins, comme le démontre la vitesse actuelle de déploiement.

Mais cette refondation est exigeante. Elle nécessitera des évolutions majeures, à commencer par la coopération entre Assurance maladie et complémentaires santé, qui s'ignorent voire se détestent ou se méprisent réciproquement. Il faut également permettre aux complémentaires santé d'expérimenter, par exemple la téléconsultation par plateforme et ne pas les exclure par principe de la prise en charge par l'Assurance maladie. Il faut cesser de gêner voire de bloquer, sans aucune logique, l'accès aux données anonymisées de santé, qui sont indispensables pour mener des études pertinentes.

Il faut que les OC partagent une vision commune de leur rôle et mettent en œuvre des infrastructures informatiques, techniques voire humaines communes, ce qui ne les empêcherait pas de proposer des services marketés par chacun en vue de la différenciation entre les acteurs.



Il faut enfin réviser la loi Leroux en permettant aux complémentaires de contractualiser plus librement avec les professionnels de santé, afin de pouvoir intervenir de manière efficiente dans le financement des prestations de suivi ou coordination du parcours, que ces derniers ne fournissent que peu aujourd'hui, faute de structures et de rémunération adaptées. •

Pour demain

Nous vivons depuis deux ans maintenant, l'événement de santé mondial le plus important du siècle. Une grande guerre sanitaire qui n'arrête pas de faire le tour du monde, dont nous sommes tous les victimes avec peu d'armes et dont nous ne savons pas quand sera signé l'armistice. Comme souvent avec un événement traumatique, chacun se demande si la vie redeviendra un jour comme avant. Chacun se demande s'il ne faut pas considérer de tout changer pour repartir en avant.

Le rapport HCAAM s'inscrit dans ce contexte unique et chaotique. Le rapport partage des idées pour certaines un peu neuves, pour d'autres assez déjà vu. Sa focale d'analyse est-elle la bonne ? Est-ce vraiment cela, le sujet de santé des Français ? Est-ce cela qui nous empêche de dormir ? Est-il d'autres pays vivant la crise Covid et envisageant des trajectoires similaires ? L'absence de co-construction et le départ en fuite médiatique n'ont pas été favorables à un échange serein.

La Santé n'appartient plus à la Santé

Nous le vivons : quand la santé s'arrête, le monde s'arrête. Dans la réalité du quotidien, nous avons réalisé que la santé est au cœur de notre vie individuelle, de notre vie collective et citoyenne. Sans santé, plus de salarié, plus de client, plus d'usager, plus d'étudiant, plus de fonctionnaire.

Et une chose est sûre, en janvier 2022 : la santé a déjà changé. La santé n'appartient plus à la santé. Elle n'appartient plus désormais uniquement aux offreurs de soins (médecins, infirmières, hôpitaux...), aux producteurs de soins (industrie pharmaceutique, dispositifs médicaux...), et aux financeurs de soins (assurance maladie, assurance complémentaire). Qui doit décider de la santé ? La Santé et son ministre ? L'Économie et son ministre ? La république dans son ensemble ? Nous ne pouvons plus traiter de santé comme avant. Nous devons regarder et écouter l'ensemble des acteurs de ce nouvel écosystème avec ses parties prenantes. À bien y réfléchir, le secteur de la santé n'appartient sans doute plus à personne, il appartient à tous. La santé est devenue un **bien commun**. Elle est bien plus qu'un des objectifs de développement durable de l'ONU, elle infuse tous les autres. Elle est un enjeu européen. Les autres pays européens ont-ils leur HCAAM et que pensent-ils de ce que nous vivons ?

Isabelle HÉBERT

Membre du Comité de Direction
Groupe, AG2R La Mondiale,
Présidente de Parité
Assurance



Santé et entreprises

Pour avoir longtemps vécu à l'étranger, je suis convaincue qu'une des richesses de notre conception de la santé en France est son lien avec l'entreprise. La capacité à contractualiser pour l'ensemble des salariés d'une branche, d'une entreprise, avec des dispositifs innovants et adaptés à son environnement de travail : voilà une richesse qui contribue à protéger notre capital humain, qui contribue à la compétitivité de notre industrie française. La santé de l'entreprise vient de la santé de ses salariés, la santé de notre économie également. La mutualisation d'un collectif (entreprises ou branche) permet d'investir dans des actions de prévention totalement ciblées et dans la durée. Notre pays met lui-même en place, dans la nouvelle réforme de la Protection sociale complémentaire de la fonction publique, des dispositifs collectifs qui pourront contribuer à la santé des agents publics selon les mêmes logiques.

Mettre en place un dispositif universel public, c'est sans doute risquer de perdre cet espace très particulier de santé qu'est l'entreprise, c'est risquer de déconnecter les liens entre protection santé et protection prévoyance, c'est se priver d'un levier efficace au service de notre rentabilité. →

“ À bien y réfléchir, le secteur de la santé n'appartient sans doute plus à personne, il appartient à tous. La santé est devenue un bien commun. ”

Écologie, écologie de soi et santé

Quand les entreprises s'interrogent sur leur raison d'être et sur les impacts sociaux et sociétaux de leurs activités, elles mesurent aujourd'hui que, quel que soit leur secteur, elles impactent la santé des citoyens (distribution alimentaire industrielle, pollution atmosphérique des transports ou de l'énergie, surconsommation numérique...). La santé n'est plus indépendante de l'écologie. Nous sommes ce que nous mangeons, ce que nous respirons, ce que nous absorbons... Notre santé d'aujourd'hui et de demain subit ce que notre planète subit.

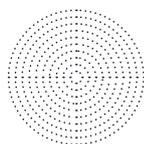
Et si cette pandémie nous poussait, non pas à nous focaliser sur le « qui paye quoi » mais plutôt à réfléchir sur les nouveaux risques et vecteurs de santé. Plutôt qu'une grande Sécurité sociale, et si nous réfléchissions à une politique économique-écologique porteuse de santé. Et si nous inventions des contrats responsables vraiment responsables ? Non pas juste responsables pour des comportements financièrement optimums mais poussant à des comportements responsabilisants pour l'avenir de notre planète, notre environnement et donc notre santé. Réfléchir pour une santé résiliente pour demain. Co-construire.

Repenser ce que l'on appelle maladie et santé

Plus que jamais nous voyons l'importance fondamentale de la prise en compte des pathologies chroniques dans une vision globale de la santé. Peut-être l'assurance santé complémentaire a-t-elle un peu trop laissé le champ des pathologies chroniques à l'assurance maladie obligatoire. L'assurance maladie obligatoire, riche des cohortes de données de santé, a-t-elle démontré son impact ? L'assurance maladie complémentaire s'est focalisée sur son domaine de risque (optique, audio, dentaire, pharma, chambre particulière...). Si elle n'est certes pas acteur dans le

financement du soin chronique, elle peut être présente dans l'accompagnement du patient à l'émergence de la maladie et dans son suivi. La France a encore beaucoup à faire en la matière, et la pluralité des acteurs et des approches et avec une innovation multidimensionnelle ne peuvent qu'être utiles. Pour les actifs et, plus encore, pour les seniors, dans une autre approche de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Nous ne sommes pas trop de plusieurs à pouvoir écouter, aider, accompagner. Pourquoi vouloir uniformiser plutôt que de mobiliser toutes les énergies. Co-construire, encore.



ALORS, POUR DEMAIN...

Plutôt que des rapports si français, focalisés sur les financements des soins, et si nous parlions vraiment de la santé des Français et de tous ceux qui peuvent contribuer à ce bien commun. Et si nous parlions de nous fédérer pour réfléchir aux déserts médicaux, à la préservation de l'accès aux soins de toutes et tous. Et si nous parlions tech et santé, data et santé, start-ups et assurance obligatoire comme complémentaire plutôt que partage des rôles ? Et si nous discussions autrement en 2022 ?

Comme disent les Anglo-Saxons, « *Where there is a Will, there is a Way* »... *Let's have a Will!* •

“ Plutôt qu'une grande Sécurité sociale, et si nous réfléchissions à une politique économique-écologique porteuse de santé. Et si nous inventions des contrats responsables vraiment responsables ? ”

Quand ce qui s'est passé sur la santé doit nous inspirer pour éviter que cela arrive sur la prévoyance !

Marie-Sophie HOUIS
Associée PMP Strategy,
Membre du CA de
Parité Assurance



Le projet de rapport du HCAAM constitue une nouvelle étape de cette longue histoire du modèle de prise en charge de la santé, sur base d'une complémentarité de couverture financière et de structuration d'un système de santé essentiellement curatif et organisé en silo. Elle est fondée sur une double liberté, celle du patient et celle du professionnel de santé, sur la contrainte du régime obligatoire de contenir son budget en identifiant notamment des alternatives de solvabilisation de l'offre et de la demande.

Si on se livre à un bilan nécessairement rapide et simplificateur, la France fait partie des pays qui dépensent le plus pour la santé, et affiche des indicateurs de santé publique assez médiocres, ce qui semble démontrer que l'équation coût/qualité est largement optimisable.

Même si de nombreuses initiatives plus récentes tentent d'inverser le modèle, le douloureux constat est le suivant :

- Un trop faible investissement en prévention,
- Une prise en charge des pathologies chroniques très perfectible,
- Le cloisonnement de la médecine de ville et de l'hôpital,
- Une difficulté à prendre en charge l'impact du vieillissement notamment d'un point de vue financier,
- Un retard sur la modernisation des prises en charge santé en exploitant au mieux les opportunités du digital et des nouvelles technologies.

Une sorte de schizophrénie ou de « coup de billard à X bandes », comme on voudra, semble être à l'œuvre.

- **TEMPS 0** ➤ Mettre en place un financement public associé à une nomenclature d'actes et à des tarifs de convention ;
- **TEMPS 1** ➤ Créer les conditions de marché pour rendre possible la solvabilisation de la demande via un financement hors prélèvements sociaux ;

- **TEMPS 2** ➤ Créer des mécanismes qui, en échange d'avantages fiscaux et sociaux, induisent un encadrement des garanties complémentaires ;
- **TEMPS 3** ➤ Inciter encore plus fortement à la couverture via les négociations de branche ;
- **TEMPS 4** ➤ Rendre obligatoire la couverture ;
- **TEMPS 5** ➤ Transformer des acteurs privés en délégataires de services publics.

Si cela avait fonctionné pour la prise en charge de la santé, on serait tenté de dire « banco », utilisons cette belle recette pour la prévoyance !

Il y a une certaine ironie à voir dans le projet de rapport du HCAAM sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, dont le propos central est la santé, quelques pages concernant la prévoyance.

Il y est écrit dans l'exposé des motifs : « *Les travaux du HCAAM sur l'articulation entre l'AMO et l'AMC ont conduit ses membres à s'intéresser au marché de la prévoyance. Si les propositions formulées ci-après, sont indépendantes des quatre scénarios d'évolution de la couverture maladie, les membres entendent souligner combien le besoin de développer des couvertures prévoyance est crucial aujourd'hui, et le sera encore plus à l'avenir, pour relever les défis économiques et démographiques, liés notamment au vieillissement de la population* »... Tout est déjà un peu dit! →

“ La France fait partie des pays qui dépensent le plus pour la santé, et affiche des indicateurs de santé publique assez médiocres. ”

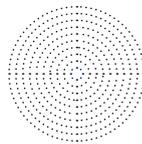
Pour ce qui est des propositions concrètes, les ingrédients de la « vieille recette santé » sont bien là :

- « Instaurer une obligation thématique de négocier au niveau des branches » ;
- « Créer une obligation subsidiaire de financement à la charge des employeurs » ;
- « Souhaiter la mise en place d'outils plus contraignants qui pourraient être homologués par les pouvoirs publics, tels des chartes, des nomenclatures, des cahiers des charges, voire des procédés de labellisation des contrats prévoyance » ;
- « Instruire l'idée de mettre à la charge des OC une obligation de formuler une ou des offres à destination de ces entreprises... les pouvoirs publics pourraient être amenés à... créer un mécanisme d'aide à l'assurance consistant à étendre le champ de compétence du bureau central de tarification ».

Par ailleurs, nous pourrions nous rappeler les projets autour de la prise en charge de la dépendance, avec des propositions relevant des mêmes mécanismes, nomenclatures, tarifs de convention, complémentarité de financement, encadrement des contrats...

Enfin, nous pourrions nous interroger sur le statut d'acteurs privés, collecteurs de taxe, avec des garanties et des tarifs encadrés, selon des règles de tarification pouvant venir bousculer leur solvabilité.

“ Nous pourrions nous rappeler les projets autour de la prise en charge de la dépendance, avec des propositions relevant des mêmes mécanismes, nomenclatures, tarifs de convention, complémentarité de financement, encadrement des contrats...” ”



En un mot comme en cent, il semblerait sage de changer de recette pour la prévoyance au regard du bilan sur la prise en charge de la santé. Mais saurons-nous nous faire entendre ? •

Renforçons les collaborations avec le régime obligatoire et l'Assurance maladie

Une logique de parcours à amplifier!

La réforme de notre système de santé apparaît comme incontournable afin de rendre l'offre de soins plus lisible et égalitaire. Si le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie prône jusqu'à l'étatisation de l'assurance maladie, les collaborations public-privé, hôpital-médecine de ville, sanitaire-social demeurent essentielles et parmi les principaux leviers.

En se répartissant les rôles et en agissant plus largement et distinctement sur les différents parcours, le régime obligatoire et les organismes d'assurance maladie complémentaires (OCAM) répondraient probablement à une partie des enjeux de rationalisation et d'optimisation financière du système. L'institution comme les professionnels de santé en seraient bénéficiaires en raison d'une simplification des processus et des flux, d'une diminution des va-et-vient entre le régime obligatoire et les organismes complémentaires.

ET LES PATIENTS DANS TOUT ÇA ?

Avec une meilleure compréhension du qui fait quoi, des rôles de chaque acteur, des solutions, ils parviendraient probablement à mieux se repérer et à activer les bons moyens d'action à leur portée, depuis le prédiagnostic jusqu'aux soins palliatifs. Cela limiterait aussi l'errance thérapeutique qui pèse sur une partie des patients en difficulté pour obtenir un diagnostic. Un parcours mieux établi pour chacun certes mais qui resterait encore complexe pour les plus âgés ou ceux affectés par une maladie chronique.

Dans ce contexte, quelle serait la valeur ajoutée d'un assistant comme le Groupe IMA, proche partenaire des organismes d'assurance maladie complémentaires et de la sphère publique ?

Un parcours thérapeutique, logistique et émotionnel!

En accompagnant les besoins de près de 45 millions de bénéficiaires, nous pouvons solvabiliser la demande à laquelle une grande partie des personnes ne pourrait accéder individuellement.



Sandra KLEIN

Directrice au sein de la Direction groupe relation actionnaires, Groupe IMA, Membre de Parité Assurance

Le Groupe IMA en qualité d'assistant est familier du quotidien voire de la sphère intime des assurés (voiture, habitat, proches...). Il peut naturellement soutenir des situations personnelles et professionnelles étroitement imbriquées (retour à l'emploi, santé mentale, aidant-aidé...). Nous pourrions davantage encore contribuer au virage ambulatoire en étoffant les dispositifs de prévention et en mettant à profit notre capacité d'innovation (e-santé, télé-expertise médicale) en complément de la prise en charge thérapeutique.

Quelques exemples peuvent ainsi illustrer notre capacité d'accompagnement :

- Dans le cas d'un épisode aigu, la mise en place des transports sanitaires, des aides au foyer (aide ménagère, livraison de courses, garde d'enfants) et l'accompagnement péri-hospitalier par nos professionnels de santé facilitent la récupération posthospitalisation.
- À la déclaration d'une maladie chronique, nos professionnels médico-sociaux proposent différents programmes de prévention en fonction des nécessités établies (activité physique adaptée, gestion du stress et du sommeil, hygiène alimentaire) et peuvent aussi délivrer une information médicale voire un deuxième avis médical permettant ainsi aux patients de mieux vivre leur pathologie voire d'endiguer son évolution. →

“ En accompagnant les besoins de près de 45 millions de bénéficiaires, nous pouvons solvabiliser la demande à laquelle une grande partie des personnes ne pourrait accéder individuellement. ”

- Face à la perte d'autonomie d'un proche, notre équipe pluridisciplinaire peut proposer l'accompagnement à la réalisation des démarches et des aides au financement, préconiser et réaliser l'aménagement du domicile pour qu'il réponde aux besoins de mobilité de la personne, et proposer le soutien d'un psychologue et d'une nutritionniste.

On sait à quel point la dimension psychoaffective joue un rôle majeur parmi les conditions de guérison ou de résilience : savoir que la vie de famille ne se trouve pas profondément déséquilibrée par un épisode de santé ou que la logistique du foyer est soutenue en cas d'imprévu permet d'évacuer des préoccupations majeures. Épauler, quel que soit le moment de vie ou le lieu de survenance, en France ou à l'étranger, c'est ce que permet l'assistance.

Cet accompagnement par nos équipes médico-sociales et nos partenaires est rassurant et contribue à l'amélioration de la qualité de vie des patients (indice de satisfaction de plus de 92 % en 2021).

Lorsque les patients sont activement impliqués dans les décisions concernant la gestion de leur maladie et qu'un plan de soins personnalisé est établi et mis en œuvre, la santé physique et psychologique ainsi que les capacités d'autogestion du patient s'améliorent en comparaison avec des soins usuels.

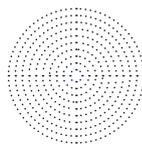
En toute hypothèse, l'optimisation des parcours et des filières de soins nécessite d'intervenir au bon moment selon la bonne modalité.

Dans le cadre de la 9^e édition du baromètre « **Les Français et la santé** » publiée le 21 octobre 2021 par le cabinet Deloitte :

« les attentes prioritaires en matière de services restent centrées autour du bien-être (cité par 22 % des Français), des soins à domicile (20 %), de l'aide au maintien à domicile (18 %), juste devant les services en cas d'hospitalisation (17 %) et du deuxième avis médical (17 %) ou de la médecine alternative (17 %). »

“ On sait à quel point la dimension psychoaffective joue un rôle majeur parmi les conditions de guérison ou de résilience. ”

Par ailleurs, le Groupe IMA en lien avec un acteur spécialisé dans la gestion de flux numériques entend d'utiliser des données collectées au fil des parcours patients pour mesurer la portée de ses services délivrés auprès d'une population cible. Il s'agit d'une démarche nécessaire de suivi de la performance des actions mises en place et d'amélioration continue des processus. Des indicateurs permettront à l'avenir de mesurer le changement, les bénéfices et de projeter l'évolution des filières à moyen terme.



Agir en synergie avec le régime obligatoire et l'assurance maladie en vue d'améliorer les parcours et de tester de nouveaux dispositifs innovants, tel serait la perspective d'un véritable collectif institutionnel-privé resserré. •

L'étatisation du système de santé pourrait-elle améliorer l'équité entre les Français ?

Véronique LACAM-DENOËL

Présidente de Proxicare,
Membre du Bureau de
Parité Assurance



En demandant au HCAAM d'étudier un scénario de Grande Sécu, les pouvoirs publics ont souhaité évaluer un scénario d'étatisation du système de santé en remplacement du schéma actuel d'assurance maladie cofinancée par les caisses de Sécurité sociale et les assureurs santé privés. Cette note interroge l'adéquation d'un tel projet au regard de l'objectif d'amélioration de l'équité de la couverture des frais de soins de santé entre les ménages poursuivi par le gouvernement.

Après un rappel des principaux objectifs poursuivis, la note présente les types d'organisation du système de soins de base et d'intervention des assurances privées en Europe pour en tirer des enseignements pour la France sur les atouts et inconvénients des systèmes nationaux s'agissant de l'équité de la couverture entre les ménages.

Quels sont les principaux objectifs poursuivis par les pouvoirs publics à travers le scénario de Grande Sécu ?

Le 7 juillet 2021, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé a confié à Pierre-Jean Lancry, vice-président du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), un « travail technique approfondi » pour trouver comment améliorer les liens entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Cette mission visait à « ouvrir des pistes de réflexions [...] visant à renforcer l'intervention de la Sécurité sociale ». Cette idée avait déjà été avancée, au printemps 2019, par Pierre-Louis Bras, l'ancien directeur de

la Sécurité sociale, dans un texte paru dans les Tribunes de la santé et intitulé *Une assurance maladie pour tous à 100 % ?*

Pour l'économiste Jean-Charles Simon, « Nous arrivons au bout d'une logique engagée depuis plusieurs dizaines d'années et qui consiste à standardiser la complémentaire santé. La couverture des assurés est très encadrée : les contrats sont "solidaires", "responsables" tandis que les salariés sont couverts par des contrats collectifs ». Autrement dit, le scénario de Grande Sécu ne serait rien d'autre que l'aboutissement logique d'une période marquée par des signes avant-coureurs d'une volonté de rupture du gouvernement avec l'actuelle organisation. Pour le ministre des Solidarités et de la Santé, c'est avant tout le **défi de l'équité de couverture entre les ménages qui semble justifier cette mission**, cette iniquité trouvant notamment son origine dans « des difficultés d'accès à la complémentaire pour les publics précaires ou les retraités modestes ». Rappelons que selon le HCAAM, 5 % des Français ne sont pas couverts par une assurance complémentaire, surtout des personnes en situation de pauvreté. Chez les 20 % des ménages les plus modestes, le taux de couverture n'est que de 88 %¹.

La version définitive du rapport du HCAAM a été diffusée le 14 janvier 2022 comportant quatre scénarios à

1. HCAAM, *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*, Document de travail, Janvier 2021.

“ Au regard des enjeux et bouleversements associés à un tel schéma, j'ai souhaité interroger l'adéquation de ce scénario à l'objectif d'amélioration de l'équité de couverture entre les ménages. ”

débattre, parmi lesquels celui d'une « Extension du champ d'intervention de la Sécurité sociale » consistant à « absorber » une part majoritaire des dépenses de santé couvertes par les mutuelles. Cette proposition passerait, entre autres, par la suppression des tickets modérateurs et le remboursement du panier 100 % Santé en optique/dentaire/audioprothèses par l'AMO. Les complémentaires santé n'interviendraient plus que sur le reste des soins, soit une portion congrue constituée par les dépassements d'honoraires et autres frais de confort (Ex. chambre particulière à l'hôpital, équipements optiques hors 100 % santé...).

Au regard des enjeux et bouleversements associés à un tel schéma, j'ai souhaité interroger l'adéquation de ce scénario à l'objectif d'amélioration de l'équité de couverture entre les ménages.

Un système de protection sociale de type Grande Sécu améliorerait-il l'équité de la couverture des frais de soins de santé entre les ménages ?

À première vue, l'avantage du scénario de Grande Sécu pour les patients serait « d'offrir » une couverture minimale pour tous, en particulier les 5 % ne possédant pas de complémentaire santé, donc un système poten- →

tiellement plus égalitaire. Pour aller plus loin, j'ai observé les caractéristiques des différents types d'organisation de systèmes de soins de santé chez nos voisins européens et la place des assureurs privés facultatifs pour en tirer des enseignements pour la France sur l'équité entre les ménages en matière de couverture.

Trois types d'organisation du système de soins de base en Europe²

Il existe trois principaux types d'organisation de la couverture de base des frais de soins de santé :

- ① Des systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses de Sécurité sociale (France et Allemagne),
- ② Des systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés dans un cadre régulé (Pays-Bas et Suisse). Dans ces deux cas, ils couvrent l'ensemble des résidents via des mécanismes d'obligation d'assurance et des dispositifs spécifiques pour les populations vulnérables. **Le parcours de soins des patients est modérément encadré et la liberté de choix d'un praticien est la règle. Le mode d'exercice des professionnels de santé est principalement libéral, basé sur le paiement à l'acte.**
- ③ Des systèmes nationaux de santé (Royaume-Uni et Espagne), financés par l'impôt, dont les soins sont délivrés gratuitement dans des structures de soins publiques par des **professionnels de santé rémunérés par l'État. Le parcours de soins des patients est très encadré et il existe de nombreuses restrictions géographiques dans le choix d'un praticien.**

Ces trois types d'organisation des couvertures de base laissent toutes à la charge des assurés des copaiements ou des dépenses non couvertes (tickets modérateurs, forfaits, franchises) :

- Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses de Sécurité sociale ou des assureurs privés, les frais de soins hospitaliers, les médecins, auxiliaires médicaux, analyses biologiques et médicaments sont généralement **couverts avec des copaiements à la charge des assurés ou de leurs assurances privées**³. La prise en charge des frais d'optique (sauf en France) et des soins et prothèses dentaires en Suisse, est exclue de la couverture de base.
- Dans les systèmes de santé nationaux, les frais de soins, hors médicaments, soins et prothèses dentaires et optique, sont couverts intégralement. **Les médicaments sont couverts avec des copaiements à la charge des assurés, l'optique voire les soins et prothèses dentaires pour l'Espagne, ne sont pas couverts.**

En fonction de la couverture maladie de base, l'intervention des assurances privées prend différentes formes :

- « **Complémentaire** » lorsque l'assurance est souscrite pour des soins inclus dans le panier de base, mais pour couvrir tout ou partie des copaiements laissés à la charge du patient,
- « **Supplémentaire** » lorsqu'elle est souscrite pour couvrir les prestations laissées en dehors du panier de soins de base,
- « **Duplicative** » ou « **parallèle** » lorsqu'elle permet aux assurés d'obtenir, **via des fournisseurs de soins privés**, un accès plus rapide aux soins, les files d'attente dans le secteur public pouvant se révéler longues, un choix plus large de prestataires ou des soins de meilleure qualité.

L'analyse du périmètre d'intervention des assurances santé privées facultatives en Europe montre que dans les pays où l'assurance maladie est gérée par des caisses de Sécurité

sociale ou des assurances privées, **il n'existe pas de système duplicatif. Les assureurs privés interviennent exclusivement à titre complémentaire et/ou supplémentaire.**

En revanche, on constate la présence de systèmes d'assurance privée duplicatifs chez nos deux voisins européens dotés de systèmes de santé nationaux pour compenser les lacunes du système public. **Ces assurances dites « duplicatives » permettent aux populations les plus aisées de bénéficier de prises en charge plus rapides, d'un meilleur confort et d'un choix plus large de praticiens que celui offert gratuitement dans le public.** C'est notamment le cas pour 15 % des Espagnols et 11 % des Britanniques⁴.

Quels enseignements peut-on tirer de l'observation de nos voisins européens dans l'hypothèse d'un scénario de Grande Sécu qui rapprocherait le système français des systèmes nationaux de santé ?

En permettant à chaque Français de bénéficier « gratuitement » d'une couverture maladie de base incluant notamment la prise en charge de l'actuel ticket modérateur et les paniers optique/audio/dentaire du 100 % santé, le projet de Grande Sécu pourrait hypothétiquement permettre aux 5 % de Français les plus vulnérables, sans complémentaire santé, de bénéficier d'une couverture et d'un accès aux soins améliorés.

Est-ce réaliste ? On peut en douter pour deux raisons :

- **PREMIÈREMENT** ➤ Alors que les paniers de soins de base des systèmes de santé anglais et espagnol **maintiennent des co-paiements à la charge des assurés sur des soins de santé essentiels** tels que les médicaments, les soins et prothèses dentaires et **ne prennent pas en charge** les frais d'optique

2. Champ : France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Espagne et Royaume-Uni.

3. À noter : l'Allemagne n'impose pas de copaiements chez les médecins et auxiliaires médicaux.

4. La complémentaire santé > édition 2019 > DREES.

pour favoriser la soutenabilité des régimes, le périmètre de couverture du « 100 % Sécu » chiffré par le HCAAM est beaucoup plus généreux. Il intègre le « 100 % Sécu » sur les médicaments et biens médicaux et sur les paniers « 100 % santé » en optique et dentaire, sujets à forte dérive. **Est-ce à dire que contrairement à nos voisins, la Grande Sécu à la française ne serait jamais confrontée à un problème de soutenabilité ?** Si, de manière évidente, de tels problèmes de besoins de financement se faisaient sentir, le gouvernement n'aurait pas d'autre choix que d'accroître les prélèvements obligatoires et de reprendre la pratique des déremboursements. Sans le filet des complémentaires santé, seraient-ils acceptables du point de vue du pouvoir d'achat des Français ? **Il en résulterait nécessairement un accès aux soins différencié selon le niveau de revenu, donc une source d'iniquité entre les ménages.**

➤ **DEUXIÈMEMENT** ➤ Sans même attendre une évolution défavorable de l'équilibre de la Grande Sécu, considérer que la couverture intégrale du ticket modérateur suffirait à elle seule à favoriser l'accès aux soins des plus fragiles semble pour le moins illusoire. La pratique des dépassements d'honoraires, non couverts par le projet de Grande Sécu, est quasiment généralisée en établissements de santé privés et auprès des praticiens de nombreuses spécialités, la moitié des spécialistes étant aujourd'hui en secteur II⁵. **En conséquence, l'accès aux soins des Français non couverts par une complémentaire resterait différencié selon le niveau de revenu en l'absence de politique de régulation.**

5. Florence Jusot, économiste de la santé, chercheuse associée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la Santé (Irdes), *La Tribune de l'Assurance*, Publié le 5 janvier 2022.

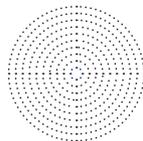
“ Cette évolution vers un système de santé à deux vitesses ne semble pas totalement en phase avec l'objectif poursuivi d'une plus grande équité dans la couverture de santé de tous les Français. ”

Aussi, la nationalisation du système de santé, qui implique nécessairement un encadrement plus fort du parcours de soins et des restrictions géographiques d'accès aux soins, ferait à n'en pas douter le lit de systèmes d'assurance duplicatifs, à l'image des systèmes anglais ou espagnol, permettant aux plus aisés de continuer à choisir librement leurs professionnels de santé et à bénéficier de prestations de confort. Cette évolution vers un système de santé à deux vitesses ne semble pas totalement en phase avec l'objectif poursuivi d'une plus grande équité dans la couverture de santé de tous les Français.

Pour finir, on peut s'interroger plus globalement sur la pertinence d'en-

visager un tel changement de paradigme, dont le coût estimé à ce stade à 22 milliards supposerait une hausse des prélèvements obligatoires, pour permettre à 5 % de la population de bénéficier d'un « 100 % Sécu ». Rappelons que le déficit de la Sécurité sociale, creusé par deux ans de crise sanitaire, se situe autour de 35 milliards en 2021⁶. **Des mesures ciblées pour favoriser la mutualisation et donc l'accessibilité des garanties d'assurance santé spécifiquement pour les populations socialement fragiles ne seraient-elles pas plus adéquates ?**

6. Olivier Véran : galop d'essai pour la « Grande sécu », *Les Échos*, 21 décembre 2021.



Le scénario d'étatisation du système de santé en remplacement du schéma actuel d'assurance maladie géré par les caisses de Sécurité sociale et cofinancé par des assureurs santé privés ne permet pas de relever le défi de l'équité de la couverture des frais de soins de santé entre les ménages. A contrario, il pourrait favoriser le développement de systèmes duplicatifs difficilement accessibles aux plus modestes. Enfin, au-delà de l'équité de la couverture entre les ménages, d'autres problématiques militent pour une réforme plus systémique et une articulation plus efficiente entre régimes d'assurance maladie obligatoires et privés. La répartition inégalitaire de l'offre de soins sur le territoire à l'origine de difficultés majeures d'accès aux soins, les besoins non couverts d'orientation et d'accompagnement des patients dans leur parcours de santé ne sont que quelques exemples. •

Qui va financer la révolution de l'exercice médical par les acteurs du numérique en santé ?

Durant les dernières années, les potentialités de l'exercice médical distanciel ont été décuplées du fait des évolutions technologiques et de la crise sanitaire qui a permis une accélération massive des adoptions et des usages.

L'exercice médical distanciel et le digital permettent d'entrevoir une autre façon de prendre en charge la santé d'un individu de façon holistique et dynamique.

Cela nécessite de concevoir des « parcours de santé » qui prennent en compte l'émergence de nouveaux besoins bien en amont des problèmes potentiels.

Pour cela il faut considérer plusieurs éléments :

- La ressource médicale/paramédicale et sa répartition géographique,¹
- Les nouveaux usages en santé que permettent aujourd'hui largement les technologies mobiles,^{2,3}
- L'émergence de capteurs miniatures, puissants, invisibles, ne réagissant que si besoin,
- La démocratisation de la télémédecine.⁴

Pour réussir, les entreprises de la filière santé travaillent à relever les défis de la santé numérique, pour faire émerger un système de santé nouvelle génération incluant de la télémédecine adaptative (fonction de l'environnement ou de la cible populationnelle) personnalisable (protocoles médicaux dédiés, par ex.), robustes (capables de supporter des montées en charges importantes – ex. Covid), spécifiques (on ne prend pas en charge un patient diabétique de la même façon qu'un patient insuffisant cardiaque), et sélectif (la prise en charge doit pouvoir détecter les problématiques, exemple de l'anamnèse sur les motifs de consultation).

1. [Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins.](#)

2. [Article de Pierre Simon « La réforme de notre système de santé est bien en marche grâce au nouveau souffle impulsé par la télémédecine et l'intelligence artificielle ».](#)

3. [Santé, transport... Comment la 5G s'apprête à bousculer nos vies.](#)

4. [L'ANS publie un nouveau baromètre sur la télémédecine | esante.gouv.fr](#)

François LESCURE
Président Teladoc Health France
Président LET (Les
Entreprises de
Télémédecine)



“ Le patient n'est plus un patient mais un acteur d'un système de santé, il n'est plus passif mais actif, il n'est plus ignorant mais sachant, plus isolé mais connecté, plus contraint mais libre de ses choix. ”

Enfin, pour évaluer l'efficacité de cette nouvelle façon de prendre en charge la santé d'un individu, il va aussi falloir imaginer de nouveaux systèmes de mesure de « l'expérience utilisateur » et des « outcomes⁵ », pour s'assurer de la qualité globale.

Comment réussir cette mutation profonde du modèle santé ?

Pour réussir collectivement cette mutation dans la prise en charge santé d'un individu, il faut accepter de passer d'une vision « one stop health »⁶ telle que nous la connaissons à une vision longitudinale et complète du patient⁷.

Le patient n'est plus un patient mais un acteur d'un système de santé, il n'est plus passif mais actif, il n'est plus ignorant mais sachant, plus isolé mais connecté, plus contraint mais libre de ses choix.

Le digital ainsi que toutes les technologies actuelles et futures, doivent venir fluidifier ce nouveau parcours de santé, car celui-ci devient alors très complexe pour son concepteur tout en devant rester simple et efficace pour l'utilisateur, qu'il soit patient ou professionnel de santé.

5. [Des mesures concrètes des bénéfices patients.](#)

6. [UnHealthcare. Hemant Taneja | Health Assurance | Medium](#)

7. [Applications mobiles : comment développer les usages ?](#)

À la clé des enjeux sociétaux et sociaux majeurs, car comme nous avons pu le voir lors de la crise Covid, la population s'est trouvée dans une situation tout à fait inédite où l'information, la communication et le digital ont joué des rôles majeurs dans des parcours totalement bouleversés.

Le digital en santé a démontré aussi sa capacité à diminuer les risques et permettre une prise en charge plus efficiente de nos concitoyens/patients (notamment via la télémedecine) donc des coûts significativement plus faibles.

Par exemple, la télémedecine permet un **évitements des urgences d'environ 15 à 20 %**. Pendant la crise Covid ces urgences étaient totalement saturées mais concrètement, sur les quelque 20 millions de téléconsultations réalisées courant 2020⁸, si 20 % d'entre elles ont permis d'éviter les urgences, ce ne sont pas moins de **4 millions de passages évités**, soit, à un coût moyen d'environ 227 euros⁹, ce sont près de **1 Md € économisés** sur la seule année 2020.

Si on ajoute les coûts directs (déplacements, arrêts de travail par ex.) et indirects (stress, anxiété par ex.), les conséquences sur les individus sont probablement largement supérieures.

On le voit donc clairement, l'aspect médico-économique¹⁰ est au moins aussi important que le service médical rendu et le bénéfice santé des individus.

Pour réussir cette mutation, il faut aussi motiver les financeurs du système de santé actuel d'investir et de challenger notre système actuel de santé.

Il faudra passer d'un modèle où on assure un risque de tomber malade (modèle des assurances actuelles y compris la Sécurité sociale) à une assurance santé où l'enjeu est de garantir la santé des individus et de leur proposer un éventail de produits de santé pour rester aussi longtemps que possible loin du soin.

Faut-il un ou plusieurs financeurs ? Probablement oui.

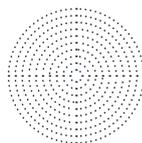
L'assurance maladie, qui au passage devrait changer de nom, peut-elle gérer uniquement le risque « maladie » ou « accident », c'est souhaitable !

8. Pour les seules téléconsultations remboursées par la Sécurité sociale.

9. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé.

10. Impact économique de la télémedecine sur les dépenses de santé en France.

“ Le digital en santé a démontré aussi sa capacité à diminuer les risques et permettre une prise en charge plus efficiente de nos concitoyens/patients (notamment via la télémedecine) donc des coûts significativement plus faibles. ”



Les complémentaires santé peuvent jouer alors le rôle très enviable de proposer un panel de services dédiés uniquement à maintenir la santé des individus et éviter le soin, bel objectif de santé. Les générations à venir sont conscientes de la nécessité de gérer leur santé, il faut s'assurer de les accompagner. •

Les assureurs s'engagent pour un système plus efficient, au bénéfice de la santé des Français



La France possède un système d'assurance maladie obligatoire qui repose sur la solidarité entre les plus aisés et les plus démunis, entre actifs et inactifs, et entre bien portants et malades.

Il est souvent cité en exemple, pourtant il ne fait pas toujours figure de premier de la classe dans les évaluations internationales. L'Euro Health Consumer Index (EHCI), qui évalue les performances des systèmes de santé européens, place la France au onzième rang au sein de l'Union européenne. Les résultats 2019 du classement mondial de Bloomberg (OCDE), donc avant la Covid-19 et la crise sanitaire, nous classent à la douzième place dans le monde. Si sur certains indicateurs la France présente indéniablement des résultats de tout premier ordre (taux de reste à charge, espérance de vie des femmes, prise en charge des accidents cardio-vasculaires ou oncologie), d'autres, en revanche, sont nettement moins bons, tels que l'espérance de vie en bonne santé (63,7 ans pour les hommes et 64,6 ans pour les femmes) qui relègue la France au neuvième rang des pays de l'Union européenne !

Nous, assureurs, sommes des acteurs clés du système de soin : 96 % des foyers français sont couverts par une assurance complémentaire santé. Chaque jour nous bâtissons une relation privilégiée et continue avec les Français sur les questions de santé. Et c'est de cette expérience, précieuse, que nous tirons des enseignements sur les attentes des Français en matière de santé, sur l'état du système de santé et les défis qui s'y attachent.

Notre système de santé doit relever quatre défis majeurs

Il apparaît ainsi que nous avons quatre défis majeurs à relever.

- Le premier, c'est l'inégalité d'accès aux soins.
- Le second, c'est la fragmentation et l'opacité des parcours de soins qui s'apparentent le plus souvent à des parcours du combattant.
- Le troisième, c'est l'absence chronique de politique active de prévention.

“ Certains indicateurs [...] sont nettement moins bons, tels que l'espérance de vie en bonne santé qui relègue la France au neuvième rang des pays de l'Union européenne ! ”

- Et le dernier, c'est l'insoutenable financière avec le report des coûts sur les générations futures.

On le voit bien, l'enjeu structurel est bien plus large qu'une simple question d'articulation entre financement privé et financement public du système.

Les assureurs entendent intervenir comme des alliés encore plus efficaces du système de santé et proposent des avancées concrètes

Face à ces défis, les assureurs ne sont pas restés les bras croisés et ont développé toute une série de services innovants pour aider leurs assurés. Très attachés à l'héritage d'un modèle social qui fait encore la fierté des Français, ils estiment néanmoins que des marges d'action supplémentaires existent pour accroître la performance de notre système au bénéfice de la préservation du capital santé des Français.

C'est dans ce sens que nous formulons cinq propositions concrètes :

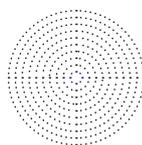
- ① Nous souhaitons une évolution du contrat responsable, pour libérer un champ d'action et d'innovation plus large. Aujourd'hui, les contrats responsables sont caractérisés par une grande rigidité, rigidité souvent incomprise tant par les patients que par les professionnels de santé. En parallèle, les assureurs observent que les restes à charge des patients ont augmenté, en fréquence

mais aussi en montant, particulièrement pour les actes techniques. L'évolution du contrat responsable permettrait de répondre aux attentes des patients, tout en développant des prises en charge plus efficaces et plus personnalisées.

- ② **Nous proposons l'instauration de partenariats avec les professionnels de santé, établissements, fournisseurs de dispositifs médicaux...** pour imaginer ensemble et expérimenter des modalités de prise en charge des actes et des personnes en matière de prévention, d'accompagnement, de parcours de vie. Ces partenariats permettraient de réduire la fragmentation des parcours, les restes à charge et favoriseraient ainsi l'accès de tous aux programmes et services qui seraient déployés. Ces partenariats permettraient au système de gagner en efficacité en valorisant le juste recours aux soins et en favorisant la généralisation d'une forme de personnalisation.
- ③ **Nous appelons au renforcement de notre collaboration les pouvoirs publics, la médecine du travail et des risques professionnels,** pour mettre notre compétence au service d'une politique de prévention plus efficace. Nous sommes en effet détenteurs d'un savoir-faire unique en la matière via toutes nos actions de prévention déployées en particulier dans les entreprises qui se révèlent être de formidables territoires de santé.
- ④ **Nous sommes en faveur d'un élargissement de l'accès à une assurance santé essentielle à des publics susceptibles de renoncer aux soins en raison de revenus particulièrement limités.** Actuellement les taxes qui pèsent sur les contrats santé senior ou sur les contrats hospitalisation s'élèvent respectivement à plus de 13 % et à plus de 20 %. Or la santé est un bien de première nécessité. Une adaptation de la fiscalité nous paraît donc nécessaire avec une bascule vers un taux à 5,5 % correspondant au taux de TVA sur les biens de première nécessité.

“ **Nous sommes en faveur d'un élargissement de l'accès à une assurance santé essentielle à des publics susceptibles de renoncer aux soins en raison de revenus particulièrement limités.** ”

- ⑤ **Enfin, nous voudrions engager une réflexion avec les pouvoirs publics, visant à mieux répartir les rôles, au premier euro, entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les Organismes complémentaires d'Assurance maladie (OCAM),** dans certains domaines. Nous pourrions financer, par exemple, dès le premier euro, les dépenses d'optique. Et pour revoir cette répartition, nous appelons à la définition d'une grille d'analyse permettant d'expertiser, domaine après domaine, la pertinence de l'action de chaque acteur et l'intérêt qu'il y aurait à lui confier tout ou partie de la prise en charge.



Avec ces propositions, et en tant qu'acteurs clé du système de santé actuel, nous souhaitons contribuer activement à la construction d'un système centré sur les besoins des personnes, innovant et efficace.

Soyons tous, collectivement, à la hauteur de ces enjeux ! •

Pour une refondation de notre modèle partenarial

Je suis pour une protection sociale solide et solidaire, universelle, qui s'adapte aux besoins et aux nouvelles questions éthiques, qui anticipe les nouveaux risques, une sécurité sociale durable. Je suis aussi convaincue que la Sécurité sociale ne peut pas tout faire seule. Elle sera d'autant plus forte qu'elle s'alliera avec des partenaires pour renforcer les interventions respectives. Elle sera d'autant plus légitime qu'elle reposera sur des fondements démocratiques et transparents.

L'épidémie de Covid aura révélé et amplifié des besoins que les Français éprouvent de longue date : la difficulté à trouver un médecin dans des délais raisonnables, des hôpitaux sous-dotés et surchargés, des professionnels fatigués, un financement qui repose sur la dette, des besoins non ou insuffisamment couverts comme la prévoyance ou la perte d'autonomie, etc.

Alors que cette révélation aurait dû constituer une formidable opportunité pour que nous nous accordions, toutes les parties prenantes au système de protection sociale et de santé, sur les besoins et les réponses à y apporter, malheureusement, les débats ces derniers mois se sont une nouvelle fois focalisés sur le « petit bout de la lorgnette » : la suppression des « mutuelles ». Ce serait donc la Sécurité sociale seule, en situation de monopole, qui promettrait solidarité et égalité, accès aux soins et prise en charge de qualité ?

Je ne le pense pas : pas pour aujourd'hui et encore moins pour demain.

Tout d'abord, parce que la Sécurité sociale n'est plus en condition aujourd'hui d'assurer la couverture des dépenses de santé de ceux qui en ont le plus besoin. En effet, s'il subsiste des restes à charge élevés, largement concentrés sur la fraction de la population la plus exposée aux problèmes de santé¹, c'est bien parce que **la Sécurité sociale a priorisé ses interventions sur les affections les plus sévères et coûteuses, au détriment des dépenses récurrentes** (hospitalisations, soins et biens médicaux courants et/ou connexes à une affection de longue durée, dé-

1. Alors que les personnes de plus de 75 ans représentent 10 % de la population (Insee, données annuelles 2021), ils représentent 17 % de la consommation de soins et de biens médicaux (« Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 », Drees, études et résultats n° 1025, septembre 2017).

Séverine SALGADO

Directrice générale de la
Fédération Nationale
de la Mutualité
Française,
Membre
de Parité
Assurance



“ Les mutuelles souhaitent assumer un rôle important et complémentaire à celui de la Sécurité sociale pour faire face aux enjeux de demain. ”

passements d'honoraires...). **C'est aussi parce qu'elle n'a pas suffisamment investi dans une politique de prévention de long terme.** Ainsi, par exemple, nous subissons des écarts d'espérance de vie à 35 ans entre les personnes les plus et les moins éduquées (chez les hommes, il est de 6 ans et demi contre 3 ans et 7 mois en Italie et 4 ans en Suède²) et la consommation de substances addictives ou psychoactives (alcool, cannabis, médicaments, etc.) est plus élevée en France que la moyenne européenne. Les « mutuelles » héritent de ces inégalités, elles n'en sont pas responsables.

Ensuite, rien n'indique qu'une assurance maladie seule puisse répondre mieux qu'aujourd'hui aux problématiques structurelles du système de santé (fonctionnement en silos et rémunération des professionnels de ville notamment) ainsi qu'aux déterminants des inégalités de santé qui dépassent largement le périmètre du ministère de la Santé. Au contraire, comme elles l'ont démontré par le passé en proposant des services innovants comme le tiers payant ou les téléconsultations, **les mutuelles souhaitent assumer un rôle important et complémentaire à celui de la Sécurité sociale pour faire face aux enjeux de demain** : programmes de santé publique et de prévention adaptés aux besoins populationnels et aux territoires, adaptation des services et de l'offre médico-sociale, en particulier à domicile.

Enfin, alors que des pans entiers de notre protection sociale ne sont pas couverts ou le sont insuffisamment, la Sécurité sociale pourra encore moins

2. « Health at a glance 2021 », OECD indicators.

demain faire seule: la prévention, le financement des parcours de soins, la prévoyance, la perte d'autonomie... **Autant de secteurs non investis par la Sécurité sociale, malgré des besoins énormes: 10 à 12 Mds € seraient nécessaires par an pour couvrir les seuls besoins en perte d'autonomie³, 12 Mds € encore pour subvenir aux besoins en prévoyance⁴.** Par ailleurs, le budget de l'Assurance maladie renoue avec un déficit structurel, hors dépenses liées au Covid, de l'ordre de 15 Mds € en 2024. La résorption de la dette et le retour à l'équilibre financier justifieront de nouveaux efforts sur les dépenses et suppriment de fait toute perspective d'un élargissement des risques sociaux couverts par la Sécurité sociale.

Je suis convaincue qu'un système avec deux acteurs est le seul en mesure de concilier un haut niveau de solidarité et un degré élevé d'innovation et de liberté.

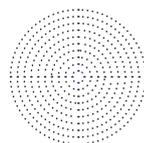
C'est pourquoi, plutôt que le grand soir, il nous faut consolider le système et fixer ensemble de grands objectifs pour résoudre ces difficultés structurelles: un accès aux soins qui se complexifie, des inégalités sociales de santé pétrifiées et des défauts de couverture financière pour une fraction de la population exposée à des restes à charge qui peuvent être insoutenables, et le seront plus demain. Le tout dans un contexte où, inéluctablement, la dépense de santé augmente du fait de la progression des maladies chroniques, du vieillissement, du coût croissant du progrès médical mais aussi d'un effet générationnel (à âge et état de santé donnés, chaque génération consomme plus de soins que la précédente).

Deux axes peuvent être privilégiés, sans prétendre à l'exhaustivité.

- ① Le premier, préalable au second, est de redonner à la Sécurité sociale les moyens de sa promesse initiale: couvrir selon les besoins. Plusieurs leviers peuvent ici être évoqués: la simplification et la révision dynamique des nomenclatures pour respectivement amoindrir les frais de gouvernance et concentrer les remboursements sur les actes utiles, le partage des données de consommation pour limiter les actes redondants, une intervention plus ciblée pour prioriser sur les dépenses générant des restes à charge élevés...
- ② Le second axe est de repenser en confiance le modèle partenarial entre la Sécurité sociale et les mutuelles. Les mutuelles parce qu'elles ont développé une relation de proximité avec leurs adhérents, sont en capacité de connaître et d'an-

“ 10 à 12 Mds € seraient nécessaires par an pour couvrir les seuls besoins en perte d'autonomie, 12 Mds € encore pour subvenir aux besoins en prévoyance. ”

ticiper leurs besoins en santé publique comme en prévoyance, individuels comme professionnels. Pour leur permettre d'exercer, en complément de la Sécurité sociale, leurs missions en responsabilité et en transparence, il convient de revoir leurs prérogatives et leurs leviers d'action. Cela suppose notamment de constituer des instances partagées de régulation et de gestion du risque et de l'offre de soins, de permettre aux mutuelles de valoriser les données de santé pour adapter leurs actions de prévention et ajuster leurs services.



Toutes ces réponses doivent être élaborées collectivement. Les instruments de la démocratie en santé doivent permettre d'aborder sereinement les questions éthiques, les problématiques liées aux données de santé ou les déterminants de santé. •

3. Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, mars 2019.

4. L'observatoire de l'imprévoyance « *Le coût de l'imprévoyance* », avril 2021 (groupe Vv).

Poser les bases d'un dialogue fécond

Alptis assurances est un modèle singulier, au plus près de ses adhérents, construit autour de plusieurs associations d'assurés.

Cela donne à notre entreprise une couleur particulière et place l'adhérent au centre de nos réflexions. Loin de toute logique corporatiste, c'est donc par ce prisme que nous abordons le sujet de l'évolution de notre système de soins et de son financement.

Autant le dire très directement, la répartition du financement entre Sécurité sociale et complémentaires préoccupe peu nos adhérents. Il s'agit d'un débat d'experts, auquel ils ne peuvent prendre part. La ligne sémantique accrocheuse de la Grande Sécu à l'aube d'une élection présidentielle, les débats contradictoires qui s'en sont suivis, n'ont fait que les éloigner d'un sujet dont ils sont pourtant les acteurs et bénéficiaires principaux. Comme tous les Français.

Et pourtant, nos assurés sont préoccupés par notre système de soin.

Parce que l'accès aux soins est de plus en plus difficile, que les déserts médicaux s'étendent rapidement.

Parce que la situation des hôpitaux est calamiteuse, que les services d'urgence sont débordés.

Parce que leurs cotisations d'assurance complémentaire augmentent régulièrement, malgré les efforts de nos équipes pour contenir les coûts de gestion dans un contexte de complexification toujours croissante du système.

Parce que la médecine devient toujours plus technique, que les médecins de famille, pivots actuels de notre système de santé, deviennent trop rares.

Que tout cela obère leurs chances de vivre en bonne santé le plus longtemps possible.

Le sujet de l'avenir de notre système de soin mérite donc bien d'être posé

et il requiert l'attention et la participation des citoyens. Plutôt que laisser quelques experts le préempter, il est nécessaire de l'ouvrir largement car c'est un sujet de société, au centre de nos vies.

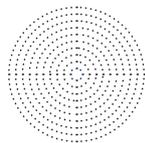
En tant qu'acteur associatif, nous pouvons et souhaitons prendre part à ce débat en reposant clairement ses bases :

- Définir le système de soins que nous souhaitons,
- Évaluer son coût,
- Envisager l'organisation de son financement.

Les débats actuels portent sur le troisième point, le financement, alors que les deux premiers sont évidemment à travailler en premier lieu si l'on souhaite apporter des solutions de financement adaptées.

Notre système de soin : que voulons-nous ?

Le modèle Alptis est un modèle de co-construction. Pour nous, il est naturel d'interroger nos assurés pour comprendre leurs besoins, leur expliquer les conséquences et coûts de leurs demandes, et leur permettre de faire des choix éclairés pour leur protection sociale. C'est la voie que nous suivons depuis 1976 et c'est une voie



En faisant participer les assurés, les citoyens, en leur permettant de comprendre les enjeux et les conséquences de leurs choix, en sortant de l'ignorance économique dans laquelle le système actuel les retient, nous saurons trouver ensemble les bons équilibres. Et l'organisation du financement ne sera qu'une conséquence d'un système coconstruit et choisi. •

Marie SOYER-CONTENT

Directrice générale
d'Alptis Assurances,
Membre de Parité
Assurance



féconde. Ensemble, adoptons-la à une plus large échelle pour permettre aux citoyens de comprendre les termes du débat et y prendre part.

Quelques questions pour guider ces travaux : quelle place souhaitons-nous donner à la prévention (c'est à ce jour une voie privilégiée par nos assurés qui y prennent une part active), quelle orientation dans le système de soin, dans un contexte de rareté des professionnels de santé dans beaucoup de régions, quelle utilisation de la télémédecine, que souhaitons-nous pour notre système hospitalier et, question éminemment délicate, est-on prêt à accepter une limitation des dépenses de fin de vie, sortir parfois du soin « quoiqu'il en coûte ».

Chacune des questions posées plus haut aura une incidence sur le coût du système. Mais prendre ces décisions ensemble permettra de mieux comprendre le besoin de financement et de l'accepter. Est-il vraiment scandaleux d'investir 11 % de notre PIB pour notre santé ? Pour un service réalisé essentiellement sur le territoire français et créant donc des revenus réinjectés dans notre économie ?

Les complémentaires sur le chemin de crête

Comment adapter leur stratégie face à la Grande Sécu ?



Ariane SUARD
Consultante en
assurance de personnes,
Membre de Parité
Assurance

Si les derniers rebondissements du rapport du HCAAM semblent avoir affaibli les scénarii d'évolution de rapports entre régime obligatoire et complémentaires santé, il ne faut pas s'en satisfaire pour autant.

Penser que les vives réactions du monde de l'assurance aient conduit à un arrêt de cette réforme serait manquer de modestie et de réalisme. À y regarder de plus près, l'atonie de certains acteurs majeurs du dispositif tels que la quasi-totalité des syndicats de professionnels de santé, voire le manque d'empressement des responsables politiques à prendre en charge cette thématique, ou encore des prises de position franchement favorables de certains membres de la société civile montrent que ce sujet est, en réalité, bien loin de faire l'unanimité.

Le ballon d'essai a permis de juger des arguments et positions de chacun. Mais le mouvement est lancé et les complémentaires santé doivent absolument s'en saisir, pour faire bouger les lignes afin de trouver une issue « par le haut » face au rouleau compresseur de l'étatisation.

Le débat a été positionné d'emblée par les pouvoirs publics sur des aspects techniques de chiffrages et de modalités, pour escamoter les questions de fond et occulter ainsi les vrais maux de la santé en France. Il devrait être posé en des termes bien plus ouverts : quelle protection sociale demain pour les Français ? Est-il possible que notre système de protection sociale protège de tous les risques avec des restes à charge limités, tout en étant financièrement soutenable par les parties prenantes (pouvoirs publics, acteurs privés et citoyens) ou bien faut-il opérer des choix entre les risques, entre les populations bénéficiant de restes à charge limités, entre ce qui relève de la protection due à tous et les choix individuels ? Où mettre ces curseurs ?

En fait, c'est bien notre capacité à anticiper les évolutions inéluctables qui est ainsi questionnée : vieillissement de la population induisant des problématiques de maintien à domicile, poids croissant des maladies chroniques, recherche médicale coûteuse, s'appuyant sur des traitements innovants et de petits

“ Le débat a été positionné d'emblée par les pouvoirs publics sur des aspects techniques de chiffrages et de modalités, pour escamoter les questions de fond et occulter ainsi les vrais maux de la santé en France. ”

effectifs de patients concernés, offre de soins dont chacun perçoit les limites (par exemple le manque de coordination de la médecine de ville, entre ville et hôpital, au sein de l'hôpital) et les difficultés d'accès. **Nous voyons que l'articulation typiquement française entre la Sécurité sociale et les complémentaires santé ne peut plus faire l'économie d'une remise à plat.**

Les complémentaires santé ont-elles encore une marge de manœuvre ? Quel(s) chemin(s) pourraient-elles emprunter dans ce paysage à redessiner ?

Elles peuvent (elles doivent ?) faire évoluer leur champ d'action, se faire pleinement reconnaître comme des acteurs à part entière de l'offre de santé et ne pas accepter qu'on les cantonne au simple rôle de « rembourseur » de prestations. Elles doivent devenir les partenaires des pouvoirs publics au plan national comme constituer des relais au plan local. L'enjeu pour elles est de définir une vision unifiée de leur contribution à la santé publique et de s'imposer comme partie prenante à la réflexion sur les missions et le modèle économique de l'ensemble des acteurs de la protection sociale renouvelée. Tout ceci exige un état d'esprit d'ouverture et de créativité, une même posture de la part des acteurs privés et publics. C'est faire le pari, peut-être trop optimiste, de l'intelligence au service de l'ambition collective pour un vrai renouvellement de notre protection sociale. →

Il existe des prémices déjà opérationnelles dans le champ laissé aujourd'hui aux complémentaires santé : des initiatives ont été lancées sur des sujets tels que l'orientation et les conseils délivrés aux patients, l'accompagnement en cas d'hospitalisation, la protection additionnelle au parcours de soins en cas de maladies graves... Les complémentaires santé participent également à des expérimentations en prévention secondaire avec l'appui d'outils connectés et d'intelligence artificielle. Mais s'inscrivant dans le cadre des règles actuelles, ces initiatives resteront toujours limitées, sans extension possible au champ national car leur modèle économique peine à émerger.

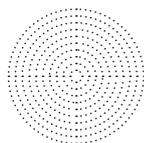
En parallèle, des expérimentations innovantes issues de l'article 51 du PLFSS 2018 commencent à arriver à leur terme et des retours d'expérience se révèlent prometteurs : ils doivent être intégrés aux réflexions de la protection sociale renouvelée.

Cette longue route qui devrait être concertée et non imposée, prendra du temps de réflexion et de mise en place.

Pour être un acteur confiant au cœur de négociations vitales, les complémentaires santé doivent aussi tourner le regard vers elles-mêmes et sortir du dilemme des contraintes économiques versus le développement. Le niveau des frais de gestion, demain critère de choix de sa complémentaire, devient un vecteur de détermination des priorités pour créer de la différenciation, faire entendre sa singularité. Il y a tant de nouveautés et d'innovation dans les offres de services et de prévention, tant d'objets connectés, tant de nouveaux modes relationnels avec ses clients, qu'il est nécessaire pour chaque complémentaire santé de définir sa grille d'analyse et ses critères de sélection.

“ Pour parvenir à cet ensemble cohérent et donc efficace, les déclinaisons opérationnelles sont multiples et doivent s'appuyer sur un système d'information agile. ”

Elle est propre à chacune en fonction de son histoire, de sa culture, de son ancrage territorial, de sa communauté de métiers protégés ou au contraire de sa diversité. Cette grille d'analyse est la traduction de ce qui va compter demain : définir une position claire sur sa personnalité en tant que complémentaire santé. Bien sûr c'est essentiel vis-à-vis des clients pour se différencier, les convaincre et les fidéliser mais aussi vis-à-vis des collaborateurs.



Pour parvenir à cet ensemble cohérent et donc efficace, les déclinaisons opérationnelles sont multiples et doivent s'appuyer sur un système d'information agile : connaître ses clients grâce à tous les capteurs d'informations, savoir les écouter et agir en conséquence dans leurs moments de vie, élargir la proposition de valeur avec des services disruptifs hors du champ assurantiel ou financier ; améliorer les interactions en personnalisant la relation quel que soit le canal, le moment ou la demande... Que de haies à sauter, d'obstacles à franchir mais les complémentaires santé et leurs assurés le valent bien ! ●



Les remboursements à l'Assurance maladie

La prévoyance et la prévention aux complémentaires

La question du rôle de l'Assurance maladie et des complémentaires santé est venue récemment sur le devant de la scène à l'occasion des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM).

Parlons clair : il ne s'agit pas d'être pour ou contre les mutuelles ou l'assurance maladie obligatoire, mais de poser un diagnostic le plus objectif et le plus partagé possible. Comment les complémentaires santé peuvent-elles contribuer plus, et mieux, à réformer le système de santé, à faciliter l'accès aux soins, à développer la prévoyance et la prévention ?

Oui, la France est encore l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, mais pour autant, depuis quinze ans l'espérance de vie en bonne santé n'y progresse plus, aux alentours de 65 ans pour les femmes et de 62 ans pour les hommes. Alors que le vieillissement et le progrès technique accroissent les besoins et que l'Assurance maladie est en déficit, les statistiques internationales montrent que la gestion du système de santé en France est l'une des plus coûteuses au monde. Il faut donc trouver des solutions pour simplifier les dispositifs. Aujourd'hui tous les actes sont remboursés une fois par l'Assurance maladie et complétés par les complémentaires santé. Ne serait-il pas plus simple que la Sécurité sociale, qui est organisée pour cela, assure l'ensemble des remboursements et recouvre la part des complémentaires ? Vu du point de vue de l'hôpital, cela déchargerait les établissements d'une lourde charge de gestion et permettrait de redéployer des milliers de postes de la facturation vers le soin.

De même lorsque l'on raisonne en moyenne, notre système de santé apparaît plus généreux que presque tous les autres avec un reste à charge particulièrement réduit pour les usagers. Il est d'autant plus choquant que la complexité des mécanismes de facturation aboutisse à ce que les patients parmi les plus fragiles — enfants et personnes âgées en particulier — se voient facturer un reste à charge qui dépasse parfois les 5 000 €. Il s'agit là d'un problème social et il est plus que temps de remplacer un système kafkaïen de tickets modérateurs et de contributions complexes par un montant forfaitaire

identique acquitté par chaque patient. Un plaidoyer commun avec les fédérations en ce sens auprès des pouvoirs publics devrait permettre d'avancer rapidement vers cette démarche de simplicité et d'équité.

Par ailleurs, si on comprend le mécanisme concurrentiel qui incite à proposer des tarifs attractifs pour les plus jeunes, cela se traduit mécaniquement par des tarifs plus élevés pour les plus âgés, qui présentent un profil de risque plus élevé. Selon le HCAAM, le coût des complémentaires santé peut atteindre 7 % du revenu des retraités les plus modestes qui ne bénéficient pas du financement des employeurs. Mais ne faut-il pas instituer une logique de péréquation entre les plus malades et les biens portants en limitant les écarts de tarifs voire en prévoyant un tarif unique ?

Prévoyance pour les actifs et pour compenser la perte d'autonomie

Les complémentaires santé pourraient cependant trouver un nouveau champ d'activité dans le développement de la prévoyance. On peut d'abord penser à la prévoyance auprès des actifs qui reste largement à parfaire en cas de grave accident de la vie, mais ne faut-il pas également se tourner bien plus fortement vers la compensation de la perte d'autonomie ? La lucidité s'impose : les besoins sont →

“ Comment les complémentaires santé peuvent-elles contribuer plus, et mieux, à réformer le système de santé, à faciliter l'accès aux soins, à développer la prévoyance et la prévention ? ”

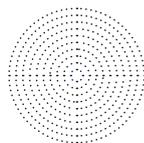
tels aujourd'hui, et encore plus demain, les restes à charge de l'accompagnement à domicile comme en EHPAD sont si élevés, que l'effort public, pour nécessaire qu'il soit, ne parviendra pas à répondre intégralement aux besoins d'une population très âgée de plus en plus nombreuse. Il nous faut donc accompagner cette évolution en développant des solutions d'assurance autonomie solidaires, aidées fiscalement par les pouvoirs publics.

Prévention

éducation à la santé, addictions, dépistage et vaccination

Enfin, et c'est peut-être le plus déterminant, il faut mettre en œuvre une grande politique de prévention qui fait cruellement défaut dans notre pays. À ce titre, la hausse de l'espérance de vie en bonne santé doit devenir un indicateur de réussite des politiques publiques aussi important que la croissance du PIB. Cette politique passe par une large palette d'initiatives (éducation à la santé dès le plus jeune âge, lutte contre les grandes addictions, dépistage et vaccination de masse, rétribution des acteurs de la santé en fonction d'indicateurs de santé publique). En utilisant de façon judicieuse leurs ressources humaines et leurs réseaux sociaux, leur proximité avec leurs adhérents, les mutuelles peuvent jouer un rôle majeur dans cette politique.

“ À ce titre, la hausse de l'espérance de vie en bonne santé doit devenir un indicateur de réussite des politiques publiques aussi important que la croissance du PIB. ”



Les complémentaires santé doivent apporter des réponses innovantes à ces défis. En l'absence de propositions sur ces sujets, il est clair que l'hypothèse de l'assurance universelle, parce qu'elle permet à la fois de réduire les coûts administratifs et de mutualiser le financement entre tous les citoyens trouvera de plus en plus de partisans. Aux complémentaires santé de démontrer que ce scénario n'est pas inéluctable. ●

Refonte du financement Pour un système de santé et de protection plus efficient

Martine VAREILLES
Experte en assurances
de personnes,
Membre de Parité
Assurance



Le projet d'avis de l'HCAAM sur l'articulation entre la Sécurité sociale et l'assurance maladie complémentaire est une formidable opportunité pour lancer quelques pistes de réflexions pour bâtir le système de santé et de protection français du XXI^e siècle.

Les constats portant sur le système actuel

Ce système, basé sur la solidarité entre actifs et inactifs, entre bien portants et malades, entre les plus aisés et les moins bien lotis, a fait globalement ses preuves, puisque le reste à charge des dépenses de santé des Français est l'un des plus faibles au monde.

La branche maladie du régime général est structurellement déficitaire depuis trente ans et ceci sans parler des exercices 2020 et 2021 marqués par la pandémie liée à la Covid-19. Même si ce constat est lié à l'augmentation des maladies de longue durée et au vieillissement de la population couverte, le régime actuel de couverture augmente la dette collective, qui sera transférée aux générations futures.

La quasi-totalité de la population bénéficie d'une complémentaire santé. De ce fait, des situations personnelles temporaires (chômage notamment) peuvent conduire à différer des soins mais peu souvent à y renoncer définitivement. Par contre, concernant les couvertures prévoyance en matière d'incapacité, d'invalidité ou de décès, il existe de très fortes disparités entre les agents publics d'une part, les salariés du privé d'autre part. Ces derniers sont d'autant mieux couverts que la taille de leur entreprise est grande mais il existe de grandes différences entre les branches d'activité.

Alors que l'espérance de vie en France à la naissance est l'une des meilleures des pays européens, l'espérance de vie en bonne santé (période de vie sans incapacité pour effectuer les actes quotidiens de la vie) est dans la moyenne de cette zone géographique. Plus précisément, pour les hommes, l'espérance de vie en bonne santé occupe le 10^e rang au niveau européen tandis que les femmes sont au 5^e rang. Même si cette situation est satisfaisante, le « bien vieillir » est un sujet de préoccupation socialement important du fait que la France a une population vieillissante.

“ Ce système, basé sur la solidarité entre actifs et inactifs, entre bien portants et malades, entre les plus aisés et les moins bien lotis, a fait globalement ses preuves. ”

Les réflexions d'un point de vue de citoyen

À mon sens, **une réforme se doit d'apporter des axes de progrès individuels et collectifs.**

Je pense d'abord au « bien vivre » en bonne santé, avec une protection sociale de qualité, pour éviter les renoncements aux soins et faire face en cas de coup dur (incapacité, invalidité), ceci pour chacun des individus de la société.

Au niveau sociétal, la viabilité économique de la branche maladie devrait s'améliorer afin de ne pas transférer aux futures générations un fardeau impossible à porter.

Pour aller dans cette voie, plusieurs pistes :

➤ Plus de prévention et une meilleure organisation de celle-ci. Elle devrait jaloner toutes les étapes de la vie, du plus jeune âge via les conseils aux jeunes mamans, puis via l'éducation, ensuite via l'employeur, puis via les autorités locales pour éviter le plus longtemps possible l'entrée en dépendance et le fait de devoir quitter son domicile.

Il serait souhaitable de faire traiter de la prévention à l'école comme cela a été le cas récemment pour la laïcité ou la citoyenneté. Bien manger, bouger devraient être des causes nationales qui en améliorant notre vie en bonne santé contribueraient également à l'optimisation de la productivité en entreprises et par voie de conséquence à la compétitivité de la France. Une bonne manière de rentrer dans un cercle vertueux et de réconcilier intérêt individuel et collectif! →

Même si des moyens supplémentaires pourraient être alloués, il conviendrait aussi de mieux structurer et de faciliter l'accès aux offres existantes. Il faudrait également mesurer très régulièrement les impacts des actions dans le temps pour mieux les ajuster.

➤ La formation des soignants qu'il s'agisse d'infirmiers (ères), d'aides-soignants (es), de puéricultrices, kinésithérapeutes... est clé, tant le manque quantitatif est fort. Ces métiers n'attirent plus pour un ensemble de raisons. Pour ne citer que les principales :

- Ces métiers sont parfois difficiles en côtoyant la maladie ou la mort,
- Les conditions du travail ne sont pas optimales (horaires, erreurs managériales engendrant un manque de motivation, manque de perspectives de carrière...),
- Les salaires et leurs évolutions ne sont pas attractifs en regard des deux points précédents.

Il conviendrait de valoriser fortement ces métiers via une plus grande communication, via des témoignages de praticiens car ils sont profondément humains et ceux qui les pratiquent en sont fiers. Il faudrait aussi créer des filières d'évolution professionnelle avec des passerelles, pour progresser tout au long de la carrière. Ceci afin de générer d'une part de l'attractivité, et d'autre part une évolution des salaires attirante. La dynamique de la formation initiale et de la formation continue est déterminante dans l'attractivité à l'égard de ces métiers.

En ce qui concerne les médecins, le *numerus clausus* a fortement augmenté en 2020 et 2021, pour enfin disparaître, mais nous payons au prix fort actuellement le peu de médecins formés dans les années 1990. Il conviendrait de mieux piloter l'offre de soins en regard de la demande qui est croissante car la population est vieillissante. Au-delà du *numerus clausus*, il conviendrait de se doter, d'une part d'une politique qui favorise l'innovation, et d'autre part de règles pour que l'accessibilité aux soins soit possible sur l'ensemble du territoire français.

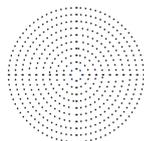
➤ Des parcours de soins repensés avec une meilleure coordination entre toutes les parties prenantes (ARS, médecins, infirmiers (ères), hôpitaux, etc.). Le pouvoir administratif a pris le pas sur le pouvoir médical en privilégiant le financier, la rentabilité sur la qualité au travail pour les soignants et l'efficacité pour les malades. Il est grand temps de sortir de cette logique, en redonnant du pouvoir aux soignants qui pourraient, comme les mana-

“ Il faudrait créer des filières d'évolution professionnelle, ceci afin de générer d'une part de l'attractivité, et d'autre part une évolution des salaires attirante. ”

geurs le font en entreprises, donner Le sens, en plaçant l'ensemble de l'équipe au cœur du dispositif via une co-construction permanente favorisant l'implication de tous. Cette manière de faire serait aussi source d'une plus grande attractivité pour ces métiers.

➤ La télémédecine et l'intelligence artificielle vont complètement modifier les pratiques actuelles dans tous les domaines des soins. Ces innovations très nombreuses devraient être expérimentées puis intégrées. De plus, comme elles ne sont pas sans impact ni sur les filières métiers ni sur les parcours de soins, il conviendrait d'anticiper leur arrivée pour tendre vers une bonne adéquation entre les outils et le personnel en capacité de les utiliser.

➤ La protection sociale dite lourde (incapacité, invalidité, décès) devrait être généralisée via des accords de branches complétés par des mécanismes de solidarité et/ou de mutualisation. Cette piste évoquée dans le rapport de l'HCAAM me semble aller dans le bon sens. Ces mesures devraient également être étendues aux agents publics dans leur ensemble.



Ces réflexions, qu'il s'agisse de prévention, de formation ou d'organisation méritent d'être co-construites avec l'État et l'ensemble des parties prenantes dont les complémentaires santé et prévoyance. Ces dernières ont un rôle significatif à jouer dans l'écosystème, tant en termes de ressources que de partages d'expériences et devraient innover avec des offres revisitées, pour garantir des soins résultant de la réalisation d'un aléa (avec une évolution des contraintes réglementaires actuelles), à proposer des services de prévention ou d'accompagnement notamment pour les patients en ALD.

Grâce à ces synergies entre le public et le privé, bâtissons ensemble le système de santé du XXI^e siècle dont nous serons fiers! ●

Parité Assurance est une association créée en 2008 par des dirigeantes de l'assurance et de la protection sociale pour promouvoir la place des femmes dans les fonctions de direction dans l'assurance, l'assistance et la santé, ainsi que pour permettre des échanges sur ces domaines et sur l'apport des femmes à l'évolution des couvertures d'assurance.

Depuis 2008 Parité Assurance, qui compte désormais près d'une centaine de membres, se fixe comme objectif de contribuer à la parité dans les organes de décision des entreprises d'assurance, Comités directeurs et Comités exécutifs et de façon générale de promouvoir

l'accès des femmes aux instances de décision et de gouvernance. Dans cet objectif, l'association agit en favorisant le fonctionnement en réseau, l'entraide, en soutenant ses membres dans la recherche de postes et en mentorant des femmes à des moments clés de leur carrière.

Une même passion et expérience de l'assurance de personnes réunit les femmes de l'association, justifiant des prises de parole. Cela a été le cas dans le cadre du cycle de quatre matinales sur le sujet des femmes et de la santé, avec un premier Livre blanc sur la dépendance en 2018, puis un second en 2021 et en 2022 avec un nouveau Livre blanc sur l'articulation entre Assurance Maladie Obligatoire et complémentaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

www.pariteassurance.com

LES CHEVILLES OUVRIÈRES DU LIVRE BLANC



JOSETTE GUÉNIAU

Membre du CA de Parité Assurance, conseil expert en santé, directrice de l'Observatoire Santé et Innovation de l'Institut Sapiens



MARIE-SOPHIE HOUIS

Membre du CA de Parité Assurance, et associée PMP Strategy



VÉRONIQUE LACAM-DENOËL

Membre du Bureau de Parité Assurance, présidente et associée fondatrice de Proxicare



OLIVIER MILCAMPS

Senior manager, PMP Strategy



LOUISA RENOUX

Membre du CA de Parité Assurance, Présidente de Femmes Santé Climat, Experte en Assurance et associée au sein du cabinet de conseil PwC France



MARIE PAULE STÉPHAN

Graphiste, Maquettiste MS Studio



CÉDRIC VIAOUËT

Analyste, PMP Strategy

