ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

SPÉCIAL OCAM

2024, année en trompe l'oeil ?

PSC Hospitalière : toujours en attente

N° 1280 - BIMENSUEL DU 6 AU 19 JUIN 2025 15 €



> « Le bon moment pour poser un certain nombre de questions »

ÉRIC CHENUT

PRÉSIDENT DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

80 ANS Sécurité Sociale

PÉRENNISER LA SÉCURITE SOCIALE

MINISTRES ET DSS EN DÉBATTENT

l'Assurance Maladie

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

msa santé famille retraite services

Partez à la conquête d'un nouvel espace pour votre santé.

Mon espace santé est un carnet de santé numérique, interactif et sécurisé dont chacun bénéficie désormais pour participer au suivi et à la préservation de sa santé. Dans Mon espace santé vous allez pouvoir ranger toutes vos informations médicales, échanger avec vos professionnels de santé via une messagerie confidentielle et bientôt explorer de nombreux autres services et applications utiles pour votre santé. Rendez-vous dès maintenant sur **monespacesante.fr**



MON ESPACE SANTÉ

VOUS AVEZ LA MAIN SUR VOTRE SANTÉ.

MON DOSSIER MÉDICAL. MA MESSAGERIE SANTÉ.

ÉDITO

Alexandre Beau



Contre-productif



Alors que les acteurs mutualistes vont se retrouver à Agen du 18 au 20 juin prochains pour un congrès très attendu, *ESE* consacre un nouveau dossier sur l'état du marché des Ocam. Les résultats 2024, de premier abord très positifs, semblent en réalité être en trompe l'œil face à un secteur qui peine à faire de la complémentaire santé, une activité économiquement équilibrée. Certes, la problématique des frais de gestion demeure. Toutefois le cercle vicieux impulsé par la tangente inflationniste du couple prestation/cotisation, ainsi qu'une certaine volonté étatiste de réguler toujours plus le marché, continuent d'interroger.

Disons-le, les dernières évolutions réglementaires n'ont guère amélioré les choses à l'image du 100 % santé. Si publiquement, cette réforme est défendue par les différentes parties prenantes, une fois les micros éteints le constat se veut plus nuancé : hausse non maîtrisée des dépenses, émergence de nouvelles fraudes et atteinte partielle des objectifs fixés. En tout cas, des voix demandant sa révision commencent à se faire entendre. Comme sur les contrats responsables d'ailleurs…. À trop réguler, aurait-on créé une bulle inflationniste ? Poser la question est déjà y répondre à moitié. L'État ne peut s'exonérer de toute responsabilité dans cette histoire. Après tout, il y a dix ans de cela, il impulsait la généralisation de la complémentaire santé. Sauf, qu'à ne pas donner de cap, on a fini par perdre la finalité socio/sanitaire de la démarche. Si tant est qu'il y en eût une. Quelle est la vision stratégique des décideurs publics depuis ? On a beau chercher c'est encéphalogramme plat.

Et pourtant, comme le disait le candidat Fillon en 2016 en présentant son projet d'évolution de la Sécurité sociale : « on les a mis là, autant travailler avec eux ». Autant dire que continuer de les confiner au strict rôle de payeur du ticket modérateur ne fait guère sens. Sur ce point, on saluera l'annonce faite par la FNMF, par la voix de son président Éric Chenut, indiquant que l'Assurance Maladie serait désormais encline à travailler avec les Ocam autour des enjeux de prévention. Il serait temps, on en a envie de dire ! vaccinations, dépistages… tous les indicateurs ne progressent plus depuis deux ans. Pire, ils reculent. Alors, pourquoi ne pas mobiliser et responsabiliser les Ocam sur cet enjeu ? Qui plus est lorsqu'ils sont demandeurs. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
« Il faut renouer avec une forme de citoyenneté sociale ».
Entretien avec **Eric Chenut, président de la Mutualité Française**.

9 - SÉQUENCES
9 • Prévoyance
Dossier spécial marché des Ocam en 2024 : Une dynamique retrouvée… mais précaire ?
- Complémentaire santé, l'état des lieux.
_ Le volet PSC hospitalier à la peine.

13 • Retraites
La CNAV déploie son offre de service d'accompagnement.

14 - 80 ANS DE LA SÉCU
Bilans et perspectives vus par les directeurs et anciens ministres.

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN
Sarl au capital de 60 000 €
RCSParis B 480 706 159
(2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction : Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com

21 numéros/an et plus de 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 450 € TTC.
- Individuel : 250 € TTC
- Association : 350 € TTC.

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

RÉDACTION
Analyse : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International
Famille - Action sociale :
Alexandre Beau, *a.beau@espace-social.com*
Prévoyance complémentaire :
Emilie Guédé, *e.guede@espace-social.com*
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast :
Gladys De Micheli, *g.demicheli@espace-social.com*
Photos : cocktailsante.com
Couverture : Philippe Chagnon

IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 15€
Tous droits de reproduction réservés.
Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris - Tél.: 01 44 07 47 70

PANORAMA

«ALARME SUR LES COMPTES DE LA SÉCU!» SELON LA COUR DES COMPTES

On s'y attendait, mais le rapport de la Cour des comptes d'exécution de la LFSS 2024 et sa projection pour 2025 sonne le tocsin sur la situation financière des régimes de base. Le tableau ci-dessous est particulièrement illustratif du mur financier de l'institution. *Grosso modo*, la Cour projette entre 23 et 25 Mds € de déficit annuel pour les 4 années à venir. Voire, au-delà. Que faire ? Une reprise des déficits implique un allongement de la durée de vie de la Cades, éteinte normalement en 2032, et donc une nouvelle loi organique.



En attendant, c'est l'Urssaf caisse nationale qui prend le relais et quêtera sur les marchés financiers des fonds dédiés au financement annuel de besoin de trésorerie. *De facto*, l'ex-Acoss devient une Cades bis dont la charge croît vertigineusement chaque année ! Une mission incontournable pour l'immédiat, mais intenable sur la durée. À moins que les futures LFSS mettent fin à cette pandémie financière avec des règles solides de retour à l'équilibre comptable. Mais aux prix de quelles mesures ? ■

	FIN 2025	2026	2027	2028
Dette Cades à apurer	121,7	105	87	69
Cumul déficit Régime général non repris par Cades	31,3	53	76	100
Encours Urssaf caisse nationale	46	70	90	115

➤ Taxis, des incongruités françaises!



Pourquoi le dossier des taxis dérape ? Quelques données expliquent la situation. Avec 4,3 Mds € en 2013, pour près de 6,9 Mds € en 2024, le coût des transports sanitaires explose avec une croissance annuelle moyenne de l'ordre de 5 % par an. Dans le détail, ce sont les parts des taxis et des véhicules personnels qui expliquent la hausse des volumes… Quant au transport partagé, il pèse à peine 5 % des prises en charge. Ambulances (41 %) et VSL (13 %) sont stables en valeur et donc reculent en part relative sur l'ensemble. Les tarifs moyens des taxis sont désormais supérieurs à ceux des VSL. À cela, s'ajoute que le taux moyen de prise en charge des transports sanitaires frise les 94 %. Pas mal pour une prestation non médicale ! Par ailleurs, l'existence de fraudes et d'arrangements patients-taxis s'opère au dépens de l'Assurance Maladie. Quant à la part des Ocam, elle est de 2,8 % contre 15 % en moyenne pour les frais médicaux (30 % en ville). Dernier aspect : la France est le seul pays d'Europe à avoir une couverture universelle quasi intégralement socialisée pour les transports sanitaires. Partout ailleurs, le recours aux systèmes VSL et taxis médicalisés est très encadré.

➤ Vivement le 18 juin!

Le 18 juin est la date de fin du « conclave » sur les retraites qui ne donnera lieu qu'à un simple relevé d'intentions et d'échanges entre les partenaires sociaux présents (Medef, CPME, CFDT, CFTC et CGC) après les départs de FO, CGT et U2P. Le 18 juin est aussi la date de bouclage des propositions sénatoriales sur les économies à faire sur le budget de l'État, des collectivités locales et de la sécurité sociale. Côté gouvernement, tous les ministres auront à cette date, normalement, transmis leurs propositions budgétaires pour l'État et la Sécu à Matignon. À suivre !

➤ France, UE, les écarts de protection sociale



Eurostat (office européen des statistiques) a calculé les écarts en part de PIB de dépenses des risques sociaux entre la France et la moyenne des 27 États membres de l'UE. Sur la retraite, la France devance ses pairs pour 2,5 % de part de PIB, sur la santé l'écart profite à Paris pour 1,6 % et de 1,45 % pour la famille et de 2 % pour l'invalidité. Au total, l'écart moyen oscille autour de 2 % du PIB national moyen de l'UE soit un montant de 50 Mds €…

ILS ONT DIT



« Il faut s'attaquer aux racines des déficits des dépenses de santé ! Notamment s'agissant des petites structures hospitalières médico-chirurgicales dotées de plateaux techniques sous-critiques en termes de nombre de médecins et, disons-le de compétences. Il faut revoir la carte sanitaire sur les structures hospitalières les plus utiles et performantes. Je plaide pour obliger les médecins à réaliser des consultations là où ils sont attendus. Toutefois, le cœur de la bataille reste le suivi des pathologies chroniques à l'origine des deux tiers des dépenses et des trois-quarts de la progression annuelle des dépenses médicales. De ce point de vue, il faut resserrer la demande de soins sur ce qui est nécessaire ou non évitable. Il faut instaurer un suivi plus prégnant de ces pathologies fut-ce à distance avec les outils du numérique et de l'I.A. pour éviter les phases aiguës donc coûteuses pour l'assurance maladie couplée avec une montée des compétences des paramédicaux, un renforcement du lien avec le médecin traitant et un accès rapide à une expertise spécialisée.».

Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP dans une note de *Terra Nova*. Un véritable programme d'action pour un futur directeur général de la CNAM ?



« La cartographie des zones rouges de déserts médicaux est en cours d'élaboration et sera prête avant l'été. Avec les ARS et les préfectures, nous pourrons alors agir pour appliquer le principe de solidarité (…) Les mesures portées par la PPL du sénateur Mouiller pourraient être adoptées rapidement si une session extraordinaire du parlement se tenait en juillet (…) Sur la santé mentale, grande cause nationale 2025, je présenterai la complétude des mesures lors du comité stratégique de juin, notamment sur le repérage des situations et la formation des professionnels ».

Yannick Neuder, ministre délégué chargé de la Santé et de l'Accès aux Soins.

➤ Clop interdite



C'était attendu, ce sera fait cet été. Catherine Vautrin annonce l'interdiction totale du tabac dans les parcs et jardins publics, les abribus et zones couvertes d'attente de voyageurs, les plages bordant des eaux de baignades, les abords de tous les lieux de scolarité, les espaces ouverts abords des bibliothèques, piscines, stades et installations sportives. ■

À NOTER

Petit rétropédalage du gouvernement britannique sur les interdictions de publicité contre l'alimentation ultratransformée.

•

Robert Kennedy, secrétaire d'État à la Santé aux États Unis veut interdire aux chercheurs et scientifiques des NIH de publier leus travaux dans les revues *The Lancet*, *Jama* et le *NEJDA*, jugées « *corrompues* » !

•

La CNAM va ouvrir les négociations avec les infirmiers libéraux suite au cadrage du gouvernement sur les nouvelles compétences.

LES CHIFFRES

7 h 52
temps moyen du sommeil des Français, champion du monde selon une étude portant sur 20 pays.

1 300
opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes contrôlés par le DGCCRF à propos des dérives du 100 % santé.

125,9 milliards de milliards
d'opérations par seconde, puissance inégalée du supercalculateur français Jean Zay, stationné à Saclay.

6 %
du total des décès aux Pays-Bas, liés à des injections létales d'aide active à mourir ,soit 10 000 personnes.

40
taxes parafiscales (ITAF) alimentent chaque année les recettes de la Sécurité sociale, y compris la TVA !

61 %
des salariés en 2022 préfèrent gagner moins en travaillant moins en 2022, 62 % disaient l'inverse en 2008. Les temps changent...

8 400
procédures pénales engagées et 7 000 pénalités financières appliquées en 2024 en matière de lutte contre la fraude aux I. J..

2 %
seulement de hausse de la masse salariale du secteur privé au 1er semestre 2025 en rythme annuel alors les dépenses totales de la Sécu croissent de 4 %. Pas bon pour les comptes...

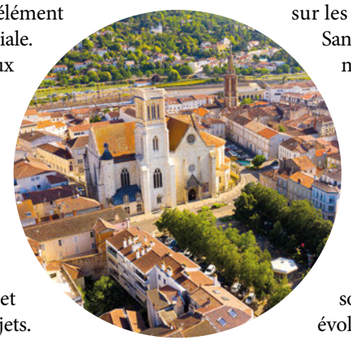


« Il faut renouer avec une forme de citoyenneté sociale »

Le 44ème congrès de la Mutualité Française se tiendra du 18 au 20 juin prochains, à Agen, autour du fil rouge « *Inspirons les solutions de demain pour un système de protection sociale juste et solidaire* ». Dans un contexte de tensions fortes sur les comptes sociaux, les réflexions et débats porteront notamment sur la soutenabilité du système de santé et de protection sociale mais aussi sur les nouvelles solidarités. Entretien avec **Éric Chenut, président de la Mutualité Française**, à la veille de ce grand –rendez-vous.

Quels seront les enjeux et thématiques abordés lors de ce congrès ?
Ce congrès intervient à la fois dans une situation où l'état des finances publiques conduit certains acteurs à se demander si nous avons encore les moyens de financer notre modèle social, et à deux ans des élections législatives et présidentielle. C'est donc le bon moment pour poser un certain nombre de questions afin d'identifier les sujets qui doivent être poussés dans le débat public. Certaines questions peuvent trouver des réponses dans les mois qui viennent, comme l'efficience ou la lutte contre la fraude. Mais d'autres sont plus systémiques, notamment la part de richesse allouée à la protection sociale, sa répartition, ou la contribution demandée à chaque génération, et nécessiteront d'être posées en amont de ces échéances démocratiques.
Le congrès reviendra également sur les leviers essentiels de la protection sociale : les couvertures santé que nous proposons, les enjeux en termes de prévoyance dont nous promouvons la généralisation pour tous les actifs, la couverture dépendance et la promotion de l'épargne populaire.
Il permettra d'aborder aussi l'enjeu de l'offre sanitaire et médico-sociale *via* la capacité des mutuelles à poursuivre leur engagement au travers leurs services de soins et d'accompagnements mutualistes, pour réduire les restes à charge, l'accès aux soins de qualité partout et pour tous, compte tenu des difficultés économiques induites par un sous-financement chronique et l'inflation.
À Agen, au cœur des territoires, nous posons aussi la question de la nécessité de repenser l'aménagement du territoire. On voit bien les difficultés de bon nombre de nos concitoyens pour accéder aux soins, et aussi les problématiques d'attractivité pour les métiers du soin et du lien. Mais au-delà, notre priorité est d'inspirer les solutions de demain par rapport aux enjeux d'une triple transition (écologique, numérique et démographique), ce qui conduira à interroger les solidarités, les questions de financement. Nous aborderons aussi spécifiquement la manière d'appréhender les leviers comme l'intelligence artificielle ou l'utilisation des données, ainsi que les questions autour de la transition écologique et son impact sur la santé.

Quel rôle des mutuelles auprès des territoires ?
Les mutuelles ont toujours eu cette culture du lien de proximité. Il est consubstantiel de notre mode de gouvernance démocratique. Cet enjeu de proximité doit être adapté au contexte, notamment en renforçant l'utilisation des nouvelles technologies. C'est aussi pour nous un élément clé pour renouer avec une forme de citoyenneté sociale.
Certaines évolutions ont éloigné les assurés sociaux de la compréhension du fonctionnement de notre système de protection sociale.
Il s'agit également de redonner la capacité aux assurés sociaux de prendre conscience qu'à travers leurs cotisations sociales, fiscales ou mutualistes, ils contribuent à l'organisation du système et des solidarités. La proximité est aussi essentielle sur la problématique de l'accès aux soins, comme le montrent les propositions de loi Garot et Mouiller. Mais là encore, il faut bien regarder les sujets.



Avez-vous le sentiment que nous sommes au bout d'un cycle ?
Les choses peuvent être améliorées, c'est certain. Tous les jours ouvrés, 1 million de consultations médicales sont décomptées dans notre pays. Les difficultés ne doivent pas être minimisées, mais notre système de santé et hospitalier est très performant. Des ajustements sont nécessaires, comme la mise en place d'équipes de soins traitantes ou plus de compétences partagées, mais il faut aussi prendre conscience collectivement de la chance d'avoir un modèle de protection sociale extrêmement protecteur et résiliant.
En revanche, l'espérance de vie en bonne santé est moyenne, l'effort doit donc être accentué sur la prévention, particulièrement secondaire et tertiaire, pour endiguer la dynamique des dépenses de santé, l'augmentation des ALD. Un des « loupés » porte sur la capacité de donner les outils à chacun pour lui permettre de prendre en charge sa santé, d'adopter les bons gestes et bons comportements en termes de prévention de la sédentarité, de recours au dépistage, à la vaccination. C'est aussi pour cette raison que nous demandons une reconnaissance de la prévention en tant que prestation en nature et en service.
La question ne se limite pas aux coûts de gestion. Si la prévention devient une prestation en nature, elle sera un élément de l'exécution du contrat. L'enjeu est donc central pour réduire les inégalités, personnaliser nos démarches et les rendre plus prédictives grâce à l'intelligence artificielle.



Percevez-vous une plus grande attention des pouvoirs publics sur cette question ?
Il y a un peu plus d'écoute des pouvoirs publics et surtout un vrai bougé avec la CNAM notamment en matière de prévention. Son directeur général souhaite vraiment que nous travaillions ensemble, c'est une vraie avancée. Ce que peut faire l'Assurance Maladie, les mutuelles ne le peuvent pas et vice-versa. C'est avec nos complémentarités que nous serons plus efficaces.

Quels sont les autres leviers d'amélioration ?
L'efficience est un autre élément sur lequel il faut avancer. Aujourd'hui, la dépense de santé évolue deux à trois fois plus vite que la richesse nationale. Le niveau de soins redondants, inadéquats, doit être questionné et il faut davantage s'appuyer sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé pour aider à la bonne prescription. Plusieurs milliards d'euros peuvent être économisés ou réorientés sans augmenter le reste à charge ni dégrader le niveau de prise en charge.
Le sujet de la fraude est également fondamental, alors que le Haut conseil du financement de la protection sociale l'estime à 13 Mds €. La nature des fraudes change, des réseaux viennent de l'étranger et l'intelligence artificielle implique des niveaux de sophistication bien plus élevés. La législation doit évoluer pour permettre l'échange d'informations entre AMO et AMC, après la censure de la mesure du PLFSS 2025 par le Conseil constitutionnel. Au-delà, nous devons pouvoir suspendre le tiers payant en cas de suspicion. Aujourd'hui, nous œuvrons à l'articulation AMO-AMC, c'est notre intérêt commun en tant que cofinanceurs. Avec les autres fédérations d'organismes complémentaires, nous travaillons sur un texte législatif qui permettrait la reconnaissance de notre rôle et cette articulation.
Un autre levier concerne la financiarisation du système de santé. Elle coûte cher au système et le désorganise. Nous posons la question d'une éventuelle exclusion du marché de certains secteurs financés par nos cotisations sociales et fiscales, qui relèveraient exclusivement du public ou du privé non lucratif. *A minima*, le marché doit être encadré, avec une limitation du niveau d'excédent, un réinvestissement sur le territoire et l'obligation de participer à l'universalisme des prises en charge.

Vous défendez également une refonte du contrat responsable…
Nous avons conduit un travail sur ce sujet avec France Assureurs et nous l'avons soumis au CTIP, qui j'espère rejoindra notre proposition. Elle consiste à revoir le plancher du contrat solidaire et responsable pour que celui-ci puisse ne couvrir que les soins essentiels si l'adhérent le décide et soit plus accessible économiquement. Nous souhaitons aligner le plancher sur le ticket modérateur médical et paramédical, le médicament, le forfait journalier hospitalier et le panier A du 100 % santé. Ce contrat est une possibilité de couverture venant compléter les gammes des opérateurs. Il n'empêchera pas les autres contrats plus couvrants de rester solidaires et responsables. Aujourd'hui, des personnes qui ont des moyens modestes se tournent vers des contrats non responsables parce qu'accessibles économiquement. Résultat, elles se retrouvent soumises à une fiscalité encore plus élevée.

Que répondez-vous à ceux qui évoquent la piste d'une refonte de la C2S ?
Pour certaines personnes au-dessus du plafond de la C2S, souscrire un contrat peut représenter un effort important. Je pense notamment aux retraités qui se dirigent vers •••

des contrats non responsables parce qu'ils n'ont plus le choix. Nous souhaitons nous adresser à ce public pour leur apporter le bon niveau de réponse et éviter des fausses promesses comme la complémentaire à 1 € par jour.
Cette question doit nous permettre de mettre à plat une situation qui devient problématique sur le coût de la complémentaire santé, notamment pour les catégories de personnes ne disposant pas d'aide employeur ou de déduction fiscale à l'accès à la complémentaire santé et prévoyance. À la fiscalité importante, ce sont ajoutées des décisions politiques qui ont conduit à une hausse du coût du risque. Des travaux ont été menés il y a quelques années avec la Direction de la Sécurité Sociale pour aboutir à une forfaitisation de l'hospitalisation, cela fait partie des sujets qui pourraient être mis sur la table.



Les retraités sont très majoritairement couverts par les mutuelles, allez-vous aborder l'accompagnement de ces populations lors du congrès ?
Nous nous posons plutôt la question de quelle contribution pour chaque génération. Pour les plus jeunes, c'est aussi très compliqué. En étant au rendez-vous de notre promesse originelle, nous souhaitons voir comment chacun, chacune, en fonction de son âge, de sa situation, peut trouver les bonnes réponses et accéder aux outils et leviers de son émancipation.
Les situations doivent être regardées de manière globale, holistique, systémique. Multiplier les réponses catégorielles donne moins de sens à l'ensemble du système et crée les conditions pour que la compréhension, l'adhésion s'estompent de plus en plus.

Vous avez associé des jeunes à la préparation du congrès, qu'est-il ressorti de cette démarche ?
Les sept forums jeunes en 2024 ont démontré que la santé, la solidarité, la protection sociale les intéressent mais qu'ils ne connaissaient pas bien son fonctionnement, le périmètre de la Sécurité sociale, des mutuelles, des aides publiques. Il y a donc un vrai enjeu d'appropriation. Les jeunes ne sont pas aussi individualistes que certains peuvent l'affirmer. Le niveau d'attention à l'autre et d'entraide est vraiment élevé. Beaucoup nous ont aussi fait part de leurs difficultés, sur le plan de la santé physique ou mentale.
Au-delà de ces forums, nous avons proposé à certains d'entre eux de travailler avec nous pendant plusieurs mois, notamment autour des questions d'engagement. À l'occasion du congrès, nous allons voir comment permettre à des jeunes de poursuivre leur engagement sous différentes formes, au sein du mouvement mutualiste. Il faut évidemment respecter nos règles statutaires, mais nous devons inventer d'autres modalités pour leur donner l'envie de nous rejoindre.

Où en est le projet de taxation à hauteur de 1 milliard d'euros des Ocam ?
Nous contestons et contesterons cette taxe par tout moyen. Je rappelle que nous appelons uniquement les cotisations dont nous avons besoin pour payer nos prestations. Si l'État cherche des ressources pour l'Assurance Maladie, ce n'est certainement pas en augmentant les taxes qu'il doit les trouver. Nous avons déjà le niveau de taxation sur la santé le plus élevé d'Europe à 13,27 %, ajouter deux points de plus n'est pas sérieux.
La Direction de la Sécurité Sociale nous a déjà indiqué que le mécanisme déployé en 2020 pourrait être mis en place dans le volet rectificatif du PLFSS. Si on peut entendre la situation exceptionnelle du fait de la crise sanitaire, en 2025 rien ne justifie une taxe rétroactive. Cette mesure pose un problème politique de fond au moment où le gouvernement annonce qu'il n'y aura pas d'impôt nouveau ni pour les ménages ni sur les entreprises. Or cette taxe, qui n'est rien d'autre qu'une TVA sur la santé, est bien un impôt supplémentaire.

« Si l'État cherche des ressources pour l'Assurance Maladie, ce n'est certainement pas en augmentant les taxes qu'il doit les trouver. »

Comment accueillez-vous le choix d'Alan pour la couverture santé à Bercy ?
Nous avions déjà été surpris pour le ministère de la Transition écologique et les services du Premier ministre. Mais sur celui de l'Économie et des Finances, le choix d'un opérateur dont les résultats économiques ne sont pas rassurants quant à sa solidité et sa capacité à gérer les risques est plus que surprenant. Les pertes d'Alan ont représenté 27 % de son chiffre d'affaires en 2022, 17 % en 2023 et 15 % en 2024. Cet acteur ne tient que par l'abondement de fonds de pension étrangers. Demain, l'argent public viendra donc renflouer le tonneau des Danaïdes de cette assurtech, c'est la réussite d'un « hold up » mais pas d'un acteur qui a démontré sa plus-value, ni sa capacité à porter une réponse en proximité dans l'accompagnement social et humain. C'est une très mauvaise nouvelle pour les agents et les mutuelles concernées. Celles-ci ont plus que démontré leur capacité à s'adapter et à apporter des réponses de qualité en partenariat avec l'employeur.

Où en est le processus de fusion avec la Mutualité Fonction Publique (MFP) ?
Notre ambition avec le président de la MFP, Serge Brichet, et l'ensemble des gouvernances est de ne pas perdre en capacité d'engagement et d'influence avec ce rapprochement. Au-delà de son expertise, une des forces de la MFP est son réseau militant dans les territoires. Nous allons ainsi, après l'été, tester le rapprochement sur deux régions en vue de l'articulation entre les Unions Régionales de la Mutualité Française et la gouvernance MFP. Cette expérimentation permettra d'identifier les ajustements éventuels en vue de la fusion, en 2026. Dans la foulée du congrès, nous installerons, également en avance de phase, un conseil prévisionnel qui permettra d'avoir un lieu d'interlocution entre les mutuelles protégeant des agents des trois fonctions publiques.

Propos recueillis par Alexandre Beau et Émilie Guédé

DOSSIER SPÉCIAL

Marché des Ocam en 2024 : Une dynamique retrouvée… mais précaire ?

Comme chaque année, *ESE* présente un bilan annuel du marché des Ocam. Après des crus 2022 et 2023 qui avaient laissé entrevoir une reprise d'une certaine dynamique, avec une progression générale dépassant les 7 %, l'exercice 2024 a propulsé le montant global d'assiette TSA à des niveaux qui n'avaient plus été vus depuis les années ANI. Presque une décennie derrière nous désormais.
Cette progression surprend d'autant plus que le paysage économique dans lequel ce résultat a été obtenu n'était pas des plus florissants avec un PIB en progression « que de » 1,1 %. L'inflation a de son côté ralenti assez fortement à 1,8 % après une année 2023 où elle restait à un niveau très élevé à 4,8 %. A contrario, l'Ondam n'avait pas décéléré l'an dernier en affichant un taux de progression de 3,4 % alors que l'exécutif tablait sur un 2,9 %. Conséquence directe, les comptes de l'Assurance Maladie ont continué de plonger dans le rouge avec un déficit atteignant les 13,8 Mds €.



Le secteur des Ocam a, quant à lui, davantage consacré une majorité de l'année 2024 a digéré les impacts des réformes gouvernementales, 100 % santé en tête, tout en se préparant à la montée en charge progressive de la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique d'état dont, les premiers résultats d'appel d'offres sont tombés. Pour la territoriale, les têtes sont davantage tournées sur 2025/2026 pour les volets santé et prévoyance. Quant à la fonction publique hospitalière, la mise en place réforme continue de traîner *(cf. p. 12)*.
Des chiffres qui interpelleront d'autant plus que le gouvernement Borne, alors en place, avait appelé les acteurs à l'automne 2023 à une forme de modération en ce qui concerne leurs politiques tarifaires. Ceux de Michel Barnier et François Bayrou lui ont emboîté le pas en annonçant un effort contributif supplémentaire à hauteur de 1 Md €. Le motif ? Participation à l'effort collectif en vue de soulager les comptes de la branche Maladie… si la piste d'une revalorisation du montant de la taxe de solidarité active (TSA) semblait un temps privilégiée, les acteurs pourraient finalement être soumis à un mécanisme similaire à la « taxe Covid », dont la création avait été actée en 2020 dans le contexte de crise sanitaitaire. Mais, plusieurs mois après l'adoption de la LFSS 2025 rien n'est à ce jour arrêté officiellement et les discussions se poursuivent.
En marge de cet imbroglio, impossible de mettre de côté les initiatives parlementaires qui se succèdent depuis plusieurs mois. Entre les travaux menés au Sénat à l'automne dernier et le potentiel projet de refonte du périmètre de couverture des Ocam, attendu pour cet été, porté par le député socialiste Jérôme Guedj dans le cadre des travaux de la MECSS à l'Assemblée nationale, l'évolution du secteur est plus que jamais scrutée attentivement par les décideurs publics. Avant un PLFSS 2026 réformateur ? Possiblement.

Alexandre Beau

Rappel

Il faut distinguer chiffre d'affaires et assiette TSA (taxe de solidarité additionnelle). Cette dernière n'inclut pas certains produits d'assurance proposés par les OC ni d'éventuels mécanismes de réassurance. À noter également que ces données évaluent la « valeur » du marché et non pas le « volume ».
ESE remercie par ailleurs les équipes de l'Urssaf Caisse Nationale pour leur assistance dans la réalisation de ce dossier.

Complémentaire santé, l'état des lieux

en millions d'euros	Assiette TSA 2024…	… comparé à 2023	Quelle progression ?	Poids des familles en 2024…	… contre 2023
Mutuelles	21 224 781 553 €	*20 054 351 835 €*	5,8%	*45,8%*	*46,3%*
Institutions de Prévoyance	7 602 042 858 €	*7 252 077 820 €*	4,8%	*16,4%*	*16,7%*
Sociétés d'Assurance	17 511 505 507 €	*15 945 401 085 €*	9,8%	*37,8%*	*36,8%*
Libre Prestation Service	38 071 380 €	*67 780 202 €*	-43,8%	*0,1%*	*0,2%*
TOTAL	**46 376 401 298 €**	***43 319 610 942 €***	7,1%		

Évolution de l'assiette TSA en 2024

Le chapitre de la crise sanitaire étant désormais clos, le rythme de croissance de l'assiette globale de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) continue de prendre de la vitesse. Si en 2022 et en 2023, il était respectivement de 2,4 % et 5,4 %, l'exercice 2024 marque une nouvelle étape dans sa progression avec un taux de croissance atteignant les 7,1 %. Du quasi jamais vu depuis la mise en place de la TSA et de sa prédécesseure la TSCA.

Si cette forte augmentation est impulsée par les trois familles d'Ocam, difficile de ne pas souligner les près de 10 % de hausse d'assiette des sociétés d'assurance (SA). Plus que l'apport d'affaires nouvelles, celles-ci ont mené une conséquente politique de redressement de leur portefeuille en vue de maintenir le résultat technique de leur portefeuille à l'équilibre *(cf. p.11)*. Cela s'est matérialisé principalement par une hausse importante des montants des cotisations de leurs assurés « individuels ». Bien que moins fortes, les mutuelles et les institutions de prévoyance ont, elles aussi, vu leurs assiettes TSA progresser fortement l'an dernier (+5,8 % pour les premières et 4,8 % pour les secondes).
Conséquence, en termes de valeur, la part de marché des SA continue de s'accroître pour atteindre les 37,8 % contre 35,8 % en 2022. Les principales impactées sont les mutuelles qui, si elles restent leaders, voient leur part baisser pour atteindre les 45,8 % (47,2 % en 2022). Les institutions de prévoyance se stabilisent à 16,4 %. ■

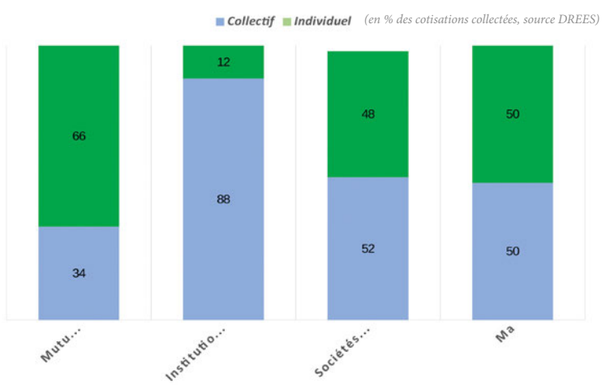
Nombre d'acteurs du marché

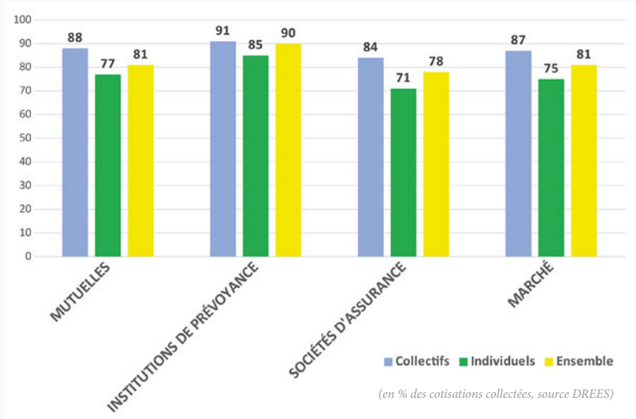
Comme chaque année, on constate que le mouvement de concentration des acteurs continue. Après avoir perdu 44 organismes sur la période 2021-2023, on décompte 9 Ocam en moins à l'issue de l'exercice 2024. C'est le secteur mutualiste qui continue d'être le plus impacté par ce mouvement de fond avec 8 mutuelles en moins par rapport à l'année précédente. Un chiffre qui pourrait toutefois surprendre étant donné que le marché anticipait potentiellement, en amont de la PSC Fonction publique, de nombreux mouvements de rapprochement à l'image de ce qui s'était passé dans le cadre du déploiement de l'ANI.
En 2016, 524 Ocam étaient recensés. Ce qui fait que le marché a vu disparaître 16 % de ses acteurs en 8 ans. ■

	Nbre OCAM en 2024…	… comparé à 2023
Mutuelles	258	*266*
Institutions de Prévoyance	25	*25*
Sociétés d'Assurance	110	*111*
Libre Prestation Service	46	*46*
TOTAL	**439**	***448***

Part des contrats santé individuels et collectifs en 2023

Le tableau ci-contre est à conserver précieusement car, avec la mise en place progressive de la PSC dans la Fonction publique, il pourrait être le dernier à indiquer un équilibre entre les couvertures individuelles et collectives. **Comme en 2022, le 50/50 était encore de vigueur en 2023**. Aucun changement de répartition des équilibres de portefeuille n'est à signaler parmi les trois familles d'Ocam.
Pour rappel, il y a 10 ans de cela, bien avant l'ANI Santé, les contrats individuels représentaient 56 % du marché global. Une autre époque… ■





Rapport prestation sur cotisation en santé en 2023 (hors charges de gestion)

Comme en 2022, le rapport Prestations versées/Cotisations reçues (P/C) brut global se stabilise autour des 81 % (contre 78 % à la sortie en 2021 à la sortie de la crise sanitaire).
Une situation qui s'explique principalement par un effet de neutralisation de la dynamique inflationniste engendrée par le 100 % santé, qui était alors dans sa seconde année post-déploiement total du dispositif, par la hausse globale des cotisations annuelles qui tournait alors en moyenne autour des 5 %.
En se penchant sur le détail, on constatera toutefois que les mutuelles et les sociétés d'assurance ont respectivement vu leur ratio se dégrader d'un point par rapport à 2022. Plutôt sur leur segment individuel pour les premières et sur le collectif pour les seconds. ■

	TYPE DE CONTRAT	TAUX DE FRAIS DE GESTION (en % cotisations collectées)	RAPPORT P/C INCLUANT LES FRAIS DE GESTION
MUTUELLES	COLLECTIFS	19 %	107 %
	INDIVIDUELS	20 %	97 %
	ENSEMBLE	20 %	101 %
INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE	COLLECTIFS	15 %	106 %
	INDIVIDUELS	6 %	91 %
	ENSEMBLE	14 %	104 %
SOCIÉTÉS D'ASSURANCE	COLLECTIFS	18 %	102 %
	INDIVIDUELS	25 %	96 %
	ENSEMBLE	21 %	99 %
MARCHÉ	COLLECTIFS	17 %	104 %
	INDIVIDUELS	21 %	96 %
	ENSEMBLE	19 %	100 %



Rapport prestations sur cotisations en santé pour 2023 (incluant les charges de gestion)

Concernant les charges de gestion des acteurs, on constate un léger frémissement à la baisse. Si depuis 2015, elles sont demeurées figées à 20 % des cotisations perçues, **les données 2023 font état d'une moyenne globale à 19 %**. Cette évolution peut être imputée à une période de quasi-stabilité réglementaire après plus plusieurs exercices marqués par des évolutions conséquentes pour les acteurs (contrats responsables, 100 % santé, Solva 2, résiliation infra-annuelle…).
Dans le détail, **les IP continuent d'afficher le taux de charge le plus faible (14 %)**, devant les mutuelles (20 %) et les sociétés d'assurance (21 %). Ces disparités entre les trois familles s'expliquent principalement par la répartition entre contrats individuels et collectifs, les frais de gestion étant moins importants pour ces derniers.
Pour 2023, le rapport P/C incluant les frais de gestion était à l'équilibre après avoir atteint les 101 % en 2022. Seules les SA arrivent à dégager un résultat positif (aussi réduit soit-il) alors que celui des mutuelles et des institutions de prévoyance reste dans le rouge entraîné par des contrats collectifs majoritairement déficitaires.
Il est également à noter que ces chiffres sont à interpréter à l'aune des profonds changements à venir. En effet, **la bascule des contrats individuels issus de la Fonction publique en contrats collectifs est appelée à bousculer le précaire équilibre général du marché.** Les « collectifs », déjà déficitaires, pourraient alors être lourdement impactés avec des appels d'offre ayant aussi bien tiré vers le bas les paniers de soins que les tarifs qui y sont associés. À moins que les opérateurs n'arrivent à dégager des marges d'efficience en coût de gestion. Quoi qu'il en soit, ce processus pourrait s'étaler sur plusieurs exercices avant d'atteindre un meilleur rendement. Après tout, les révolutions de marché ne se font pas en un jour.

■ **A.B.**

Le volet PSC hospitalier à la peine

Après les fonctions publiques d'État et territoriale, la réforme de la PSC doit désormais se déployer dans le versant hospitalier, mais le chantier a pris beaucoup de retard. Alors que la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH), Relyens et la MGEN ont annoncé une alliance sur ce champ, un état des lieux a été dressé lors du salon SantExpo.



À quelques mois de l'échéance officielle, le 1er janvier prochain, le volet hospitalier de la PSC semble encore loin de se concrétiser. Pourtant, les enjeux sont nombreux avec 1,2 million d'agents concernés. « *Le premier objectif est d'améliorer la couverture et l'accès à une couverture de protection sociale de bon niveau, voire de haut niveau. Dans le système actuel, qui repose essentiellement sur un lien individuel, il y a en quelque sorte une inégalité entre les agents* », souligne Benoît Fraslin, président de la MNH. L'attractivité s'impose également comme un aspect essentiel. Dans le secteur privé, les équipes bénéficient déjà d'une complémentaire dans le cadre de l'Ani santé. « *Au-delà de la question du pouvoir d'achat et de l'attractivité, il est démontré sur le plan sanitaire que l'accès à une protection sociale complémentaire de bon niveau améliore l'accès à aux soins* », ajoute Olivier Bossard, président de Relyens. Pour l'heure, la mise en œuvre de la réforme « *en est à des prémices* », rapporte Benoit Fraslin déplorant la « *troisième position* » permanente dévolue à la fonction publique hospitalière (FPH). Un calendrier de discussions aurait été établi entre le ministère et les organisations syndicales. « *Il y a une articulation à trouver entre une couverture définie de façon équivalente pour l'ensemble du corps social hospitalier et des spécificités nécessairement propres à des territoires de santé, qui n'ont pas tous les mêmes caractéristiques* », observe Olivier Bossard. Autre prérequis : « *embarquer l'ensemble des professionnels de santé* ».

Démarche de prévention



Dans ce secteur particulièrement accidentogène, l'accent devra aussi être mis sur la prévention. « *Les pouvoirs publics nous demandent d'armer des actions de prévention, nous nous sommes outillés dans nos mutuelles pour avoir un niveau de réponse sur ce terrain qui soit très clairement supérieur* », avance Benoît Fraslin. En toile de fond, la question du coût. Pour la fonction publique d'État, la prévention était bien mentionnée dans les cahiers des charges, mais sans budget prévu. « *Un des enseignements est qu'il faut réussir à pousser dans ces contrats collectifs des fonds dédiés pour la prévention* », analyse Alexandrine de Vallois directrice développement marketing et prévention de la MGEN s'appuyant sur l'expérience acquise auprès des ministères (la mutuelle a été retenue à l'Éducation nationale, à la Culture et, avec la MNH, Relyens et la MGAS, aux Affaires sociales). Autre aspect à intégrer lors des futurs appels d'offres, la technicité du sujet implique « *un vrai besoin d'accompagnement à la fois de l'employeur et des organisations syndicales* ». Un point important « *car tout se joue au moment du dialogue social* », insiste Alexandrine de Vallois.

Enjeux partagés

Les volets territoriaux et hospitaliers de la réforme présentent quelques similitudes. « *Il y a une myriade d'établissements de santé, comme il y a une myriade de collectivités territoriales. Et de la même façon que dans les hôpitaux, les collectivités territoriales sont caractérisées par de très grosses disparités de structures de ressources, de pyramide des âges, de garanties proposées par anticipation* », analyse Olivier Bossard alors que Relyens intervient sur ces deux versants. Pour les collectivités comme les établissements de santé, la maîtrise de l'absentéisme s'impose également comme un défi majeur.

Reste à régler une question épineuse : le financement. « *Ce dispositif doit s'accompagner d'un financement ad hoc. La réforme ne peut pas se faire sur les fonds propres des établissements de santé, dans un contexte post-Covid et de difficultés financières* », poursuit le président de Relyens. La Drees a ainsi alerté sur le déficit sans précédent des hôpitaux publics, qui a atteint 2,4 Mds € en 2023.

Pour Benoît Fraslin, il est désormais « *grand temps d'ouvrir des négociations* », « *de prendre en considération le délai de préparation* » et de « *considérer qu'on se laisse le temps de déployer le dispositif* ». Des préalables indispensables pour que la réforme ne se traduise pas par une PSC *low cost* pour les hospitaliers.

Émilie Guédé

ACTION SOCIALE

La CNAV déploie son offre de service d'accompagnement

Alors que la branche Retraite continue de déployer la feuille de route définie par sa COG 2023-2027, son volet action sociale poursuit sa montée en charge en renforçant ses capacités d'analyse et son activité d'ingénierie de services. La généralisation du dispositif OSCAR illustre cette dynamique..

En parallèle de son cœur de métier, l'Assurance Retraite accompagne également ses 15,3 millions d'assurés retraités au travers de son action sociale. Dotée d'un budget annuel de près de 450 Ms € (50 Ms € pour les investissements et 400 Ms € au titre des politiques d'intervention pilotées avec les services d'action sociale des Carsat), cette activité continue d'être renforcée dans un contexte démographique ayant vu la part des 75 ans dans les effectifs d'assurés au régime général augmenter de 20 % au cours des dernières années. Un changement progressif de paradigme présentant un double enjeu pour la branche.

À commencer par l'amélioration de l'autonomie à domicile des assurés. Sur ce point, la CNAV entend travailler sur la consolidation des capacités des personnes, non seulement en intervenant sur du quotidien (ménage, toilette…), mais aussi en travaillant sur d'autres types de problématiques. Cela englobe notamment les questions de dénutrition et de maintien du lien social. En outre, la caisse nationale se projette sur 2030 en se posant une question : comment installer une culture de la prévention quand les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans ?

Data et travail de terrain

Pour répondre à celle-ci, la direction nationale de l'action sociale ambitionne de développer ses capacités d'analyse en vue de renforcer et de davantage adapter son offre de services. Une démarche qui s'appuiera principalement sur la création d'une base de données en interbranche faisant office d'observatoire des fragilités territoriales. Si l'Assurance Retraite se penche principalement, au travers la création d'un indicateur socio-économique composite, sur les personnes de plus de 70 ans bénéficiant des divers mécanismes de prestations sociales de lutte contre la précarité, ainsi que sur leur situation familiale, la Maladie suit de près l'évolution de la consommation de soins dans ces territoires ainsi que celle des effectifs en ALD et/ou bénéficiant de la CSS. Ces données sont ensuite enrichies par les travaux menés par l'INSEE et la DREES. Cette « matière » entend être exploitée à terme par l'Assurance Retraite. D'abord, pour concevoir des réponses plus adaptées aux besoins usagers, mais aussi, dans le but de rédiger des diagnostics sur les réalités territoriales qui seront mis à disposition des services publics départementaux de l'autonomie (SPDA). De même, ces données seront exploitées dans le cadre de la création d'outils d'aide à la décision qui seront mis à disposition des Carsat dans le cadre des démarches d' « aller vers ».



OSCAR

L'objectif majeur annoncé pour 2025 est le renforcement des solutions existantes. Ce sera notamment le cas au travers du plan d'aide OSCAR déployé depuis 2021. Ce dispositif, couvrant actuellement 350 000 bénéficiaires, vise à sortir de la réponse unique de l'aide à domicile en refondant son contenu autour d'actions de prévention (cadre de vie, mobilité, lien social…) portées par des structures conventionnées. En outre, dans l'optique de faciliter les démarches d'accessibilité à cette offre, les formulaires de demande CERFA ont été simplifiés et repensés en vue de mieux orienter l'usager, vers la Carsat ou le conseil départemental selon son degré de dépendance, et de déclencher les processus d'accompagnement et d'évaluation des besoins de la personne dans une logique de « dites-le-nous une fois ». Une adaptation des outils qui est accompagnée depuis l'an dernier par le déploiement d'une offre de coaching préventif complémentaire (aide à la préparation des repas et programmes d'activité physique adaptée), portée par les aides à domicile, à destination des personnes les plus fragiles suivies dans le cadre d'OSCAR.

Enfin, l'Assurance Retraite ambitionne d'ici la fin d'année de généraliser son dispositif de rendez-vous d'évaluation à domicile à toute personne formulant une demande d'aide à l'autonomie. Objectif : cartographier et cibler de façon anticipée les publics à prioriser dans le cadre d'OSCAR. Un début de logique de *care management* en somme.

Alexandre Beau

Avons-nous réussi ?

Bilans et perspectives vus par les directeurs et anciens ministres



À l'initiative de l'association des anciens élèves de l'EN3S, présidée par **Albert Lautmann**, directeur de la Cpam de l'Essonne, près d'une centaine de cadres dirigeants de la Sécurité sociale se sont retrouvés le 13 mai dernier pour écouter et échanger avec **Dominique Libault**, ancien directeur de la Sécurité sociale (DSS) au ministère de la Santé, **Pierre Pribile**, actuel DSS, et deux anciens ministres, **Marisol Touraine** 2012-2017 et Agnès **Buzyn** 2017-2020. Extraits d'un débat animé par *ESE*.

Quel regard sur cet anniversaire et sur les défis à venir ?

Dominique Libault : On a toujours du point de vue de l'opinion une difficulté à bien identifier le périmètre de la Sécurité sociale. Pour beaucoup, c'est la seule Assurance Maladie alors que nous savons tous que c'est bien plus large. Je dirais que le fait marquant de ces 80 ans d'histoire, c'est d'avoir accompagné et nourrit la transformation du pays (…) on voit bien que l'ambition de 1945, au sortir de la guerre, n'était pas irréaliste. Cet acquis s'est donc fabriqué progressivement. Qu'il s'agisse de la convention médicale de 1971, de la loi Boulin sur les retraites de 1972, la CMU en 2000. La marche globale est celle de l'universalisation, exceptée pour les accidents du travail chez les indépendants (…) Parmi les défis importants, le défi financier devenu désormais permanent. Serons-nous capables d'assurer la soutenabilité du système en respectant nos valeurs et nos ambitions citoyennes ? Car la Sécurité sociale doit demeurer une promesse citoyenne !

Pierre Pribile : La réussite de la Sécurité sociale, c'est son omniprésence dans la vie quotidienne des gens. Au point d'ailleurs d'être invisible comme si elle était naturelle. Aux yeux de beaucoup, elle serait immanente ! L'année prochaine, on fêtera le 40e anniversaire du déficit de l'Assurance Maladie (…) Serons-nous demain en capacité de traiter les défis du nécessaire virage ambulatoire, du vieillissement de la population et de la chronicité des pathologies ? La veille de la crise sanitaire, nous étions presque à l'équilibre. Il a fallu prendre des décisions lourdes comme le Ségur de la santé, 10 Mds € sur les salaires, mais sans le moindre euro de recettes (…) Aujourd'hui, nous sommes dans le décor. À horizon 2029, l'Assurance Maladie, faute de solutions économiques durables, subirait un déficit de 25 Mds € ! Or, nous avons une demande spontanée de croissance des coûts de 4 %. Même avec un Ondam contenu sur la durée à 2,9 %, il faudrait trouver quelques 40 Mds € d'économies soit l'équivalent de toute la CNSA ou les trois-quarts de la CNAF. Sommes-nous capables d'anticiper ces défis ?



Marisol Touraine : Je me suis vécue d'abord comme ministre de la Sécurité sociale. De toute la Sécurité sociale et pas seulement de l'Assurance Maladie. On fête les 80 ans mais l'institution est vivante. Elle bouge, elle change, elle s'adapte en permanence. Il ne s'agit pas, pour l'avenir, de refaire 1945. Le contexte n'est plus le même. L'esprit et la lettre de la Sécurité sociale, c'est de réussir à faire face à des défis, des épreuves et de trouver les bonnes solutions (…) j'ajoute qu'une de mes craintes, c'est de voir le populisme social, comme en Europe du Nord, pourtant patrie des grands systèmes solidaires, choisir une version rabougrie de la solidarité et de la protection sociale.

Agnès Buzyn : Aucune politique ne doit être soumise à l'immobilisme ! Or, chaque fois que l'on parle de réformes, les gens croient que l'on va soustraire leurs droits. Nos défis sont connus. La démographie, le vieillissement, les inégalités territoriales. Les enjeux sociétaux sont considérables. J'avais travaillé et espéré une réforme des retraites par points. La crise du Covid a stoppé cela. Dommage ! Sur la santé, tous les systèmes mondiaux dérivent de la même manière. L'aspect financier pèse considérablement bien sûr. Aujourd'hui, nous dépensons 12 % du PIB. En 2030, ce pourrait être 20 %. Est-ce tenable ? Sur la politique familiale, je regrette que l'ASE (Aide sociale à l'enfance) ne fasse pas partie de la branche Famille. Car, sur cette question majeure, les inégalités sont considérables entre les départements, de 1 à 3. Plus largement, je pense que nous avons échoué sur la pédagogie d'ensemble du système social. Sur la retraite en points, les gens n'ont rien compris.



Se dirige-t-on vers la fin d'un certain modèle ?

D.L. : À propos d'anticipation, ou de son absence, je dois rappeler qu'en 2019, j'ai remis un rapport sur la question de l'autonomie. Destiné à apporter des solutions structurelles à ce défi majeur. Mais, si Agnès Buzyn, alors ministre, souhaitait porter cette réforme, malheureusement, le Covid est arrivé avec les conséquences que l'on sait (…) Je porte un jugement nuancé sur les LFSS annuelles. Parce qu'elles ne permettent pas de voir les enjeux dans la durée (…) sur l'absence de pertinence des soins, on parle de 20 % des coûts quand même. Que fait-on ? Certes, il faut agir dans la durée (…) La question de la liberté laissée aux assurés sociaux, aux professionnels de santé est posée. Notre pays offre une très grande liberté. La comparaison avec nos partenaires européens le démontre notamment en matière de libertés médicales (…) En matière de gestion, notre Sécurité sociale fonctionne globalement bien. Des progrès ont été accomplis, notamment grâce aux COG. Les relations entre le national et le local sont saines. Les systèmes d'information performent désormais. Les réformes s'appliquent. Celle de la solidarité à la source s'annonce délicate certes, mais prometteuse.



P.P. : La question de la responsabilité des usagers est forcément posée. Notre système est permissif. Le débat public est consternant à cet égard. Les gens veulent toujours plus de Sécu mais toujours moins d'impôts ! Et nous savons que transférer des charges de l'Assurance Maladie vers les complémentaires n'est pas une vraie économie.



M.T. : J'ai plutôt le sentiment d'avoir réussi certaines choses. Sur la retraite, ma réforme de 2014 s'est passée sans heurts (…) Rien n'est inéluctable. L'introduction dans le débat sur les retraites du principe de l'âge pivot a déstabilisé le débat. Il faut expliquer le sens des choses, des choix que l'on fait et on peut y arriver. Sur la santé, ma loi de 2006 ouvre le champ d'un transfert des responsabilités du national au territorial. Cela prend du temps certes. On nous explique que le salut, c'est des LFSS pluriannuelles. À voir ! Car l'essentiel est la volonté et le projet politique de celui qui porte le texte financier.

A.B. : Je voudrais revenir sur l'Assurance Maladie. J'ai déclaré que 20 % des soins sont inutiles. Je le confirme. C'est considérable. Ce qui me frappe en France, c'est qu'on met énormément d'argent sur les rémunérations individuelles des professions de santé sans vraies contreparties. De plus, un rééquilibrage est à réaliser entre les dépenses de ville et les dépenses hospitalières. Il faut investir sur les structures de soins en ville comme en Europe du Nord. Cela marche ! Après tout il s'agit d'argent public (…) En conséquence, il faut changer par la loi le système conventionnel. La consultation à 30 € est une erreur monumentale. Faire croire que les médecins vont accroître le volume de leurs consultations est inexact. On est au bout d'un système daté.

Et si le Premier ministre vous demandait de trouver 18 Mds € d'économies sur la Sécurité sociale sur les 40 prévus pour l'ensemble des dépenses publiques. Que leur proposeriez-vous ?

M.T. : Je ne répondrais pas comme cela à cette question. D'abord parce que la réponse est en dehors de la Sécurité sociale s'agissant de l'économie, de la croissance, de l'emploi et des salaires. Donc c'est par la relance qu'on trouvera des marges. Et puis, on doit améliorer l'efficacité du système. Sur la santé d'abord et aussi sur la qualité de service des missions et des prestations.

A.B. : Le système de santé n'est pas en crise au sens où il faudrait revenir en arrière. Ce qu'il faut, c'est faire l'inverse et créer progressivement un nouveau système. Avec le temps, je constate que tous les ministres, de droite comme de gauche, ont le même système en tête. Mais, ils se heurtent pour agir sur une discordance avec les médias, les professionnels de santé et l'opinion. On a un travail de fourmi à effectuer pour réussir la pédagogie. C'est peut-être le défi le plus délicat.

■ **Propos recueillis par Alexandre Beau et Paul Aube**

Prochain épisode :
80 ans, la branche AT-MP.



LA MNT AUX CÔTÉS DES DÉCIDEURS

“Comment renforcer la protection sociale complémentaire de mes agents ?”

Marielle, maire de la ville
de Vendeuvre-sur-Barse et ses agents

LA RÉPONSE MNT

Un interlocuteur MNT dédié sur votre territoire vous accompagne dans la compréhension de la réforme de la protection sociale complémentaire. Il vous aide à choisir la solution la plus adaptée : labellisation ou convention de participation en santé et prévoyance.

RETROUVEZ TOUTES NOS SOLUTIONS SUR MNT.FR OU AU 0 980 980 210*

1re mutuelle des agents des services publics locaux

ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER

MNT
GROUPE VYV

*Prix d’un appel local, du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Siège social : 4 rue d’Athènes - 75009 Paris. TheLINKS.fr - Avril 2025 - Crédits photos : Livia Saavedra - Photographie retouchée - Document à caractère publicitaire et non contractuel.

MUTUALITÉ FRANÇAISE
MEMBRE DE LA