

**FINANCEMENT / AUTONOMIE**  
**LES NOUVELLES MISSIONS**  
**LIBAULT**

**NUMÉRIQUE** **DERNIÈRE**  
**LIGNE DROITE POUR L'ENS**

**USA** **LE PROJET SANTÉ ET**  
**SOCIAL DE BIDEN**

# DÉMOGRAPHIE

## PAS DE PANIQUE !

# Savoir s'adapter aujourd'hui, c'est le meilleur moyen d'être encore là demain.

La prévoyance, la santé, la retraite, le développement de l'épargne, la protection des proches, ce sont nos sujets, au quotidien, depuis plus de 100 ans. Au fil des années, nous avons développé une compétence particulière : la protection des personnes et de leurs proches tout au long de la vie.

Pour servir les intérêts de nos assurés dans la durée, nous nous adaptons à notre environnement et aux évolutions économiques, sociales, technologiques et réglementaires.

Ainsi, depuis plus de 100 ans, la santé de nos assurés est protégée ; leurs retraites sont versées ; leur patrimoine est renforcé.

Société de personnes, non cotée en bourse et dirigée par ses assurés, AG2R LA MONDIALE s'adapte sans cesse pour les accompagner sur le très long terme.

AG2R agissant pour le compte de ses membres / 14-16, boulevard Malesherbes 75008 Paris

## SOMMAIRE

### 4 - PROJECTIONS

### 5 - ACTU

Les deux nouvelles missions  
Libault.

### 6 - ÉVÈNEMENT

Pourquoi la démographie  
française ne recule pas.

### 8 - SÉQUENCES

#### • Social

Que va décentraliser la loi 4D ?

#### • Prévoyance

Les pistes du HCAAM pour tout  
remettre à plat.

#### • Numérique

Espace Numérique de Santé :  
la dernière ligne droite.

#### • International

L'ambitieuse feuille de route  
santé/social de Biden.

**ESPACE SOCIAL** Sarl au capital de 120 000 RCS  
Paris B 480 706 159 (2005B02166)  
27, rue des Bergers 75015 Paris  
Tél. : 01 53 24 13 00 - Fax. : 01 53 24 13 06  
**Associé unique et président du comité  
éditorial** Pascal Beau  
**Directeur de la publication et de la rédaction**  
Alexandre Beau

**ABONNEMENTS 01 53 24 13 18**  
abonnements@espace-social.com  
21 numéros par an et 200 lettres électroniques.  
- Professionnel : 420 € TTC.  
- Individuel : 220 € TTC - Association : 320 € TTC.

### RÉDACTION

**Analyses** : Pascal Beau

**Assurance-maladie - Sécu - International** :

Alexandre Beau - a.beau@espace-social.com

**Famille - Action sociale** : Florence Pinaud,

f.pinaud@espace-social.com

**Prévoyance complémentaire** : Emilie Guédé,

e.guede@espace-social.com

**Correspondant Europe** : Henri Lewalle

**Rédacteur graphique - Site Internet -**

**Réseaux - Podcast** :

Gladys De Micheli - g.demicheli@espace-social.com

**Iconographie** : cocktailsante.com

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

### ADMINISTRATION

secretariat@espace-social.com

**COMMISSION PARITAIRE** :

N° 0321 T 87714

ISSN : N° 0999-7822.

Prix au numéro : 13 €

**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 obliga-  
toirement obtenue auprès du Centre  
français d'exploitation du droit de  
copie (CFC) 20, rue des Grands-Augus-  
tins 75006 Paris

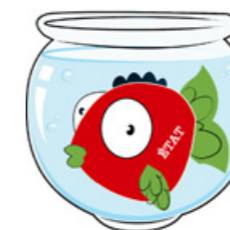
Tél. : 01 44 07 47 70 Fax : 01 45 34 67 19

# CARNET



Alexandre Beau

## LA MÉMOIRE COURTE



**D**ans ce numéro d'ESE, nous analysons les principaux contours du document de travail récemment publié par le HCAAM s'attardant sur la place de la complémentaire santé et prévoyance en France.

Cette première note pose d'ores et déjà des constats sur le régime complémentaire. Parfois sévères, parfois justes. La démarche entreprise s'inscrit quant à elle en droite lignée des débats issus du Ségur de la santé. Un événement au cours duquel les acteurs de santé, établissements de santé en tête, ont clairement demandé au gouvernement de simplifier leurs démarches administratives notamment en ce qui concerne la gestion de la facturation. Trop lourde, trop complexe. « Deux interlocuteurs, c'est un de trop » pensent-ils. Pour y remédier, l'idée « d'initier un chantier ambitieux » aboutissant à une « grande Sécu » était même avancée dans les recommandations faites par le comité Ségur. L'idée a germé : une autre façon de faire devrait être envisagée.

**Oui, mais c'est un peu vite balayer plusieurs faits historiques.** Le premier, le plus évident, est que le système de financement des dépenses de santé est pensé pour s'appuyer sur deux jambes depuis que le principe de ticket modérateur a été instauré. Plus près de nous, qui a impulsé la généralisation de la complémentaire santé ? Beaucoup de décideurs actuels étaient déjà aux manettes au moment de la mise en place de l'ANI. Une époque où État, politiques et partenaires sociaux appelaient conjointement les derniers pourcentages de Français non couverts par une complémentaire santé à l'être. Un autre temps, dirons-nous... Et que dire des excès de réglementation des contrats, de l'interdiction de développer des réseaux de santé pour limiter les dépassements d'honoraires, de la quasi-interdiction d'accès aux données de santé ? Par contre, peu de voix se sont élevées au moment d'évaluer le bien-fondé des taxes qui leur sont imposées ou quand elles financent intégralement un dispositif solidaire tel que la CSS.

Entendons-nous bien, tout n'est pas rose du côté des complémentaires santé. Elles ont elles aussi leur part de responsabilités. Mais faire preuve d'un peu de recul, de modération et de justesse au moment de faire un bilan de leur apport au système de santé ne doit pas être considéré comme une démarche futile. Surtout au moment où l'on s'apprête à renverser la table parce que l'air du temps vous y pousse.

Et pour paraphraser un ancien Premier ministre, arrivé troisième au premier tour de la présidentielle de 2017 : « On a voulu qu'ils soient là alors autant travailler intelligemment avec eux ». On n'aurait pas dit mieux. ■

## FEUILLE DE ROUTE DU LEEM



«L'année 2020 ne doit pas être uniquement regardée sous le seul prisme de la Covid», déclare Frédéric Collet, président du LEEM (Les Entreprises du médicament). La séquence Covid-19 permet de rappeler la mobilisation totale de l'ensemble des métiers, la trop forte dépendance de l'Europe aux matières premières provenant de l'étranger qui appelle à «relocaliser sans démondialiser», la reconnaissance du pays et des Français du caractère stratégique d'avoir une industrie performante, la capacité de résilience d'une filière qui «partie d'une feuille blanche» aura su développer un vaccin performant en moins d'un an. Pour le LEEM, la lutte contre les pénuries passe par une plateforme améliorant la traçabilité des produits. Pour 2021, le représentant des industriels du médicament a dévoilé plusieurs chantiers prioritaires du secteur comme le renforcement des écosystèmes d'innovation, la réforme l'évaluation des politiques d'accès au médicament, le besoin d'affirmer une politique industrielle ambitieuse couplée avec la croissance pour financer ces ambitions industrielles et un objectif de leadership européen en vue de la présidence française de l'UE en 2022. Dans ce cadre, le LEEM émet le souhait de finaliser rapidement un nouvel accord-cadre avec les pouvoirs publics dans le but poser les «jalons d'une véritable politique du médicament». «J'ai le sentiment que nous progressons dans le bon sens» indique Frédéric Collet. ■

### ► CNSA, LES CHANTIERS



Virginie Magnant, directrice générale de la CNSA, a détaillé les chantiers pour 2021 (et au-delà) de la caisse nationale. La DG annonce les travaux sur l'effectivité des droits (accueil, information, orientation des bénéficiaires avec meilleure «visibilité et accessibilité» ainsi que l'animation des MDPH (maisons départementales des personnes

handicapées); un site national est prévu permettant les demandes en ligne sur l'aide à domicile. La convention «socle» avec les départements vise à concrétiser le principe du guichet unique.

### ► SANTÉ AU TRAVAIL



Comme prévu, le récent accord patronat-syndicats sur la santé au travail débouche sur une proposition de loi examinée en séance le 9 février. La députée LREM, Charlotte Lecocq

porte ce dossier depuis de nombreux mois. 30 articles traitent de la prévention, du découplage santé publique/santé au travail, de la réforme des services et de la gouvernance.

### ► LICENCES OBLIGATOIRES

La France peut-elle recourir à la méthode des licences obligatoires pour fabriquer des vaccins anti-Covid et se substituer aux labos propriétaires des formules?

Peu sûr! Le droit international impose deux principes: une urgence de santé publique (l'UE solidaire?) et une indemnisation des labos, qui se chiffreraient en milliards d'euros. Sans oublier la question des savoir-faire.

Pas évident du tout! ■

## LES CHIFFRES

**1,5 million**

de personnes ont reçu une dose de vaccin anti-Covid au 31 janvier (ne pas confondre le nombre de doses et de personnes vaccinées).

**Entre 18 et 22 millions**

de patients vaccinés fin juin prochain (2 doses) selon les épidémiologistes de Pasteur (43 avait prédit Olivier Véran).

**129 milliards**

de masques jetables utilisés chaque mois dans le monde.

**-8,3 %**

de PIB en 2020 (+4 à 5% escompté en 2021).

**500 000**

contrôles au titre de l'indemnisation du chômage partiel (80% des fonds «récupérés» selon Bercy).

## LES DEUX NOUVELLES MISSIONS LIBAULT



Invité de notre podcast «Parlons-en!», le président du Haut Conseil au financement de la protection sociale et directeur de l'EN3S, Dominique Libault, nous a présenté la finalité des deux missions que vient de lui confier le gouvernement. La première portant sur l'évolution des mécanismes de financement de la protection sociale. La seconde s'attardant sur les mécanismes à mettre en place en vue de simplifier les démarches des usagers liées à la perte d'autonomie. Meilleurs extraits de cet entretien.

### Que vous a demandé le gouvernement dans le cadre de votre nouvelle mission portant sur l'état des comptes sociaux?

Comme il est indiqué dans la lettre de mission, le gouvernement demande au Haut Conseil de réfléchir aux mécanismes permettant le retour à l'équilibre des comptes sociaux. Cette démarche s'inscrit en parallèle de la mission confiée Jean Arthuis qui, elle, se penche sur les comptes publics.

### L'État vous demande de réfléchir à des solutions à court terme?

Non, aucun objectif de la sorte ne nous a été demandé et ceux, pour une raison simple: nous ne savons pas quand nous verrons le bout de cette crise. Ni à quelle date nous retrouverons une croissance économique normale. Pour autant, il est souhaitable de réfléchir dès maintenant aux solutions à mettre en place. Certaines ont déjà été prises au printemps dernier comme la prolongation de la mission confiée à la CADES. Maintenant le défi est double, car il faut nous atteler à la fois à la gestion de la nouvelle dette, conséquence directe de la crise, et dans le même temps nous attaquer aux déficits structurels qui pour leur part, demeurent à des niveaux élevés dans les projections faites par le gouvernement.



### Comment y faire face?

C'est justement le but de notre démarche. Nous devons au travers de nos travaux répondre à deux questions: comment gérer cette dette sociale et ces déficits? Et définir quelles sont les priorités. Sur ce dernier point, il est incontestable que la crise a impacté durement les comptes sociaux. Tant au niveau des ressources, et ceux sur l'ensemble des branches, qu'au niveau des dépenses engagées. Il faut avoir en tête qu'au niveau de la seule branche maladie, l'Ondam a atteint un niveau record en 2020.

### En quoi la mission qui vient de vous être confiée sur la perte d'autonomie se distingue-t-elle de celles qui ont été réalisées ces trois dernières années?

Plus que la rédaction d'un rapport, on me charge ici de mener une mission opérationnelle. «De passer à l'acte» si je puis m'exprimer ainsi. A l'instar de nombreux acteurs, j'estime qu'il faut arrêter d'attendre l'arrivée d'une grande loi pour agir, notamment autour du sujet des parcours des usagers. Un travail est à mener pour simplifier la vie de nos concitoyens âgés et handicapés. Derrière cela se pose la question de la coordination des professionnels, car les logiques de silo de notre sphère sociale sont au final pénalisantes pour une bonne prise en charge des personnes.

### Vous comptez donc revoir les processus en place?

Oui, on parle bien ici de piloter plus efficacement la mise en œuvre de l'action publique. Que ce soit dans la réalisation de missions de prévention jusqu'à la gestion des cas complexes. Pour ce faire, nous avons plusieurs portes d'entrée. Le concept de déploiement d'un guichet unique alliant proximité et simplicité pour tous les usagers s'inscrit dans cette logique. Mais dans l'ensemble, toute initiative qui va dans le sens de la transversalité tout en laissant une part importante aux dynamiques territoriales doit être étudiée.

■ Propos recueillis par Alexandre Beau



Retrouvez l'intégralité de cet entretien ainsi que l'ensemble de nos podcasts sur notre site: [www.espace-social.com](http://www.espace-social.com)

- Le 18 février, l'Assemblée nationale examinera une PPL, portée par le PS, prévoyant la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de la Covid-19 qui intégrera une dimension santé au travail au titre des pathologies professionnelles.
- Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, suite à un rapport interne, veut moderniser le fonctionnement de l'institution. Au passage, la CDC prépare un audit important sur la gestion de la crise sanitaire dont les résultats sont attendus pour l'automne.
- Agirc-Arrco, les partenaires sociaux alertent le gouvernement (Bercy et Affaires sociales) sur les risques encourus du transfert de la collecte de cotisations des caisses paritaires aux Urssaf. Motif principal: le lien étroit entre les cotisations versées et les droits individuels ouverts. ■

## POURQUOI LA DÉMOGRAPHIE FRANÇAISE NE RECULE PAS

Les récents chiffres de l'Insee sur la démographie ne sont pas aussi catastrophiques que les commentaires le laissent entendre. Plusieurs facteurs négligés nuancent fortement le constat pessimiste tant sur la natalité, le renouvellement des générations et l'espérance de vie. Explications.

La France connaîtrait un hiver démographique aux dires de certains commentateurs suite à la publication des premières données 2020 de l'Insee. En réalité, l'affaire est plus compliquée et bien moins noire que ce que l'on veut nous faire croire.

On rappellera que les chiffres des naissances et des décès annuels relèvent de l'état civil. L'Insee, de par la loi, dispose ainsi des statistiques officielles et solides. À ce calcul récurrent, l'institut ajoute une mise à jour des chiffres globaux de recensement général par une collecte annuelle de données auprès des communes de moins et de plus de 10000 habitants, permettant une synthèse « glissante » (ajustée annuellement) de grande qualité. Il s'agit cependant d'estimations. Corrigées, *in fine*, par l'institut en raison d'une marge d'erreur de 3 % en moyenne. Ces données pour solides qu'elles soient souffrent de plusieurs limites. Ainsi, les adoptions à l'international non prise en compte dans la comptabilité annuelle instantanée, environ 3500 sur les 10000 annuelles au total (un « stock » de 30000 demandes en cours...) doivent s'ajouter. Haïti, Asie, Proche-Orient voire Afrique et Amérique latine sont les lieux de provenance des enfants âgés de moins de 7 ans. En second, il convient de prendre en compte la variable migratoire.

### APPORT TABOU DE L'IMMIGRATION

L'immigration est un sujet hautement sensible. Depuis toujours. Mais les réalités sont là. Elles démentent quelque peu les données conventionnelles de l'Insee. Le récent ouvrage de Patrick Stéfanini (conseiller d'État et haut fonctionnaire de réputation sérieuse) « *Immigration, ces réalités qu'on nous cache* », contestent avec force les chiffres officiels. Qu'il s'agisse du regroupement familial (91 000 personnes par an), de l'immigration clandestine (par définition peu maîtrisée statistiquement), des demandes d'asile plus ou moins légitime (un stock de 150 000 dossiers) et des régularisations (37 000 officiellement). Sans soutenir, évidemment, les chiffres fantaisistes énoncés par des experts radicalisés, force est de constater que le poids de l'immigration est nettement minoré dans les données officielles. Patrick



### Définition des taux

C'est toujours une question un peu compliquée mais indispensable à connaître pour projeter la démographie, facteur majeur du devenir des politiques sociales (santé, famille, retraite, etc).

**Taux de natalité** : la somme annuelle des naissances déclarées à l'état civil divisé par la population totale.

**Taux de fécondité** : le rapport entre le nombre d'enfants vivants dans une génération au cours d'une année et le nombre moyen, durant la même année, de femmes en âge de féconder, entre 15 et 50 ans. L'indice permet de cerner le nombre d'enfants par femme.

**Taux de fécondité général** : le rapport entre le nombre de naissances vivantes sur une année et le nombre de femmes en âge de féconder au milieu de l'année. Ce taux n'est cependant guère utilisé.

**Indicateur conjoncturel ou synthétique de fécondité** : le calcul du nombre moyen d'enfants auxquels les mères donneraient le jour si les générations futures avaient le même taux de fécondité que la génération des mères actuelles. Cette donnée est utile pour les projections des politiques sociales et économiques.

**Descendance finale** : le nombre d'enfants d'une génération de femmes donnée met au monde au terme du cycle de fécondité, entre 15 et 50 ans.

**Seuil de renouvellement des générations** : le nombre moyen d'enfants indispensables par femme pour que chaque génération en engendre d'autres de même nombre. ■



### Repères 2020

67,422 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

740 000 naissances et 658 000 décès.

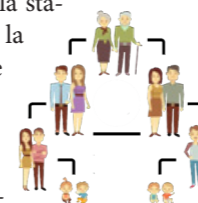
82 000 personnes de plus en solde naturel  
87 000 issues en solde migratoire.  
Soit, un total de 169 000.

Taux de fécondité par âge :  
10,6 pour les 25-29 ans (13,4 en 2000),  
12,5 pour les 30-34 ans (11,7 en 2000),  
7,9 pour les 35 ans et plus (5,5 en 2000).

Espérance de vie à 60 ans :  
27,4 ans pour les femmes (27,1 ans en 2010) et  
22,9 ans pour les hommes (22,4 ans en 2010).

192 000 Pacs contractés et 143 000 mariages.

Stéfanini parle de plusieurs dizaines de milliers de personnes présentes légalement sur le territoire en sus du ratio de 87 000 d'apport annuel évoqué par l'institut national de la statistique. Régulièrement, *in fine*, l'Insee modifie « à la hausse » les données populationnelles du pays. Se posent en filigrane d'autres questions.



### RENOUVELLEMENT GÉNÉRATIONNEL ?

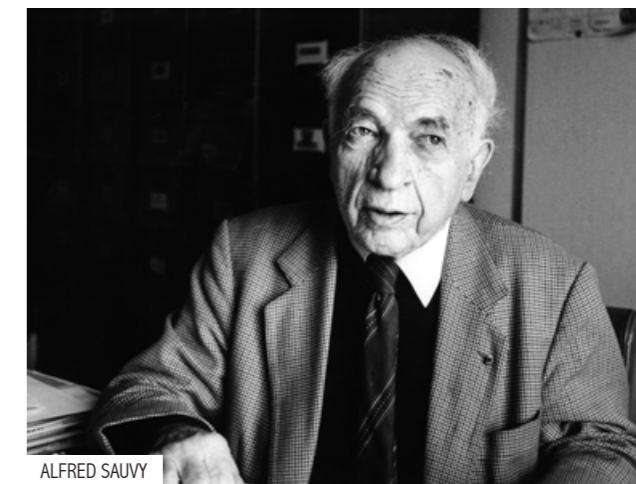
La France renouvelle ses générations? Une question également sensible entre experts. Pris de façon « brute » le taux de natalité laisse entrevoir que la France perdrait sur le long terme un peu de sa population. Quelle est la nature du débat? Certains démographes ont pointé par le passé, l'écart significatif entre le taux annuel de natalité, soit le nombre d'enfants nés sur le territoire pendant une année et déclarés à l'état civil et le taux de descendance finale, soit le nombre d'enfants mis au monde par les femmes en âge de féconder durant leur cycle de fécondité. Ce cycle court de l'âge de 15 à 50 ans. Un indice qui sur le long terme permet de vérifier le renouvellement générationnel, la descendance finale. Durant les années 90, le taux de natalité était bas, autour de 1,85 à 1,90 enfant en moyenne. Mais le second indice, la descendance finale était plus optimiste puisqu'atteignant sur la longue durée le fameux seuil de 2,1 enfants, soit le renouvellement espéré. L'explication tenait au fait que les femmes françaises fécondaient plus tard pour l'enfant primipare (toujours le cas avec 30,8 ans en 2020) et n'hésitaient pas à décaler dans le temps leur appétence pour une fécondité plus maîtrisée, liée en partie au mode de vie, conciliant temps éducatif et professionnel. En 2020, le taux de natalité a effectivement chuté dans les classes d'âge des femmes de 25-29 ans et 30-34 ans. A contrario, il demeure constant chez les femmes de 35 ans et plus et ne varie guère depuis 20 ans sur cette barrière d'âge. C'est une spéci-

ficité que les Françaises veulent à la fois travailler, choisir librement leur statut familial (effondrement du nombre de mariages de 220 000 en 2019 à 140 000 en 2020, Covid-19 oblige) et fonder un foyer durable.

### ESPÉRANCE DE VIE

Autre méprise d'interprétation, selon les récentes données publiées par l'Insee, l'espérance de vie (E.Vie) a reculé en 2020. 0,4 mois de recul pour les femmes et 0,5 mois pour les hommes. Ces chiffres ne doivent pas alarmer. Contrairement à la plupart des commentaires politico-médiatiques. La raison tient principalement à l'effet Covid-19 et ses 66 700 décès, à confirmer par une expertise pointue. Le recul de l'E.Vie se concentre chez les plus de 65 ans. On rappelle que 92 % des décès furent constatés dans la catégorie des aînés. Sur les moins de 60 ans, pratiquement aucun changement de ratio d'E.Vie.

La France est donc, elle ne sera pas seule dans ce cas, confrontée à un phénomène conjoncturel sanitaire négatif. Pas de panique donc! Ce qui n'empêche pas un vieillissement lent mais réel avec l'avancée en âge de la génération des « baby-boomers ».



ALFRED SAUVY

### SAUVY DÉPASSÉ ?

Alfred Sauvy, grand démographe, vantait, à juste titre, qu'un pays qui « fait » des enfants, alimente sa vitalité et sa croissance. Un débat délicat qui croise forcément celui de l'apport migratoire. Il convient d'associer à ce facteur celui de la productivité, sa répartition en termes de génération économique et son partage au titre de l'équité sociale. Les déficits démographiques de l'Europe, très réels dans les anciennes nations du PECO et à un degré moindre ailleurs, placent le continent devant des défis énormes. Les solutions se puisent dans des politiques incitatives, familiales, sociales, urbanistiques et territoriales. Un pays peut être riche et vieux. Mais sans apport démographique, capté par les migrations ou le renouvellement naturel, il sera tôt ou tard à un risque de vieillissement économique. Au final, l'optimisme doit prévaloir. La France demeure championne au sein d'une Europe en plein hiver démographique

■ Pascal Beau

LÉGISLATION

# QUE VA DÉCENTRALISER LA LOI 4D ?

Dans le champ sanitaire, dans la protection de l'enfance, l'action sociale et le logement, qu'entend changer le projet de loi 4D ?

Si les grandes lignes ont été dévoilées en décembre, le texte complet du projet de loi 4D devrait être présenté en Conseil des ministres ce mois-ci. Cet avant-projet annonce une étape dans le processus de décentralisation en confiant de nouvelles compétences aux collectivités. Il vise aussi à adapter un peu le fonctionnement des services publics aux territoires dans lesquels ils sont implantés.

Porté par Jacqueline Gourault, ministre de la Transformation et de la Fonction publiques, l'avant-projet contient des mesures très variées : de la gouvernance des ARS à la recentralisation du RSA en passant par la protection de l'enfance, le logement et même la gestion des petites gares. Avec des expérimentations et des transferts de compétences, il intègre de nouvelles missions et des ajustements pour limiter la portée des défauts de centralisation. Mais les élus locaux dénoncent une loi bien trop limitée. Par exemple, si le texte devrait confier de nouveaux pouvoirs normatifs aux élus locaux, pas question de les déléguer sur des domaines sanitaires et sociaux. Le seul exemple concédé est celui de « la liste des pièces à fournir pour l'inscription scolaire ». Avec ses 4 D, le texte envisage le mouvement sous différents prismes : **Différenciation, Décentralisation, Déconcentration et même « Décomplexification »**, rajoutée sur le tard aux trois premiers D.

**Les principales mesures dans le champ de la protection sociale sont :**

**SUR LE VOLET SANITAIRE :**

► Promesse du Ségur de la santé, les conseils de surveillance des ARS seront transformés en conseil d'administration, avec un tiers des places désormais réservées aux collectivités territoriales. Les préfets de région présideront ces nouvelles instances et seront



assistés de trois vice-présidents (dont deux qui seront des élus locaux).  
 ► Les collectivités pourront financer les établissements de santé.  
 ► Les communes et les départements pourront recruter du personnel soignant pour les centres de santé dont ils assurent la gestion.  
 ► La médecine scolaire sera une compétence décentralisée vers les départements.

**SUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE :**

► Les directeurs des instituts départementaux de l'enfance et des familles seront rattachés à la fonction publique territoriale.  
 ► Toutes les instances de protection de l'enfance seront réunies dans un seul Groupement d'Intérêt Public (GIP).  
 ► La tutelle des pupilles de l'État sera transférée aux départements.

**SUR LE VOLET ACTION SOCIALE :**

► Les départements volontaires pourront expérimenter la recentralisation du RSA, en contrepartie d'un engagement sur les politiques d'insertion.  
 ► Les départements deviendront chef de file pour l'habitat inclusif et l'adaptation du logement au vieillissement.  
 ► Les métropoles pourront se doter de centres intercommunaux d'action sociale.

**SUR LE LOGEMENT SOCIAL**

► Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) pourront ex-

périmenter une délégation de compétences en matière de logement : aide à la pierre, hébergement, DALO...

Depuis les premières rencontres, les annonces autour du conseil d'administration des ARS font débat, voire agacent. Si les collectivités territoriales font leur entrée dans la gouvernance, le fait que la présidence restera exclusivement aux mains du préfet de région fait « tiquer » de nombreux élus locaux.

La décentralisation systématique de certaines compétences contrarie aussi les métropoles. France Urbaine rappelle qu'une quinzaine de grandes villes assument déjà la médecine scolaire par délégation. De plus, dans le cadre de la loi Maptam de 2014, des métropoles ont acquis une compétence en gérontologie. La 4 D devra également préciser comment articuler les compétences des métropoles avec celles des départements qui devraient, en fin de compte, devenir les chefs de file de l'habitat inclusif et de l'adaptation du logement au vieillissement. Enfin, le transfert de certains personnels de la Fonction publique aux départements inquiète les syndicats. Certains dénoncent aussi le fait que des agents se retrouveront sous une double autorité à l'instar du cas des directeurs d'école. Des mesures de différenciation forcément un peu complexes à adapter aux réalités de terrain.

► Florence Pinaud

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

# LES PISTES DU HCAAM POUR TOUT REMETTRE À PLAT

Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (Hcaam) a publié début janvier un document de travail élaboré en vue d'un avis et d'un rapport, qui seront rendus cet été. Au terme d'un « état des lieux juridique, statistique et économique », il soulève une série d'interrogations et dégage d'ores et déjà plusieurs scénarios d'évolution.



« Qu'attend la Nation des couvertures complémentaires ? ». C'est à cette vaste question que tente de répondre le Hcaam à travers sa réflexion, dont le document rendu public début janvier constitue la première étape. En une quarantaine de pages, ce qui reste dense pour un document de cadrage, le Haut conseil revient sur l'ensemble des mutations connues dans le champ de la complémentaire santé et de la prévoyance au cours des der-

nières décennies. Il dresse un certain nombre de constats, souvent sévères pour les acteurs, mais également pour le système en lui-même. L'instance de réflexion relève en particulier le paradoxe selon lequel « : ouverture des marchés de l'assurance complémentaire et réglementation de l'activité sont allées de pair ». Elle insiste également sur le caractère « hybride » du modèle Français et sur la trop grande fragmentation du marché.

**Les problématiques soulevées par le modèle actuel**

**UN SYSTÈME PEU ÉQUITABLE**

► Le Hcaam pointe « des disparités importantes » dans la couverture santé. De 95 % pour l'ensemble de la population, le taux de couverture chute à 88 % pour les 20 % les plus modestes. Des écarts non résorbés par la CMU-C et l'ACS (avec des niveaux de non-recours élevés, respectivement à 40 % et 50 %). Les effets de la complémentaire santé solidaire (CSS), remplaçant ces deux dispositifs depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, devront être mesurés.

La proportion de salariés auxquels leur entreprise n'a pas proposé de complémentaire s'avère également plus importante dans les secteurs coutumiers des contrats précaires. Même chose pour les travailleurs avec de faibles rémunérations et les ouvriers non qualifiés.

Ces constats se retrouvent pour la prévoyance. Le Haut conseil met en garde contre les conséquences de la crise sanitaire, qui pourrait conduire entreprises et ménages à « réduire, voire renoncer à leur couverture ». Avec pour les risques lourds des obligations au titre de la portabilité (article 7 de la loi Evin). Or, « si les organismes complémentaires sont tenus de provisionner ce risque, ils pourraient être contraints de renforcer leurs provisions pour faire face à une vague de résiliations et de faillites d'ampleur inhabituelle ».

► Autre facteur d'inégalité, la soutenabilité des dépenses de santé à la charge des ménages. Les cotisations

... s'élèvent en moyenne à 830 euros par an pour les 25-45 ans, contre 1490 pour les 66-75 ans. Le taux d'effort pour les personnes âgées atteint 7 % du revenu. Ce phénomène s'est accru ces dernières années, avec un rapprochement des pratiques des différentes familles. «Alors qu'en 2006, encore 36 % des mutuelles appliquaient des tarifs indépendants de l'âge, elles ne sont plus que 3 % en 2016». La spécificité des contrats (labellisés ou conventionnés) proposés aux agents territoriaux est relevée, avec un rapport de 1 à 3 entre la cotisation la plus basse et la plus haute. Mais l'absence d'obligation d'adhésion fragilise ce mécanisme, à suivre avec la réforme en cours...

Le taux d'effort s'avère beaucoup plus important pour les plus pauvres. Le prix des primes apparaît relativement homogène selon les revenus, en moyenne 950 euros pour les ménages du premier décile, contre 1095 pour ceux du dernier. Le Hcaam pointe la différence avec l'AMO, financée par la CSG et des cotisations sociales proportionnelles aux salaires et donc présenté comme un mécanisme comme plus juste. Il émet l'hypothèse d'une hausse des cotisations en individuel, s'appuyant sur la modification de la pyramide des âges (consécutives à l'Ani santé), le rapprochement des pratiques tarifaires entre les trois familles et l'amélioration du résultat technique pour les assureurs (6 % à 9 %), comme les mutuelles (2 % à 4 %), entre 2015 et 2018. Cette situation apparaît amplifiée par le régime de taxation, impactant davantage les contrats individuels les plus élevés dans la grille tarifaire, le plus souvent souscrits par les plus âgés.

Parmi les effets collatéraux d'une construction en silos de la complémentaire santé : les disparités des aides publiques concentrées sur les salariés.

## CHOIX ET ADAPTATION AUX BESOINS

Le Hcaam souligne une «latitude de plus en plus restreinte». Avec les contrats responsables, le socle défini s'avère incompatible avec «l'hétérogénéité des besoins». Seuls espaces de

liberté : les «offres additionnelles de renfort», soit des garanties supplémentaires non prises en charge par l'AMO (ostéopathie, action de prévention, chambre individuelle) ou une surcomplémentaire (absence de plafonnement du remboursement d'honoraires). Se pose la question du financement de ces ajouts facultatifs, en particulier pour les plus modestes. Côté opérateurs, cette «normalisation de l'offre», met à mal



95 % de la population couverte par une complémentaire santé mais seulement 88 % chez les 20 % les plus modestes.

la différenciation et conduit à miser sur les services.

Autre obstacle : le manque de lisibilité des contrats. La faute en particulier à la complexité croissante dans la structuration des remboursements (tarifs et forfaits conventionnels, Optam, Optam-co, etc). En santé, sont évoqués le renforcement des obligations de conseil et d'information, la résiliation infra-annuelle, ainsi que l'engagement des trois familles pour renforcer la lisibilité. Mais la compréhension reste fastidieuse «notamment en raison de l'hyper-réglementation et de la structure complexe du remboursement». Des inquiétudes, voire des «mouvements de défiance vis-à-vis des politiques tarifaires» sont relevés.

Paradoxe supplémentaire, la généralisation de la complémentaire santé aux salariés a conduit à réduire le dialogue social dans la définition des couvertures. En cause : la standardisation des paniers de soins et la suppression des clauses de désignation.

## SOUTENABILITÉ DU MODÈLE ACTUEL

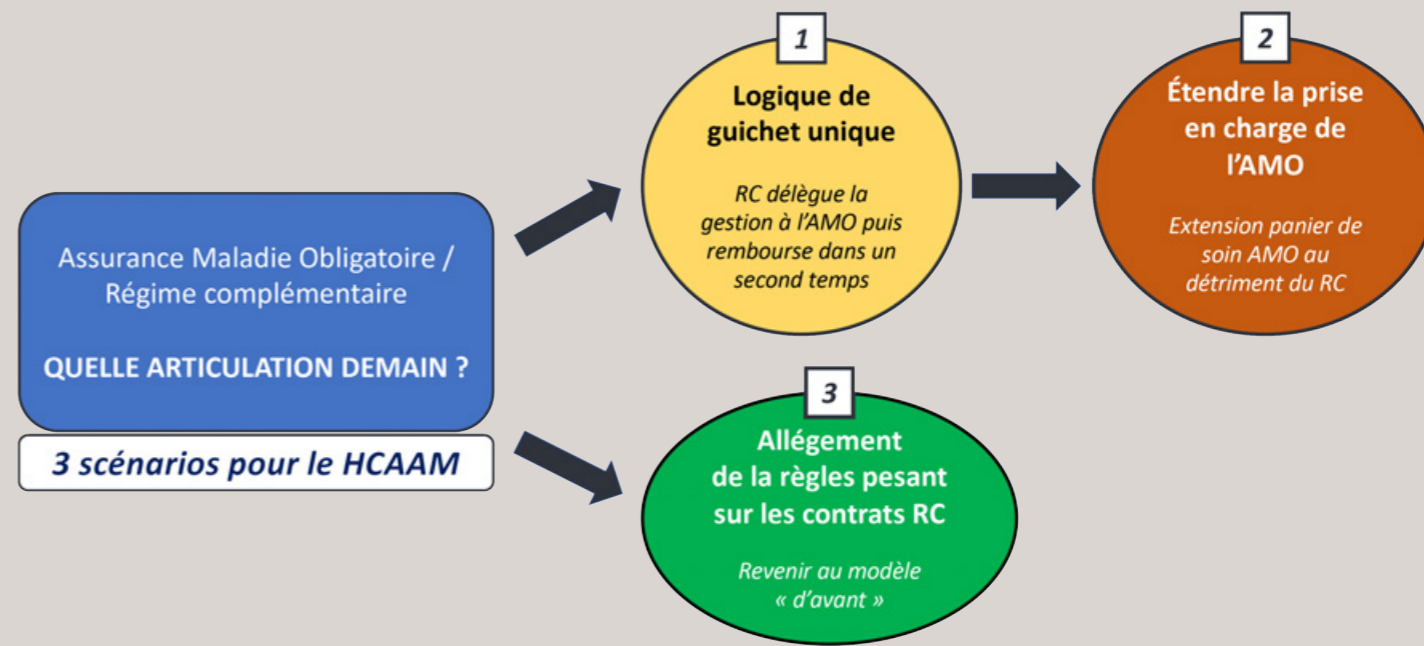
La solvabilisation globale repose sur un modèle «hybride» combinant AMO et AMC. Pour le Haut conseil, «l'existence des AMC permet à l'AMO dont les charges s'alourdissent tendanciellement de plusieurs centaines de millions par an de stabiliser sa part dans le financement total des dépenses de santé». Les Ocam empêchent également une explosion du reste à charge des ménages. Cependant, «cet ajustement est réalisé sans qu'une stratégie de positionnement à long terme des différents niveaux de couverture ne soit définie». Ainsi les transferts répondent à une «logique paramétrique, sous la contrainte d'assurer la régulation budgétaire de l'AMO», privant l'AMC de toute visibilité.

Ce système implique un «brouillage» du modèle de financement et le rend «peu intelligible». Un constat renforcé par le nombre important d'opérateurs de familles différentes, la complexité des contrats collectifs, mais aussi le rôle des CPAM, devenues de fait opérateurs d'AMC dans le cadre de la CSS.

Cette multiplicité d'acteurs induit un alourdissement des charges de gestion administrative, en particulier pour les pharmaciens et établissements de santé. Ces derniers font face à des «démarches chronophages des services de facturation auprès des organismes complémentaires et des patients pour le recouvrement des frais de séjour». L'«iniquité» des restes à charge après AMO suite à une hospitalisation est soulignée, avec un questionnement sur le «bien fondé des règles actuelles».

Concernant la solvabilisation de dépenses faiblement prises en charge par la Sécurité sociale (optique, dentaire, audioprothèses, dépassements d'honoraires), le Hcaam reconnaît le rôle «crucial» de l'AMC, mais signale un effet pervers : l'inflation des pratiques tarifaires.

Ces travaux interrogent également sur le rôle des Ocam «dans l'orientation des patients». Est soulevée la question des critères mis en œuvre dans les services d'information, mais aussi celle «de la



légitimité des organismes complémentaires à peser sur une dépense dont ils ne sont pas les financeurs principaux». Concernant les réseaux de soins, l'impact sur les frais de santé ne peut être mesuré, selon le Haut conseil, faute de statistique publique ou de données consolidées (malgré l'enquête de l'Igas). À propos du cadre juridique, il regrette l'absence de dispositions sanitaires. Enfin, «une évaluation juridique approfondie du dispositif conventionnel» est préconisée.

## LES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION

«Force est de constater que la concurrence entre organismes complémentaires s'éloigne à de multiples égards d'un modèle théorique de concurrence pure et parfaite, malgré l'intensification du recours au marché depuis plusieurs décennies», constatent les experts après avoir posé ce premier diagnostic. Ils estiment que les modalités d'articulation entre AMO et AMC sont perfectibles, évoquant notamment l'absence de coordination en matière de prévention ou encore l'insuffisance de la création de l'Unocam (rôle consultatif sur le PLFSS, participation aux négociations conventionnelles) pour rééquilibrer les relations.

## CHIFFRES

Les 20 plus grands organismes concentrent un peu plus de la moitié des cotisations santé collectées.

- 455 Ocam en 2018, contre 1702 en 2001.
- 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par un contrat de classe 3 (plus protecteur) contre 11 % pour les contrats individuels.

## Deux démarches identifiées pour combler les failles du système actuel.

Première voie : corriger les défauts. Plusieurs pistes sont avancées : laisser intervenir les Ocam en complément de la Sécurité sociale sur le panier de soins et de prestations définis par cette dernière ; libre choix de l'organisme d'adhésion ; libre jeu de la concurrence «dans le cadre défini par les pouvoirs publics» ; solvabilisation par les pouvoirs publics pour certaines catégories de personnes vulnérables. L'intégration de l'âge et du taux d'effort dans les conditions d'éligibilité à la CSS est préconisée. Plus largement, le système devrait être ajusté pour permettre de «corriger les inégalités les moins acceptables ou limiter les restes à charge les plus élevés». Ce scénario aurait le mérite de ne pas bouleverser l'organisation actuelle déjà fragilisée par l'inflation réglementaire. En revanche, le risque serait de la complexifier encore plus au détriment des opérateurs et des usagers.

La seconde démarche, beaucoup plus radicale, propose de toute remettre à plat. Pour cela, trois types d'options :

- La première «peut conduire à aller au bout de la normalisation»,

en plaçant les complémentaires à un deuxième niveau encore plus encadré. Il pourrait également s'étendre à la prévoyance. Cette piste du Hcaam se rapprocherait d'une logique de guichet unique, demandée notamment par les hospitaliers lors du Ségur de la santé.

Autre possibilité, aller encore plus loin dans cette logique et faire basculer tout ou partie des garanties complémentaires dans la couverture de base pour les deux risques.

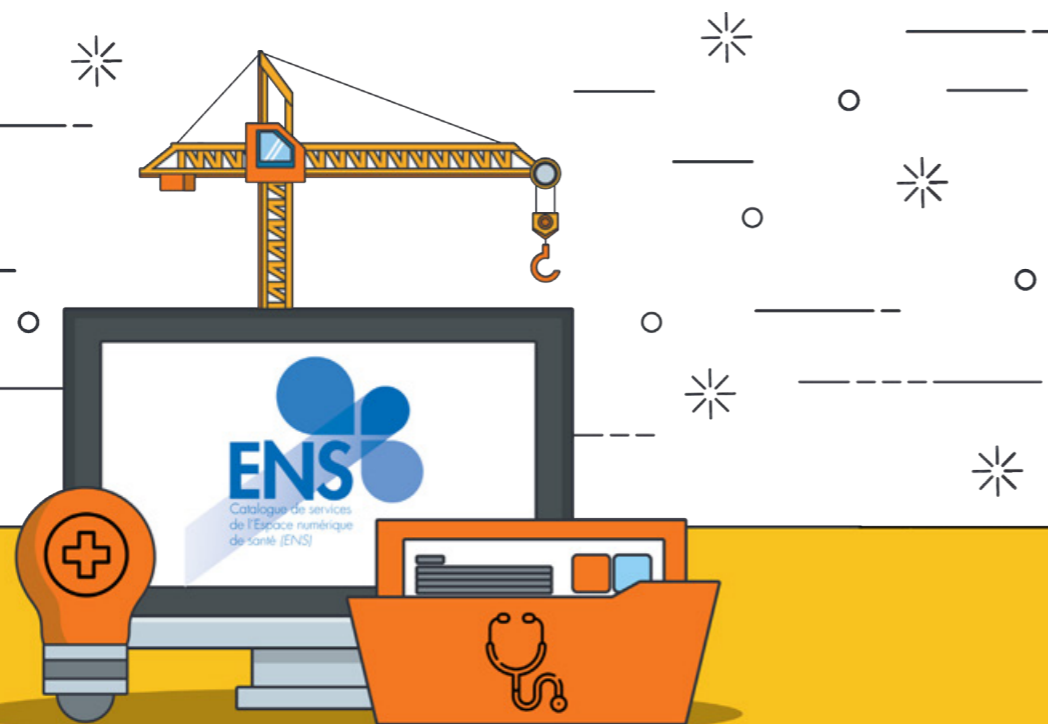
Enfin, le dernier schéma consisterait, à l'inverse, à accorder plus de liberté concernant les niveaux et contenus des garanties proposées par les Ocam. Hypothèse peu plausible, compte tenu des récentes réformes conduites par les pouvoirs publics et de leurs positions à l'égard de ces organismes.

A quelques mois du lancement de la prochaine campagne présidentielle, et quand on sait que les recommandations du Haut Conseil sont généralement suivies de très près par les équipes gouvernementales, il faut s'attendre à ce que les différents schémas d'évolution de l'articulation AMO/AMC qui seront explorés, voire préconisés, seront scrutés de très près par l'ensemble des acteurs du secteur.

Emilie Guédé

## ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ

# LA DERNIÈRE LIGNE DROITE



Attendu comme le chantier majeur de la stratégie de santé numérique portée dans le plan Ma Santé 2022, l'Espace Numérique de Santé commence à pointer le bout de son nez. Ouverture de droits, partage d'informations, contenu du dispositif, intégration d'applications... ESE fait le point sur les dernières avancées d'un projet qui doit aboutir d'ici un an.

Le challenge auquel l'espace numérique de santé (ENS) entend s'atteler est de taille : concentrer l'ensemble des services digitaux développés par l'Assurance Maladie, le ministère de la Santé, mais aussi par les acteurs privés, autour d'une plateforme unique. L'ENS, tel qu'imaginé par ses concepteurs, a vocation à occuper cette place centrale dans le périmètre sanitaire, mais également dans le social et médico-social. Cette démarche s'inscrit en suite de la logique de simplification des démarches portée par l'ensemble des administrations et qui se matérialise par le développement de guichets uniques dans les services publics. Un projet de décret adressé le mois dernier à la Commission européenne décrit les contours de ce dispositif.

### L'ENS POUR TOUS

Premier point soulevé, celui des modalités d'ouverture et de fermeture de l'ENS. Confirmation que les espaces seront automatiquement créés pour l'ensemble des usagers. Cette démarche ne se fera malgré tout pas en catimini, car l'Assurance Maladie devrait lancer une grande campagne de communication grand public, mais aussi, et surtout, individuelle pour informer les usagers du lancement du dispositif. Ceux-ci disposeront alors d'un mois pour s'opposer à l'ouverture de leur espace. Un défaut de réponse vaudra accord. Toutefois, la démarche ne se veut pas contraignante, un ENS pourra être fermé et rouvert à tout moment directement depuis son espace personnel ou en contactant la caisse nationale. Concernant l'accessibilité et l'utilisation, les mots d'ordre sont souplesse



et transversalité. Ainsi, le titulaire d'un espace pourra autoriser un professionnel ou un établissement de santé, social ou médico-social à consulter ou alimenter tout ou partie son ENS. Cette autorisation peut être permanente, par exemple dans le cadre de son suivi avec son médecin traitant, ou temporaire pour un épisode de soin ponctuel. En outre, le périmètre des acteurs pouvant accéder au portail s'élargit : médecine du travail et scolaire, dispositifs de coordination de parcours de soin...

### LE PARCOURS DU RÉFÉRENCIEMENT

Sur la partie contenue, la version actuelle du portail santé apporte peu de modifications par rapport aux premiers schémas esquissés il y a désormais près de trois ans (cf. schéma ci-contre). Neuf « briques » ont ainsi été retenues, à ce stade pour constituer le



## LES NEUF BRIQUES DE L'ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ

socle de démarrage de l'ENS. Parmi celles-ci, on s'attardera particulièrement sur le dossier médical partagé (DMP) et sur le catalogue d'applications et de services dédiés, ou «store» santé comme il se faisait appeler jusque-là. Après avoir été pendant deux ans la première pierre de le-santé grand public, le DMP devient désormais un module à part entière dans l'espace numérique de santé. Son rôle et son utilisation, hors de ce dispositif, pourraient être marginalisés à terme. Concernant le catalogue santé, on y voit un peu plus clair sur les critères qui permettront aux opérateurs, privés comme publics, de référencer leurs dernières applications. Première règle à respect, l'obligation d'appliquer les règles d'interopérabilité, de sécurisation et d'éthique qui sont imposées par l'agence du numérique en santé et par la réglementation RGPD. D'autres éléments pourraient à terme venir renforcer ce périmètre comme la finalité de l'outil,



les modalités d'accès, la gestion des données collectées. Les critères de référencement définitifs seront au bout du compte tranchés par arrêté ministériel. Attention toutefois, le parcours des opérateurs ne s'arrêtera pas là, car une commission ad hoc autorisant (ou pas) l'intégration d'une application au catalogue devrait également voir le jour. La présidence de cette instance reviendrait au délégué ministériel au numérique en santé. Poste actuellement occupé par M<sup>me</sup> Laura Letourneau. L'Assurance Maladie, co-porteuse de ce projet, prendra également toute sa part dans ce processus.

### UNE EXPÉRIMENTATION À RÉUSSIR

La plus-value de l'ENS résidera principalement dans sa capacité à proposer une «expérience usager» et des applications de qualité qui devront être adoptées à la fois par le patient mais aussi par le personnel soignant responsable de sa prise en charge, médecin traitant en tête. Si les deux «jouent le jeu» alors cette plateforme démontrera son utilité pour améliorer

le suivi et la coordination des parcours de soins que ce soit d'un patient chronique que de soins aigus bénins. Le tout en permettant à l'utilisateur d'avoir une vision d'ensemble allant bien au-delà des carnets de santé ou rapports de prise en charge avec lesquels il doit composer actuellement. Dans le cas où l'ENS ne remplirait pas (ou partiellement) son rôle, le risque de développer une «usine à gaz» duquel se détourneraient usagers et professionnels deviendrait aussi réel que bien malvenu. C'est pour éviter ce scénario que la phase de test qui commencera prochainement s'annonce critique. L'outil doit être, d'ici son lancement officiel en 2022, performant, simple d'utilisation et facilement alimenté par (et pour) les usagers et les acteurs de santé. Les premiers tests attendus pour juillet prochain donneront une première indication s'il est suffisamment bien pensé et construit pour le faire. Les sociétés Atos et Octo Technology retenues par la CNAM pour mener à bien ce chantier ont donc du pain sur la planche.

■ Alexandre Beau



# NOUS SOMMES LE LIEN QUI CRÉE AVEC LES PROS LA PROTECTION DONT ILS ONT BESOIN



## SOLUTIONS SANTÉ ET PRÉVOYANCE DÉDIÉES AUX PROS

Une protection globale aux garanties élargies pour  
permettre **aux pros de travailler l'esprit libre** :

- Une complémentaire santé **innovante et adaptée aux évolutions des besoins de santé**
- Une protection prévoyance complète pour **sécuriser leurs revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité**

[aesio.fr](https://aesio.fr)



**AÉSIO**



Groupe AÉSIO, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Livre I du code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 821 965 241 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS - Enregistrée à l'ORIAS en tant que mandataire d'assurance sous le n°16006968. Informations disponibles sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr). Crédit photo Alexis Raimbault. Document non contractuel à caractère publicitaire. 20-220-037