

GRANDE SÉCU
UN BIG BANG
À 22 Mds € ?

**ANALYSE ET IMPACTS
DES 4 SCÉNARIOS DU HCAAM**

TICKET MODÉRATEUR - UN OUTIL EFFICACE ?



MIEUX PROTÉGER LE SALARIÉ ET SA FAMILLE

L'OCIRP, assureur paritaire à vocation sociale, protège le salarié et sa famille face aux risques décès et perte d'autonomie par des contrats collectifs. Ses garanties s'activent par le versement d'une rente et d'un accompagnement social indissociable. Son dispositif HDS OCIRP® (Haut degré de solidarité) concentre et adapte les prestations des fonds de solidarité des branches professionnelles.

OCIRP.FR

UNION D'INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

OCIRP
protéger. agir. soutenir

Retrouvez-nous sur les réseaux sociaux



ESPACE SOCIAL
EUROPÉEN

SOMMAIRE

5 - ÉVÈNEMENT

HCAAM : « La Grande Sécu » coûterait 22 Mds €. Analyse et impacts des 4 scénarios.

10 - SÉQUENCES

• Santé

Négociations conventionnelles : accroître le rôle du pharmacien.

• Les Rendez-vous innovation RH Sécu

La démarche de transformation managériale.

• Analyse

Ticket modérateur, histoire et controverses.

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

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
Photos : cocktailsante.com

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

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

COMMISSION PARITAIRE :
N° 0326 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 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

CARNET



Alexandre Beau

UNE BRIQUE DE PLUS



Les travaux du HCAAM sur le devenir de l'articulation RO/RC auront provoqué en cette fin d'année une onde de choc considérable dans le paysage de la protection sociale. La perspective d'une « Grande Sécu », matérialisée par un scénario 2 prévoyant grosso modo de créer un NHS français, est sur toutes les lèvres. Or sur ce sujet, il faut tout autant faire preuve de prudence que d'essayer de prendre un peu de hauteur de vue pour comprendre les mécanismes et motivations en place. Car oui, le projet de « Grande Sécu » est bien lancé avec une

idée motrice visant à renforcer son périmètre et son efficacité en accélérant les phénomènes de convergence en son sein.

Prenons la liste (non exhaustive) des chantiers en cours et potentiellement à venir : mutualisation accrue de l'activité entre CPAM et CAF, rapprochement Urssaf/Dgfp dans une logique de recouvreur unique, réforme des retraites avec la possible création d'une caisse universelle, émergence d'une politique du Grand Âge, réforme du chômage, réorganisation des réseaux Sécu dans les territoires... Derrière l'accumulation de ces défis organisationnels émerge l'ambition de constituer un puissant bloc consolidé de couverture sociale publique. Un concept de guichet unique fait son chemin dynamisé par un puissant schéma numérique, toujours plus motivé par la volonté des pouvoirs publics de simplifier et de concentrer au maximum les prestations auxquels les usagers ont droit.

Pour cimenter cette feuille de route, une triple dynamique doit s'installer : celle d'une gestion interbranche accrue, en mode partenariale, brisant les logiques de silo existantes, celle de la convergence des acteurs et des activités, et enfin, celle de la centralisation de l'accès au droit. Cet ensemble devant s'imbriquer dans une logique intégratrice, dans laquelle, le numérique est appelé à être un vecteur fondamental de transformation.

Au travers de cet exercice de projection, il faut entendre la volonté de certains de pousser derrière ce fameux scénario 2 qui, à leurs yeux, ne serait qu'une brique de plus dans le chantier de construction de la grande maison de la Sécurité sociale de demain. Prudence toutefois car rien n'est encore acté quant à ce dernier volet de l'édifice d'ensemble. ■

L'ESSENTIEL DE LA LETTRE D'ESE



COLLOQUE DU COR
DU 15 NOVEMBRE

★ Dans un rapport de la section sociale, le Conseil d'État suggère 15 propositions visant à simplifier et harmoniser les conditions de ressources dans le calcul des aides sociales. Une contribution importante et solide pour un enjeu portant sur 30 dispositifs et quelques 120 Mds €. À lire sur le site web du Conseil d'État.

★ Dans un récent rapport, Igas et IGF (inspection des Finances) plaident pour une

meilleure prise en compte des évolutions des configurations familiales induisant des « effets de bord et de seuils importants ». À la clé, un « scénario de transformation du dispositif socio-fiscal susceptible d'améliorer l'ensemble des aides à la famille et à la petite enfance ». Rappel, 9 millions d'allocataires et 63 Mds € (3,6 % du PIB) sont redistribués.

★ Le colloque du COR (Conseil d'orientation des retraites) du 15 novembre sur le thème « Le COR est-il trop optimiste ? » fut un succès avec un défilé d'experts pointus et exigeants. Le débat sur la productivité du travail, principale pierre d'achoppement entre experts sur le coût à venir du système français a su soulever les bonnes problématiques. Et par là même l'enjeu de l'opportunité d'une future réforme. Le COR affinera ses projections le 25 novembre pour un rendu public de nouvelles projections de long terme en juin 2022. ■



« Le plus grand défi de la crise sanitaire reste la prévention et l'éducation sanitaire. Le système curatif a bien tenu en dépit de toutes les difficultés. Par contre la France est confrontée à une situation de désarmement total en matière de prévention et d'éducation sanitaire. Les faibles compétences de terrain s'ajoutent à une conception administrative et institutionnelle inefficace. C'est là une priorité absolue pour le pays. »
François Crémieux, DG de l'AP-HM.

« La grande Sécu est une folie ! Elle créerait une médecine à deux vitesses, priverait la population du libre choix, appauvrirait le dialogue social dans les entreprises, pousserait vers une médecine à l'américaine. Je combats



avec force un tel projet centralisateur. »
Xavier Bertrand dans le JDD.

« Nous travaillons à une grande réforme de la santé. Le projet des écologistes est de redéfinir des bassins de santé où les besoins sont réellement pris en compte. Il faut établir un ratio entre les personnels de santé et la population, les patients. Il faut aussi revoir les rémunérations, embaucher et redonner aux soignants la place qu'il convient dans la gouvernance de l'hôpital public. »
Yannick Jadot à Santexpo.

« Nous avons besoin de réinvestir dans l'hôpital. Humainement et de le débureaucratiser. Il manque 25 000 postes à l'hôpital. Celui-ci est très régulé, très



surveillé, très travaillé, mais la médecine est libre. Est-ce qu'il n'y a pas là un paradoxe sur l'usage de nos dépenses de santé ? Il faut imaginer donc un nouvel équilibre. »
Arnaud Montebourg à Santexpo.



« La e-santé sera une priorité de la présidence française de l'UE au premier semestre 2022. En accord avec le président de la République, nous organiserons 22 rendez-vous avec nos partenaires européens sur cet impératif. »
Cédric O, secrétaire d'État au numérique. ■

LES CHIFFRES

2,2 Mds €

supplémentaires pour l'Ondam en 2021-2022 dont 1,7 en 2021 et 0,5 en 2022.

8 %

des émissions de gaz à effet de serre produites par le secteur de la santé.

40 %

des enfants atteints d'hypercholestérolémie non traités par les statines.

80 %

des schémas directeurs informatiques des GHT (Groupements hospitaliers de territoire) enfin finalisés.

11^e place

pour CNP Assurances au titre de la féminisation des instances dirigeantes des entreprises avec 39 % de femmes.

-17 %

pour la consommation d'antibiotiques en 2020.

1 000 \$

par seconde, 65 000 \$ par minute, 34 Mds \$ par an. Rythme du bénéfice annuel de Pfizer, BioNtech et Moderna pour leurs vaccins anti-covid 19, selon l'ONG Peoples's Vaccine Alliance.

ÉVÈNEMENT

HCAAM : « LA GRANDE SÉCU » COÛTERAIT 22 Mds €

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a poursuivi ses travaux sur le devenir des assurances complémentaires avec comme hypothèse phare, celle de projet de « Grande Sécu ». Après une première phase définissant quatre scénarios de principe, place désormais aux aspects pratiques s'agissant des impacts financiers et organisationnels. Détails et analyse.

Ce 18 novembre a vu donc les quelque 70 membres du HCAAM plancher sur les documents relatifs à la seconde phase des travaux concernant la place à venir des Ocam dans le cadre d'une possible future « Grande Sécu ». Une fois étudié l'impact financier et organisationnel des quatre scénarios de référence, le Haut conseil amènera la copie des experts, puis adressera un document d'ensemble à Olivier Véran, ministre de la Santé, début décembre.

La question du contexte du débat doit être rappelée. À l'origine de l'affaire, c'est l'équipe du HCAAM qui suggère cette réflexion au ministère des Solidarités (à la Direction de la Sécurité sociale, DSS, notamment) à la mi-2019. Lequel approuve la démarche, sans pour autant lui conférer une forte dimension politique.

Mais le contexte évolue. Les relations gouvernement-complémentaires se dégradent depuis longtemps. L'image des assureurs santé dans l'opinion publique également. Les médias généralistes ne cessent de vilipender certaines pratiques commerciales et tarifaires. Quant aux milieux politiques, parlementaires, hormis quelques voix prudentes, c'est souvent « haro » sur les Ocam. Après l'énoncé des scénarios le 18 octobre dernier, les membres du Haut conseil étudient le second volet des projets d'avis portant cette fois sur les impacts financiers et organisationnels potentiels. ■



QUELS IMPACTS FINANCIERS ET ORGANISATIONNELS ?

SCÉNARIO 1

« AMÉLIORER LE CADRE DE L'ARCHITECTURE GLOBALE »

Ce scénario ne remet en cause ni les différentes réformes conduites depuis 2013 ni l'équilibre général de l'articulation actuelle entre RO et RC. Il se limite à corriger les principaux défauts du système : complexité des règles de remboursement, inégalités face au reste à charge, coût élevé en particulier pour les retraités modestes. Sur le plan financier, l'impact est modéré. Concrètement, ce scénario passerait par un rehaussement du plafond de la CSS au-delà d'un certain âge et coûterait 2 à 3 Mds € au plus, selon nos estimations, porté par une hausse de la TSA (taxe de solidarité additionnelle), acquittée

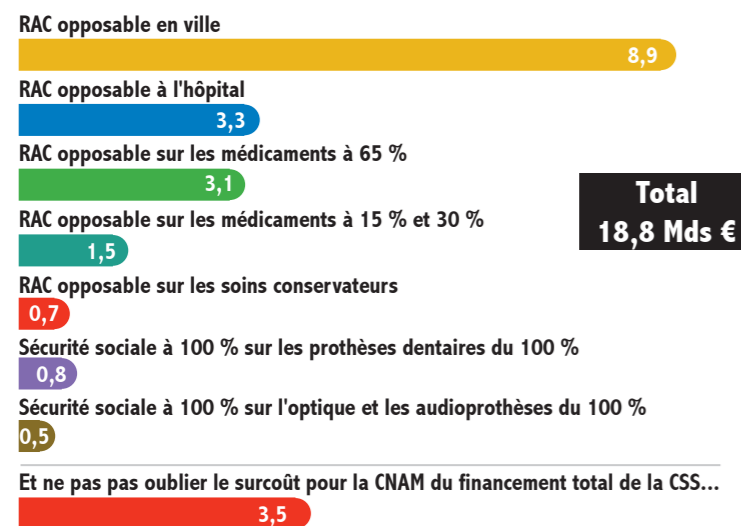
par les complémentaires. Concernant, les retraités en sortie de groupe ; le Haut Conseil envisage de réformer l'article 4 de la loi Evin au profit d'une « organisation d'offre d'assurance à conditions avantageuses ». Au-delà, on aurait une simplification et forfaitisation du ticket modérateur (TM), des participations aux frais hospitaliers des patients et, sui generis, la création d'un bouclier sanitaire sur les soins lourds et coûteux (rapport Fragonard/Briet de 2008) lequel représenterait de l'ordre de 2 à 3 Mds €, d'après nos calculs. Un coût à la charge de la CNAM.

Que penser de ce scénario ? Il caractérise une voie d'action certes peu spectaculaire, mais plus crédible eu égard à de nombreux paramètres dont le politique n'est pas absent. Il peut s'accompagner de mesures d'encadrement réduisant l'écart de cotisations entre biens portants et malades âgés concernés par des tarifs allant de 1 à 4 et des restes à charge élevés. La réflexion sur le relèvement des plafonds de la CSS devrait aussi conduire à s'interroger sur la tarification à l'âge. Parmi les alternatives, un crédit d'impôt pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, solution défendue par les mutuelles de la Fonction publique (non développée par le HCAAM).

Autre aspect à prendre en compte dans cette vision prudente, comme dans tous les scénarios d'ailleurs, la montée en puissance du numérique simplifiant massivement les relations entre les acteurs (interfaces des remboursements via des flux uniques de paiement des frais médicaux avec la norme B2, portail numérique AMO, etc).

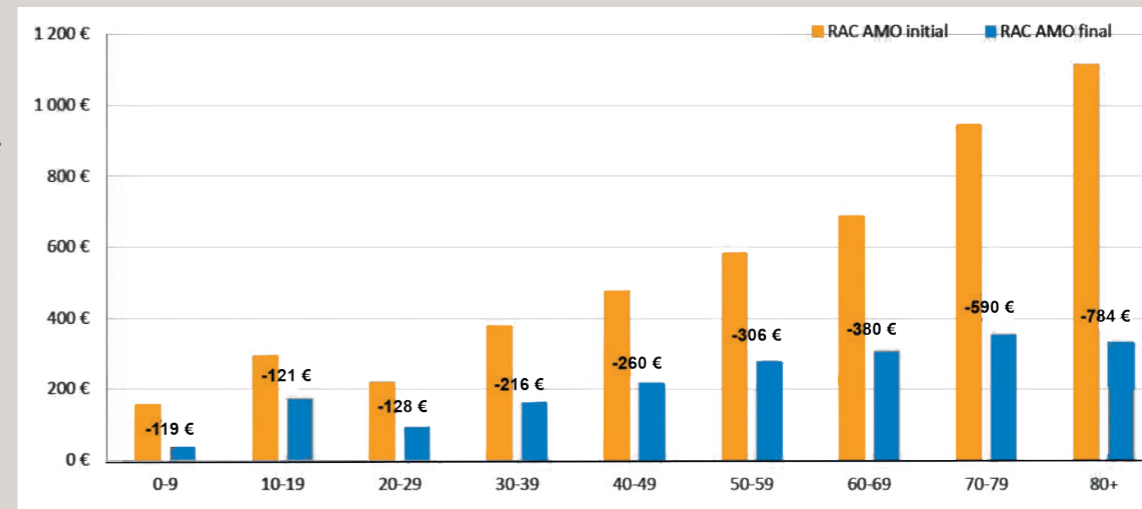
Ce schéma rassurerait toutes les parties prenantes, du moins celles qui n'auraient pas d'effort socio-fiscal à assumer... Il pourrait également constituer une première étape avant d'envisager une transformation plus radicale.

Coût de la « Grande Sécu » (en Mds €)



Lecture : Sous l'effet de l'extension de la prise en charge de la sécurité sociale, les restes à charge après AMO baisseraient sous l'hypothèse de comportements de recours aux soins inchangés.

Source : Ines-Omar 2017, calculs Drees.



Effet de l'extension de la prise en charge de la Sécurité sociale simulée sur les RAC après AMO (en moyenne par personne et par an)

SCÉNARIO 2 « EXTENSION DU CHAMP D'INTERVENTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE » OU LE SPECTRE DE LA RÉVOLUTION À 22 MDS € !

Ce scénario a fait l'objet d'un chiffrage plus fouillé par le HCAAM. Il étend le champ de la Sécurité sociale et revient « en quelque sorte à généraliser le dispositif des ALD à l'ensemble des patients et des prises en charge », résume le HCAAM. Incarnation de la « Grande Sécu », cette nouvelle organisation impliquerait la suppression des TM et limiterait considérablement le rôle des Ocam. Dans ce cadre, une démocratisation accrue de la gouvernance de l'AMO est également préconisée.

Le schéma se veut révolutionnaire ! La France créerait ainsi une sorte de NHS (National Health Service) selon un mode mixte libéral/public. Le monde de la haute Fonction Publique y est plutôt favorable. Les textes du HCAAM suggèrent une telle impression.

RO/RC, le triple piège

Trois facteurs majeurs influent le débat sur la « Grande Sécu »

- La hausse des tarifs forfaitaires plutôt que l'alignement en pourcentage du revenu (comme pour la CSG) rend plus visible le prix d'acquisition de la complémentaire santé. Et donc, rend la question plus sensible devant l'opinion.

- La hausse des participations aux frais médicaux (réforme des ALD, TM à l'hôpital) accroît mécaniquement le reste à charge des patients âgés et en soins chroniques.

- Effet Ani santé de 2013 sur la généralisation des contrats collectifs, la concurrence accrue stimule le transfert du coût du risque des biens portants jeunes et actifs vers les retraités et patients âgés. Autre conséquence, le dumping sur les prix pratiqués par les complémentaires sur les contrats collectifs. ■

Le bouleversement serait énorme. Financier d'abord avec un potentiel « à la louche » de rapatriement de près de 19 Mds € des seules prestations portées par les Ocam vers la CNAM (cf. graphique ci-contre). Voire à 22,4 Mds €, avec l'extinction de la TSA, payée par les Ocam au titre de la CSS. Ce surcoût pour la CNAM peut être nuancé. Certains TM et autres participations des patients aux frais médicaux pourraient demeurer.

Un scénario crédible ? Avec un déficit prévisionnel de la branche Maladie qui s'élèverait toujours à près de 15 Mds à horizon 2025, ce coût supplémentaire, à financer par les cotisants, paraît difficilement soutenable en instantané. Dans ses travaux, le HCAAM envisage plusieurs pistes : cotisations patronales, mobilisation de la CSG, ou encore appui sur la TVA et les « autres impôts » et taxes affectés à la Sécurité sociale. Énoncer des hausses de prélèvements publics est aisé, les porter politiquement et les concrétiser devant l'opinion est une autre histoire ! L'État laisserait quelques miettes aux Ocam comme les dépassements tarifaires, le hors-sécu, les prestations supplémentaires si ce n'est des domaines avec un panier de soins légal revisité et recentré sur les actes et biens médicaux essentiels.



Sur le plan organisationnel, l'affaire prendra du temps pour se mettre en place. CNAM et CPAM monteraient en puissance. Les Ocam devraient gérer un repli dans leur périmètre historique d'intervention du moins sur le plan économique. La baisse du marché est estimée à 27 Mds €, soit 70 %.

Avec de possibles et lourdes conséquences sociales quant à l'emploi... Grosso modo, 15 000 salariés des Ocam pourraient perdre leur emploi ! Un effet sidérurgie en vue. Ces emplois ne sont pas, pour l'essentiel transférables du RC vers le RO, car la réforme n'augmente pas en soi le volume d'activité des CPAM. À la différence de l'intégration des personnels du RSI.

L'idée du HCAAM que ce scénario induit mécaniquement plus de 5 Mds € d'économies de frais de gestion des Ocam se discute. Laisser croire aussi que les adhérents, au final, ne perdront pas de pouvoir d'achat en passant d'une cotisation volontaire à une assurance santé devenue inutile ou presque à une assurance maladie financièrement renforcée est également jugée « simpliste » par nombre d'observateurs.

SCÉNARIO 3 « UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE, UNIVERSELLE ET MUTUALISÉE »

Avec cette troisième piste, le HCAAM pousse un cran plus loin la généralisation et la normalisation des couvertures. Cette construction repose sur la notion de service d'intérêt économique général (SIEG), les Ocam interviendraient désormais dans le cadre d'une mission confiée par l'État. Subsisterait un troisième étage de garanties, qui resterait libre.

Ce scénario n'est pas tout à fait celui d'une « Agirc-Arrco complémentaire santé ». L'assurance maladie est un acteur public obligatoire non assimilable à un assureur classique dans le marché, car il détient un monopole de gestion d'État sur la sécurité sociale. La référence au régime particulier d'Alsace-Lorraine n'est donc guère plausible dans ce cas de figure. On ne peut pas « nationaliser » l'assurance complémentaire selon une règle de monopsonne (un seul offreur d'assurance).

Répartition des dépenses actuelles de CSBM (Consommation de soins et de biens médicaux) entre opérateurs, en Mds €. *

| NATURE DES PRESTATIONS | CSBM | TOTAL CNAM | PART OCAM | RAC FINAL |
|--|-------|------------|-----------|-----------|
| CSBM TOTALE | 208,4 | 162,4 | 27,9 | 15,0 |
| SOINS HOSPITALIERS | 96,9 | 88,9 | 5,0 | 1,8 |
| SOINS DE VILLE | | 38,7 | 12,1 | 6,1 |
| Médecins | | 16,1 | 4,2 | |
| Auxiliaires médicaux | | 15,1 | 1,9 | |
| Dentaires | | 4,0 | 4,8 | |
| Analyses et cures | | 3,5 | 1,2 | |
| MÉDICAMENTS | 31,3 | 22,7 | 4,0 | 4,1 |
| AUTRES BIENS MÉDICAUX | 17,1 | 7,5 | 6,6 | 2,8 |
| Audioprothèses | | | 0,3 | |
| Optique | | | 4,9 | |
| Autres prothèses | | | 1,3 | |
| TRANSPORTS SANITAIRES | 5,1 | 4,7 | 0,2 | |
| PRESTATIONS CONNEXES (Frais hébergement dans H, etc.) | | | 1,8 | |

78 % de taux de remboursement des frais médicaux réels en 2019, 80 % en 2020, un reste à charge final pour les patients de 7,2 % en 2019 (6,5 % en 2020), la France est le pays qui socialise le plus au monde ses dépenses de santé. Les Ocam pèsent 13,4 % de l'ensemble (sans compter le volet CSS). Dans le détail, la part des Ocam est importante s'agissant des soins de ville (21 %), le dentaire avec 40 %, les autres biens médicaux (39 %), l'optique avec 72 %. Deux postes concernés par le 100 % santé.

Source : Comptes de la santé 2020, septembre 2021.

*Compte tenu du 100 % décidé durant la crise du Covid, les données 2019 ont été retenues au titre d'un exercice « normal ». Les données incluent les dépassements tarifaires.

Les SIEG peuvent être des opérateurs de type parapublic ou privé à but non lucratif caractérisant une démarche d'économie sociale et solidaire. Dans ce cas, les CPAM pourraient aider à la création d'entité démocratique sous forme associative ou coopérative, liée aux caisses pour la gestion des prestations complémentaires sous un format mieux mutualisé que l'offre actuelle, notamment au profit des inactifs.

Sur le plan pratique, l'État pourrait potentiellement créer et réguler le marché de la commercialisation de la complémentaire dans une logique de simplification de l'accès au plus grand nombre. On se rapprocherait, d'une certaine façon, des *market places* d'assurance santé instaurée par l'Obamacare et qui ont été directement gérés par chacun des 50 États fédéraux.

Le changement de nature de l'assurance maladie peut découler d'un tel scénario. Mais voit-on aisément les caisses se lancer dans un champ concurrentiel au titre d'un service complémentaire certes plus solidariste ?

Sur le plan financier et organisationnel, c'est bien entendu un bouleversement. La tarification pourrait rester libre, reposer sur le risque collectif, ou encore être soumise



ILS ONT DIT

« L'évolution de la Sécurité sociale, de la part de l'assurance maladie, font partie d'une réflexion, il n'y a pas d'annonces ou de programme. Cela veut dire que ce qui relève de la santé serait pris en charge par l'assurance maladie. De l'autre côté, on pourrait développer la part de prévention, d'éducation thérapeutique, nous appuyer sur les complémentaires pour le numérique en santé. J'ai semé des petits cailloux pendant la crise sanitaire, tout a été pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie et je n'ai vu personne s'en plaindre. »

Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé (sur BFM TV, le 22 octobre).



« Pendant la crise avec toutes les prises en charge à 100 %, on a vu que c'était plus facile d'avoir un seul assureur public qui paye (...) Les comparaisons internationales le montrent, ce système coûte plus cher aux Français qui payent deux fois les frais de gestion. Il faut s'interroger sur la valeur ajoutée des complémentaires, se demander s'il y a suffisamment d'innovation, de prévention, si la diversité d'offres, répond aux besoins. »

Franck Von Lenep, directeur de la Sécurité sociale (lors de l'université de rentrée de l'EN3S).



« L'étatisation de l'assurance maladie ne sera en rien un gage d'une meilleure acceptabilité de la contribution de solidarité vu la défiance vis-à-vis de l'État. Est-il raisonnable d'imaginer une remise en cause du compromis de 45, sans un large consensus ? Et dans un système de ce type, qu'en serait-il de la liberté des assurés sociaux et des professionnels ? (...) Le système génère des inégalités, il faut l'améliorer. Mettons l'ensemble des parties prenantes autour de la table pour créer des solutions opérantes. »

Éric Chenut, président de la FNMF (cf. ESE 1201).



« Appelant à un dialogue constructif sur la bonne articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, les partenaires sociaux composant le conseil d'administration du CTIP (...) ne comprennent pas la volonté de mettre à bas un modèle qui fonctionne et de modifier en profondeur l'organisation de l'assurance santé de l'ensemble de la population; (et) déplorent que les propositions du HCAAM convergent toutes vers un affaiblissement de la liberté de négociation au sein des branches et des entreprises et vers un appauvrissement du dialogue social et du contrat collectif. »

Conseil d'administration du Ctip.



« La Grande Sécu c'est tout simplement la nationalisation du système de santé, c'est-à-dire un nivellement vers le bas — ou alors il faudra expliquer comment on finance — et également la mort de la médecine libérale, à laquelle les Français sont très attachés (...) De toute façon, cette question est beaucoup trop étroite pour répondre aux grands défis qui sont devant nous pour la santé des Français. »

Florence Lustman, présidente de la FFA (sur France Info le 20 octobre). ■



à un plafonnement de l'écart entre la prime la plus basse et la plus élevée. Ces deux derniers cas impliqueraient la mise en place d'un système de péréquation des risques (à l'image des systèmes néerlandais et suisse).

La participation employeur (public et privé) à 50 % serait maintenue, ainsi que plusieurs dispositifs sociaux et fiscaux existants notamment la CSS ou les contrats solidaires et responsables.

SCÉNARIO 4

« LE DÉCROISEMENT ENTRE L'INTERVENTION DE L'AMO ET DE L'AMC »

Ce scénario bousculerait l'articulation RO-RC en passant d'une logique de « complémentaire » à « supplémentaire », dans laquelle AMO et AMC interviendraient sur des paniers de soins distincts. Les Ocam seraient incités à contractualiser avec les offreurs de soins, notamment les réseaux. Le coût est estimé à 2,7 Mds €. Il ne résout pas la question des restes à charge élevés. C'est le grand retour du débat sur le périmètre du panier de soins assumé par les uns et par les autres. Les données des comptes de la santé montrent la part significative des Ocam sur le champ des soins prothétiques. Ce scénario peut être perçu comme un dérivé du second. Son coût dépend du champ économique des Ocam rétrocedé à l'AMO. La marge est toutefois faible s'il s'agit seulement des soins prothétiques. La question du financement est donc importante.

À cela, il convient d'ajouter que la réforme du 100 % santé contredit un tel projet. L'État entend plutôt améliorer une réforme bien accueillie et réussie, quand bien même son volet optique laisse entrevoir des lacunes réelles. Lesquelles peuvent être corrigées. Quant à l'incitation des réseaux de soins créés par les Ocam, cette voie contredit les contraintes réglementaires érigées par l'État et le Parlement aux dépens des acteurs complémentaires.

Et concernant la dimension politique du scénario, on se remémore les réactions houleuses au projet de François Fillon en 2016 sur un modèle d'organisation assez similaire pour devoir faire preuve de prudence.

AU FINAL ?

À ce jour, faute de position officielle, il convient d'être prudent. Certes le thème de la « Grande Sécu » puise sa source dans le fondement des intentions d'Emmanuel Macron sur la santé depuis son accession à l'Élysée. Sans toutefois, faire l'objet d'une position explicite du chef de l'État sur le chapitre RO/RC. Le rapport du HCAAM n'est pas une commande du président ni, non plus, du Premier ministre, Jean Castex. Et Olivier Véran parle de « pistes de réflexion ». Mais la campagne électorale ne fait que démarrer et nul doute que d'autres acteurs risquent de s'emparer du sujet dans les prochaines semaines...

À suivre!

■ Émilie Guédé, Pascal Beau et Alexandre Beau

NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

ACCROÎTRE LE RÔLE DU PHARMACIEN

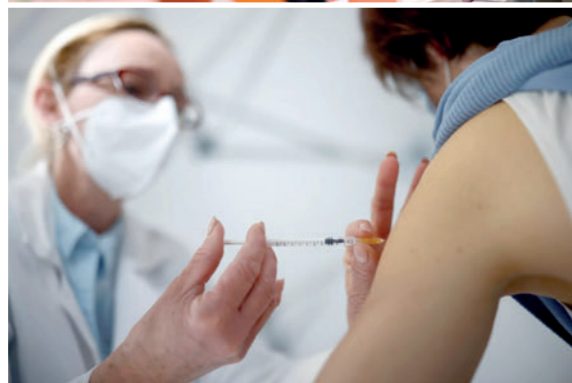
Le coup d'envoi des travaux portant sur la convention pharmaceutique a été donné par l'Assurance Maladie le 10 novembre avec une ambition majeure : faire des pharmaciens d'officine, des acteurs majeurs de la chaîne de soins et de la santé publique.

Après avoir bouclé il y a peu la signature de l'avenant 9 de la convention médicale avec les syndicats de médecins libéraux, l'Assurance Maladie remet en cet automne son bleu de chauffe en vue de définir les contours de la prochaine convention pharmaceutique. Nouvelles missions, actions de santé publique, prévention, numérique... tels sont les principaux axes de travail qui auront été définis par Olivier Véran dans sa lettre de cadrage adressée le 28 octobre dernier au DG de la CNAM (et de l'Uncam), Thomas Fatôme.

C'est un fait, les pharmaciens d'officine ont, au cours des derniers mois, joué un rôle prépondérant dans la lutte contre la Covid en facilitant l'accès aux vaccins et aux tests de dépistage au plus grand nombre. Endossant ainsi avec succès, une partie des missions faisant autrefois exclusivement partie du périmètre de la médecine de ville. Conséquence de quoi, l'Assurance Maladie entend désormais capitaliser sur cet acquis en les faisant monter en charge tant dans les organisations territoriales que dans le périmètre d'action que leur est dévolu.

EN PREMIÈRE LIGNE SUR LA PRÉVENTION

Ainsi, le principal enjeu autour de cette négociation portera sur l'élargissement du champ d'action des officines en vue de «changer d'échelle» dans leur implication dans les organisations ayant vocation à renforcer les couvertures territoriales sanitaires, notamment dans les déserts médicaux. Concrètement, les travaux devront déterminer les mécanismes opérationnels et financiers permettant aux pharmaciens de participer aux prochains



CHIFFRES

- 21 149 officines en France
- 53 963 pharmaciens d'officine
- 38 600 856 Dossiers Pharmaceutiques (DP) actifs

programmes nationaux de dépistage et de vaccination en vue de renforcer leurs compétences en tant qu'acteurs de santé publique de premier recours. Pour rappel, l'autorisation accordée aux pharmaciens d'administrer une dose de vaccin contre la grippe saisonnière lors de la dernière campagne avait permis d'améliorer significativement le taux de couverture vaccinale des populations fragiles (+ 7 points). En parallèle, des mesures devraient être prises pour inciter les officines à faire davantage d'actes de prévention primaire et secondaire sur des populations ciblées élargies, notamment à celles ayant un comportement à risque ou souffrant d'une pathologie chronique.

MIEUX DISPENSER

Au titre du bon usage du produit de santé, un focus particulier est

attendu autour des mécanismes financiers incitatifs (ROSP) visant à améliorer les actions de lutte contre les mauvaises pratiques et la dispensation à l'unité des médicaments et dispositifs médicaux, des génériques et des biologiques similaires. Des sujets sur lesquels la France a du retard sur ses voisins européens.

MOTEURS SUR LE NUMÉRIQUE

Enfin, concernant le numérique en santé, les officines ont vocation à participer activement au déploiement et à l'alimentation des prochains outils que sont le DMP, la messagerie sécurisée, la e-prescription et l'appli carte Vitale. De nouveaux mécanismes financiers incitatifs pourraient ainsi être définis au cours de cette négociation. En parallèle, l'Assurance Maladie devrait continuer à octroyer des moyens supplémentaires afin de réduire les erreurs de délivrance et de facturation. Une manne d'économies non négligeable.

Cette feuille de route, particulièrement large de par le périmètre qu'elle couvre, a été bien accueillie par les deux syndicats représentatifs que sont la FSPSF et l'USPO. Seul point de vigilance, celui portant sur la dispensation à l'unité des médicaments pour lequel les syndicats craignent, qu'outre l'impact financier du déploiement du dispositif, celui-ci se révèle être une usine à gaz logistique.

Que ce soit du côté de l'Assurance Maladie ou des syndicats représentatifs, une volonté commune est clairement affichée de mener tambour battant ces négociations pour arriver au plus tard à un accord pour le début 2022.

■ Alexandre Beau



LA DÉMARCHE DE TRANSFORMATION MANAGÉRIALE

Troisième séquence des « Rendez-vous de l'innovation RH » organisés par ESE et le Lab'RH de la Sécurité sociale.

Depuis plusieurs années, les enjeux portant sur le rôle et l'évolution des pratiques des managers occupent une place de plus en plus centrale dans les dynamiques internes des organismes de Sécurité sociale. Que ce soit dans ses interactions avec sa direction et ses collaborateurs, sa latitude à gérer ses équipes (y compris à distance), sa capacité à être force de proposition tant sur le champ des services usager à développer que dans son apport dans une nouvelle approche organisationnelle, le manager voit son périmètre d'action prendre une dimension jusqu'alors inédite. Une logique loin d'être anodine dans une période où les caisses

locales doivent concilier une exigence de performance de gestion avec un cadre de travail toujours plus adapté aux besoins de leurs collaborateurs. Le tout, dans un contexte sanitaire qui a exigé d'elles d'en faire plus... et mieux. Un puzzle loin d'être simple à résoudre.

Focus sur cinq caisses locales qui mettent en place des projets d'entreprise innovants qui ont « secoué » leur organisation interne.

■ Alexandre Beau

En partenariat avec :



CPAM DE L'AUDE

La démarche libérée pérennisée

Le projet : Initialement lancé il y a plusieurs années, le concept d'entreprise libérante continue de fleurir au sein de la CPAM de l'Aude bien que la direction de la caisse ait changé entre temps. Cette démarche, véritable changement de paradigme organisationnel, voit en la liberté d'action offerte aux collaborateurs un moyen d'atteindre plus rapidement un haut niveau de performance et d'engagement de sa part. La transformation de cette intention en actions concrètes

permet ainsi à la caisse d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés tout en développant un environnement de travail stimulant pour tous. La nouvelle équipe de direction continue sur cette voie, en confortant l'idée que les managers doivent passer d'un rôle d'encadrant à celui d'accompagnateur et que les clés du changement doivent être confiées au collectif. Elle sort d'autant plus confortée dans l'efficacité de son approche, que les différentes phases de confinement n'auront au final que peu perturbé son mode organisationnel si particulier.

Atouts de la démarche :

- Toute l'organisation a basculé en mode « libéré » y compris les activités de contact tracing.
 - Forte adhésion des collaborateurs (93 % se déclarent fiers de travailler à la CPAM) qui se retrouve dans les indicateurs de performance
 - Émancipation et reconnaissance accrue dans le potentiel des équipes (logique du « on y va »).
 - Création de nouvelles instances, de nouvelles missions, de nouveaux métiers issus de l'empowerment des collaborateurs.
- Axes d'amélioration :**
- Un processus chronophage : qui

dit nouvelles organisations et nouveaux rôles, dit besoin d'installer un processus d'accompagnement sur le temps long, et ce, à tous les niveaux d'une caisse.

La démarche pourrait être appuyée par un outillage plus adapté.

Et après ?

Bien que ralentie par la crise sanitaire, la démarche d'innovation va être relancée via notamment l'installation d'un Lab au sein de la CPAM travaillant sur le développement d'une nouvelle offre de service et sur l'évolution des pratiques internes.

CAF DES PYRÉNÉES ATLANTIQUE

Collaborateurs Allocataires

Partenaires 64

Le projet : La CAF des Pyrénées Atlantique a élaboré un projet d'entreprise, CAP 64, en co-construction avec ses collaborateurs à partir d'une philosophie simple : si le support donne le meilleur de lui-même pour le métier, ce dernier donnera le meilleur de lui-même aux publics. Soit, une logique « d'asymétrie des attentions ». Le projet est ainsi bâti autour de 4 axes : les allocataires, les



partenaires, les collaborateurs et le pilotage global. Chacun d'entre eux est irrigué par des actions définies et portées par des groupes d'actions, mêlant managers et collaborateurs, transformant les objectifs définis par le projet d'entreprise en pratiques et postures. Afin de soutenir cette dynamique, ces groupes sont incités à s'appuyer sur trois leviers : l'inspiration (mettant en exergue les valeurs de considération et d'évaluation), la co-construction et la formation et accompagnement des collaborateurs. L'un des aspects les plus disruptifs de cette démarche repose sur sa dimension interbranche. En partenariat avec la CPAM 64, la CAF développe de nouvelles initiatives portées par les équipes des deux caisses (accueil commun, partage de bonnes pratiques, inclusion numérique...).

Atouts de la démarche :

- Une approche collective qui embarque l'ensemble des acteurs de la caisse, quel que soit leur statut.

- La dynamique aura permis d'améliorer l'animation autour de la communauté managériale en priorisant le renforcement du lien entre managers.

- Renforcement des logiques et services développés par les métiers grâce à la dynamique d'interbranche portée avec la CPAM.

Axes d'amélioration :

La perception de la démarche peut engendrer une forme de crainte, voire de remise en cause de leur activité actuelle, chez certains managers.

Et après ?

La CAF des Pyrénées Atlantique

entend poursuivre sa démarche en direction des usagers pour anticiper l'évolution des missions de la branche tout en développant une culture de l'agilité davantage à même de répondre aux besoins évolutifs de son public. Le tout, en renforçant son approche partenariale avec la CPAM. ■

CARSAT D'AQUITAINE

Le dispositif MPM

Le projet :

Pour enclencher une nouvelle dynamique organisationnelle et renforcer ses capacités d'agilité et d'adaptation, la Carsat d'Aquitaine déploie le programme MPM (Manager Pour un Manager) depuis maintenant trois ans. Basée sur le principe de managers « ambassadeurs » volontaires, cette démarche a eu pour ambition de développer de nouvelles méthodes de travail et de fonctionnement construites directement par les collaborateurs de la caisse. Ces derniers ont eu, pour l'occasion, toute liberté pour proposer des initiatives à même de faire bouger les lignes et casser les rigidités existantes au sein de l'organisme. Cette approche en mode « carte blanche » pousse le concept jusqu'à l'idée que les managers puissent faire directement l'autodiagnostic des initiatives qu'ils ont porté. La finalité n'étant pas de garantir que cela marche, mais de tester de nouvelles approches en partant des besoins et des attentes des collaborateurs (et des usagers) dans une logique *test and learn*. La démarche MPM a su mobiliser près

de 20 % des managers de la caisse devenus ambassadeurs.

Atouts de la démarche :

- Création d'une véritable communauté managériale, force de proposition vis-à-vis de la direction.

- Le programme aura permis le développement de pépinières de projets et d'expérimentations en circuit court dans une logique de petits pas.

- Le renouvellement fréquent des membres du programme MPM permet de faire émerger de nouvelles idées, de nouveaux profils.

Axes d'amélioration :

Pour améliorer l'existant, des ajustements portant sur la régulation (afin de cadrer la diversité des propositions pour garantir que les choses se concrétisent) et sur l'alignement d'un cap stratégique entre le comité de direction et la communauté managériale pourraient être réalisés.

Et après ?

La Carsat est actuellement en pleine phase d'approfondissement de la montée en compétence de la dynamique de transformation en s'appuyant principalement sur une démarche de proximité (webinaire, ateliers de partage de pratique, sprint d'expérimentation...) et sur les enseignements tirés de la crise sanitaire. Début 2022, une nouvelle version du projet devrait être présentée aux collaborateurs. ■



CPAM DU RHÔNE

La flexibilité managériale

Le projet :

Lancée il y a désormais près de 6 ans, la démarche portée au sein de la CPAM du Rhône vise à



travailler sur la pratique dirigeante autour de l'efficacité. Une pratique qui « touche à la limite du management par objectif » en réduisant le décalage entre l'affichage volontariste des résultats à atteindre et la réalité des équipes. Soit, mettre en avant la dissonance entre le travail effectué pour un objectif et le travail effectué pour respect des procédures. Ainsi, la CPAM est passée d'une logique de plan d'entreprise à une vision de la caisse accentuant la création de conditions de la transformation et non en l'imposant. Sur le terrain, les pratiques internes ont logiquement bougé : certains services ont basculé sur un mode « flex-office » (pas de poste de travail attribué), Recrutement partagé avec les collaborateurs, développement d'une culture prônant des orientations pratiques guidantes laissant toute latitude aux managers sur la façon de procéder, instauration de mécanisme d'évaluation inversée basée sur le volontarisme... Résultat, le baromètre social institutionnel (BSI) est en hausse de 20 points et le taux d'absentéisme de courte durée est en baisse significative.

Atouts de la démarche :

- Les indicateurs de performance de la caisse sont en constante progression depuis l'implémentation de la démarche.

- Développement accru des capacités créatrices des collaborateurs sur la base d'une démarche d'empowerment (« moi j'ai envie de faire cela ») en vue de mener à bien les missions qui leur sont confiées.

- Parcours de formation continus uniques en mode « intervision »

pour les dirigeants, et les managers, axés sur leurs capacités réelles et non sur celles projetées.

Axes d'amélioration :

Bien que l'approche de la CPAM s'inscrive dans le temps long, celle-ci fait remonter le besoin d'avoir une analyse plus affinée, plus en recul, de ce qui a pu être fait afin de percevoir d'éventuels angles morts dans cette démarche.

Et après ?

Outre son ambition d'élargir et de partager la démarche à plus de collaborateurs, la CPAM entend approfondir la notion de « travail réel » en opposition au travail prescrit. Cette dynamique s'inscrirait dans le cadre de la subsidiarité, ou comment travailler sur la capacité à faire évoluer l'apport du collaborateur dans son activité réelle. ■

URSSAF BRETAGNE

Le référentiel des postures

Le projet :

L'intégration des équipes de l'ex-RSI a bouleversé le paysage de l'Urssaf Bretagne. Si l'union comptait 550 agents et 5 sites en 2018, elle s'appuie désormais sur 700 agents et 7 sites sur toute la région. Pour faire face à cette configuration, et répondre aux nouvelles missions qui lui sont confiées, elle s'est organisée en ligne de cotisants (employeurs particuliers, TPE-PME, artisan...) sur le principe du « 1 site Urssaf = 1 public ».

En parallèle, un nouveau projet d'entreprise issu d'un travail collectif a été présenté en janvier 2020.



Construit pour répondre à la problématique « d'un organisme déconcentré voulant agir au plus près du terrain », ce projet a abouti à la création d'un référentiel de postures et de pratiques managériales articulé autour de 4 missions : la performance, l'accompagnement au changement, l'animation et le développement des compétences et de l'autonomie. Dans ce cadre, une série de dispositifs (partant de l'évaluation jusqu'à la formation du collaborateur, ou l'instauration de Codir inversés) ont été progressivement déployés sur les différents sites de l'Urssaf avec, en appui, l'installation d'équipes internes volontaires spécialisées dans l'accompagnement des équipes managériales. Ce projet collectif fondé sur la spécialisation des sites a déjà débouché sur la réorientation de 80 collaborateurs changeant de missions et de périmètre d'action.

Atouts de la démarche :

- Un engagement « gagnant/gagnant » : une démarche tournée vers le cotisant qui bénéficie au collaborateur.

- La reconversion des différents sites renforce l'expertise et l'autonomie des équipes y travaillant (« le bon profil au bon endroit »).

- Le manager est davantage responsabilisé dans la fixation de ses objectifs et dans l'organisation de l'activité de son unité.

- La démarche se veut progressive, chaque manager montant en puissance à son rythme.

Axes d'amélioration :

Comment concilier une logique managériale basée sur le principe de donner plus du temps avec une logique de résultats exigeant performance et rapidité ?

Et après ?

De nombreuses évolutions du dispositif sont d'ores et déjà prévues pour les prochains mois. Par exemple, de nouvelles feuilles de route annuelles devant descendre des directions métiers jusqu'aux unités de travail, doivent ainsi être créées. Et ce, dans le but de faire coordonner les objectifs individuels et collectifs.

■ Alexandre Beau

FINANCEMENT

TICKET MODÉRATEUR, HISTOIRE ET CONTROVERSES



Le débat sur le concept de « Grande Sécu » ne saurait prospérer en faisant fi de la question du ticket modérateur (T.M.) et des participations monétaires du patient au financement de ses soins. Une histoire vieille d'un siècle qui aura vu bon nombre de gouvernements recourir à cette pratique pour soi-disant équilibrer les comptes de la CNAM. Chose désuète désormais. Le tout fait place à un nouveau débat, crise sanitaire, inégalités sociales et modernisation du système de soins oblige.

Le concept de ticket modérateur (T.M.) porte en lui les stigmates d'une forte contradiction sociale. Depuis sa création, il y a près d'un siècle, aucun acteur du système de soins n'entend sortir de son ambiguïté. Sauf à son détriment... L'État, décisionnaire depuis l'origine, évoque sans vergogne, désormais le concept également ambigu de « Grande Sécu ». Les assureurs complémentaires, bien que souvent pourfendeurs du T.M. par principe, ont conséquemment nourri par la même, un pôle majeur d'assurance de personnes unique en Europe. Quant aux usagers et professionnels du soin, plus ou moins unis par force, dans l'ensemble, ils subissent une situation paradoxale faite de dépendance d'un système dont ils ne peuvent sortir sauf à perdre de l'argent face à l'aléa de la maladie...

DE QUELQUES CHIFFRES

Selon la Drees, près de 97 % de la population dispose d'une couverture complémentaire santé depuis 2018 et 99 % des offres d'assurance sont distribuées par quelques centaines d'Ocam. Effet concentration oblige, les 50 premiers opérateurs pèsent 90 % du marché (*statistiques Urssaf et dossier ESE 1197 du 25/6/21*). Quel poids financier pour le T.M. et autres participations financières directes des patients ? Environ 45 Mds € dont 28 Mds € de prestations en 2019 (l'année 2020 fut exceptionnelle en termes économiques en raison de la crise sanitaire et des dispositifs du 100 % Santé) pris en charge directement par les Ocam. Pour les soins de ville, la part réelle des Ocam atteint 22 % en moyenne des coûts. Un chiffre considérable en comparaison internationale. Avec

7,5 % (5,6 % en 2020) de reste à charge final pour les ménages, la France détient le meilleur ratio mondial de socialisation de la dépense médicale réelle.

40 DISPOSITIFS LÉGAUX ET RÉGLEMENTAIRES DEPUIS 1928

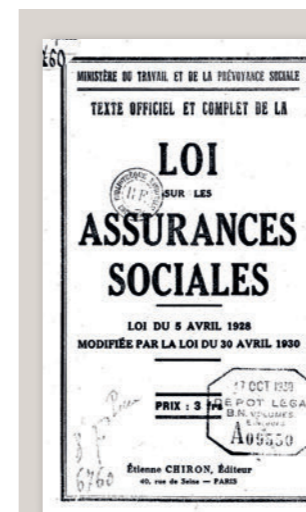
L'affaire du T.M. prit naissance avec les lois du 8 mars 1928 et du 30 avril 1930 créatrices des assurances sociales. À l'époque, le consensus était rare sur la nécessité pour la France d'adopter les réformes allemandes (Otto von Bismarck) des années 1883-85. Le pays venait de récupérer l'Alsace et la Lorraine... Le T.M. fut promu par le patronat, alors gestionnaire des caisses chirurgicales, la droite parlementaire et le corps médical, alors très à cheval sur la charte de la médecine libérale (les fameuses cinq libertés

du médecin). En face, les mutualistes, puissamment présents, la gauche parlementaire et les organisations syndicales, plus ou moins en désaccord sur le principe, ont tenté d'en limiter l'impact. Au moins 40 dispositifs légaux et réglementaires ont vu le jour depuis près d'un siècle en matière de T.M. et de participations financières du patient. En 1928, puis en 1930, aux premiers pas des assurances sociales, le T.M. est de 15 à 20 % du tarif de responsabilité médical. Il faudra attendre 1950 pour voir le taux passer à 25 %. Puis les ordonnances de 1967 pour atteindre le seuil de 30 %, rabaisé en 1968 à 25 %, à nouveau remonté en 1993 à 30 %. En 2008, tout en maintenant le principe du taux de 30 %, le décret du 18 décembre autorise même la CNAM à faire évoluer le taux de droit commun « entre 37,5 et 42,5 % » au titre du retour à l'équilibre comptable de la branche maladie... ce qu'elle n'a pas l'intention de faire! On n'oubliera pas dans ce rappel que dès le début de l'affaire, les gouvernements mirent en place des dispositifs d'exonération du T.M. Pour des motifs d'évidence comme les soins de longue durée (les ALD), les AT-MP, la maternité, etc.

VIVE KAFKA !

Le régime français de participation des patients à leurs frais médicaux est peut-être le plus complexe et le plus invraisemblablement construit au monde. Le T.M. frappe dès le premier rang d'accès aux soins, le médecin généraliste traitant! Un contresens social et médical absolu. Il varie en outre selon la nature des prestations. Ainsi les actes paramédicaux subissent un T.M. de 35 %, les taux de prise en charge des médicaments varient sans forcément que la question du SMR soit clarifiée. On rappellera les péripéties des 373 parcours de soins fléchés issus de la réforme de 2004 qui furent un casse-tête pour tous les directeurs informatiques tant de l'Assurance Maladie que des Ocam! À ce premier maquis s'ajoute celui des

participations forfaitaires des patients en cas de prescriptions pharmaceutiques, de non-respect du parcours de soin et autres prestations sanitaires, sans oublier le champ hospitalier. Circonstances obligent, les gouvernements ont cru faire du T.M. un moteur de rééquilibrage des comptes sociaux. Sur la durée, c'est raté. Kafka Sécu est au rendez-vous de l'histoire.



Ci-contre : Loi sur les assurances sociales de 1928 et 1930. (© BNF)

Ci-dessous : Les « Ordonnances Jeannenot » de 1967. (© BNF)

Sources : « Du paupérisme à la sécurité sociale », Henri Hatzfeld, 1971, collection Espace Social.
 • « L'État providence sélectif », Nicolas Dufourcq, note de la fondation Saint-Simon, 1994.
 • « De l'inutilité du ticket modérateur en assurance maladie », thèse de droit Université de Bordeaux, Jean-Pierre Rey, 1995, ancien directeur de CPAM.
 • « Le ticket modérateur en France », M.O. Safon, note de l'Irdes, 2018.



ASSURANCE SANTÉ ?

Sur le fond des choses, la question centrale est celle de la transformation de la nature de l'assurance maladie française, à l'instar de ses homologues européens. Sommes-nous toujours dans un système d'assurance sociale au sens de Bismarck ou plutôt dans un système type Beveridge, mal fagoté et peu assumé politiquement? L'État omniprésent décide de presque tout, l'Assurance Maladie est devenue une filiale de fait et de droit du premier, et les Ocam sont tenus de respecter un cadre légal et réglementaire de plus en plus étroit et contraignant. Tout cela ne caractérise plus une logique d'assurance sociale. Toile

de fond de la discussion, l'acte médical libéral est également contraint pour son exercice, ses règles de pratiques et son revenu (la politique du revenu médical existe). Bref, nous sommes face à un bazar conceptuel et pratique. Les mécanismes de calcul des tarifs de cotisations complémentaires santé, souvent à l'âge (selon la consommation des assurés âgés, alors facteur d'inégalités), n'infirmant pas l'affirmation de principe ancrée dans le monde réel. Les calculs « assuranciers » s'opèrent plutôt en logique historique de coûts projetés voire, en fonction de rendement marginal de profitabilité ou de perte selon les catégories d'assurés. La notion de gestion du risque souvent revendiquée est un faux semblant. Aucun opérateur ne dispose du libre choix de contractualisation du professionnel de soin, avec toute la complétude des aspects de ce que peut recouvrir un véritable contrat de soins. Au-delà et surtout, quel sens à évoquer d'assurance santé pour les Ocam puisqu'ils agissent en seconde intention. Deux assureurs pour une même prestation médicale, quelle cohérence dans le principe ?

ÉTAT INJUSTE

L'État français est injuste. Dans le dossier du T.M., il fut tantôt donneur de leçon, du type « il faut un ticket pour modérer l'ardeur consommatrice des patients », puis quelques dizaines d'années plus tard, il donna l'ordre à la population de se couvrir le plus possible via une assurance complémentaire. Plus récemment, après avoir décidé et entretenu ces contradictions, avec un projet de « Grande Sécu », il « jette les Ocam dans la poubelle de l'histoire »... Ingratitude historique et politique donc, d'autant que, s'il y a nécessité de corriger les réels dérapages dans le champ des Ocam visant les tarifs d'assurance des inactifs et les trous de couverture pour certaines populations, point n'est besoin d'un grand soir social de ce type. Pour le moment, il y aurait mieux à faire. En traitant sur le fond le double défi de l'organisation des soins et des pénuries de professionnels de soins.

■ Pascal Beau



mgen[★]

GRUPE **vyv**

POUR SON AUTHENTICITÉ

**J'AI
CHOISI
MGEN**

MUTUELLE SANTÉ - PRÉVOYANCE

Marie-José Pérec est engagée avec MGEN pour promouvoir le sport-santé. Authentiquement mutualiste, MGEN rend accessibles les meilleurs soins à tous. Rejoignez-la.

www.wantigelagency - 02395 - Septembre 2021 - © Hervé Thouroude - Document publicitaire n'ayant pas de valeur contractuelle.

MARIE-JOSÉ PÉREC

**TRIPLE CHAMPIONNE OLYMPIQUE DE
400M ET 200M & DOUBLE CHAMPIONNE
DU MONDE.**

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, MGEN Vie, immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002, MGEN Fila, immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. MGEN Action sanitaire et sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913, MGEN Centres de santé, immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714, mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. Siège social : 3 square Max-Hymans - 75748 Paris CEDEX 15.