ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

FAMILLE

Le congé naissance sur les rails

CONVENTION MÉDICALE

UN NEW DEAL POUR LA MÉDECINE DE VILLE ?

N° 1259 - BIMENSUEL DU 7 AU 20 JUIN 2024 13 €

DOSSIER

MARCHÉ DES OCAM EN 2023

UNE CROISSANCE À TEMPÉRER ?

On s’engage pour celles et ceux qui s’engagent.

Sylvie, Stéphane, Zora...
Ils sont tous agents du service public, tous engagés pour l’intérêt des autres.

Chez MGEN, on s’engage à leurs côtés en les accompagnant globalement, de la prévention des risques pour leur santé physique et mentale à leur prise en charge en établissement de santé MGEN, en passant par le remboursement de leurs frais médicaux.

MGEN. Première mutuelle des agents du service public
On s’engage mutuellement

mgen
GROUPE VYV

MGEN, membre du groupe VYV, est une mutuelle régie par le Code de la mutualité et la première mutuelle en cotisations individuelles. Classement Argus de l’assurance, oct. 2023. © Illustration : Camilo Huinca

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

SOMMAIRE

5 - ACTU
« J’ai confiance dans ce que je vois dans les territoires. », extraits du discours de Frédéric Valletoux donné à l'occasion du colloque de l'INPH.

6 - ÉVÉNEMENT
Convention médicale : on va de l’avant !

10 - SÉQUENCES

• **Famille**
Un congé pour relancer la natalité.

• **Prévoyance - Dossier spécial**
Marché des Ocam en 2023 : un réel coup de boost ?

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN Sarl au capital de 60 000 € RCS Paris B 480 706 159 (2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction :
Alexandre Beau
ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com
21 numéros/an et plus de 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 440 € TTC.
- Individuel : 240 € TTC - Association : 340 € TTC.

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

RÉDACTION
Analyse : 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.

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

Errance politique

Si au cours des derniers mois, il pût paraître facile de pointer les comportements de certains acteurs du soin, ce qui se passe au ministère de la Santé ne peut passer également sous les radars. Même en omettant la valse perpétuelle de ses locataires, l'avenue de Ségur semble plus que jamais sans dessus-dessous. Les signes de tiraillement entre le ministre délégué à la Santé, Frédéric Valletoux, sa ministre de « tutelle », Catherine Vautrin, qui ne lui laisse guère d'espace politique, sont notoires. Ainsi que le pôle ministériel de Bercy qui piaffe d'impatience sur les économies tant réclamées. Le fait que tout soit décidé à Matignon et surtout à l'Élysée dévitalise une chaîne des responsabilités déjà hypercentralisée.

Santé et protection sociale, quelle boussole, quelle vision stratégique alors ? Les chiffres sur les comptes sociaux, *ESE* reviendra prochainement sur cette question majeure, accentuent l'impression de flottement et d'errance. Le pays quête toujours sa fameuse stratégie nationale de santé depuis bientôt 18 mois en dépit des annonces originelles. La politique de colmatage permanent ne saurait faire office de cap solide pour les différentes composantes de l'écosystème sanitaire. Le dernier rétropédalage sur les tarifs hospitaliers en est l'illustration la plus parlante. La convention médicale ressuscitée *in extremis* ne saurait être qualifiée de réformatrice. La mouture présentée l'an dernier le fut davantage, mais pavillon fut vite baisser face au rejet des syndicats. Quant aux retraites ou à la politique familiale, qui peut prétendre à une vraie cohérence ? L'épisode judiciaire sur les excès de recours aux consultants durant la crise de la Covid-19 contribue au désarroi des acteurs.

Sur le terrain, rares sont les anciens ministres de la Santé à défendre en privé, et parfois même en public, la pertinence de l'action des ARS. On les a détournés de leurs aspirations originelles disent-ils. Comble de la chose, le dernier rapport remis au gouvernement autour de la problématique du millefeuille administratif propose à demi-mot de les sortir du pilotage de l'organisation territoriale des soins primaires… surréaliste !
Prise dans son ensemble, la trajectoire actuelle inquiète. Les potentielles futures déconvenues électorales vont-elles engendrer un sursaut général ? Rien n'en est moins sûr. ■

CLINIQUES, UN SACRÉ RÉTROPÉDALAGE!

Le 15 mai dernier, tant **Catherine Vautrin** que Frédéric Valletoux déclaraient *« être droit dans leurs bottes »* sur la différence de traitement sur les tarifs hospitaliers (4,3 % de hausse pour le public et 0,3 % pour les cliniques) devant les milieux parlementaires, professionnels et médiatiques. Deux semaines plus tard, sacré rétropédalage avec un long courrier étonnant du ministre délégué à la Santé adressé à **Lamine Gharbi**, président de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée) dans lequel le gouvernement accède à presque toutes les demandes des dirigeants des cliniques. Certes, l'annonce sur les tarifs 2024 perdure. Mais l'exécutif promet plein de « bonnes » choses comme l'instauration du principe d'équité de traitement, économique entre autres, entre les secteurs, une visibilité pluriannuelle 2025-2027 sur les tarifs (la FHP évalue à 10 % l'écart négatif des tarifs entre 2013 et 2024), des aides exceptionnelles portées par les ARS pour les établissements en grandes difficultés, la suppression du coefficient de minoration des tarifs pour cause de bénéfice du CICE, la transparence sur l'accès aux crédits hospitaliers non consommés, des groupes de travail sur l'harmonisation des droits entre le public et le privé (accès au FIR, Migac). Une liste non exhaustive... Du coup, les appels aux cessations d'activité à compter du 3 juin ont été levés. ■

▶ VOUS DITES CERTIFICATION?

Comme chaque année, la Cour des comptes doit certifier les comptes des caisses nationales de Sécurité sociale. 2023 voit la réitération de 2022. À savoir la certification avec réserve des comptes de la CNAM, de la CNAV, de la CNSA, de l'Urssaf Nationale et du CPSTI (travailleurs indépendants). Et ce, en dépit d'erreurs portant sur la gestion de comptes individuels et des manques de justificatifs. Seule la CNAF voit sa gestion non certifiée, à son grand dam, pour cause d'erreurs de données donnant lieu à un risque d'excès prestataires de 5,5 Mds €.

▶ DÉFICIT PERPÉTUEL !

La Commission des comptes projette une hausse du déficit de 6 Mds € pour 2024, essentiellement dûe au recul des recettes, soit -17,8 Mds € (tous régimes de base) atténué par un boni de 1,3 Md € avec le FSV. Donc -16,6 Mds € projetés fin 2024 dont -11,4 Mds € pour la CNAM, -5,5 Mds € pour les retraites (-3,6 Mds € pour la seule CNRACL), à peine « compensées » par le 1,8 Md € obtenus sur la CNAF, les AT-MP et la CNSA. Ambiance... Côté dette sociale, la Cades s'aggravera sans financement supplémentaire. ■

▶ À NOTER

• L'AD-PA a présenté lors de sa dernière assemblée générale un texte de 44 propositions « Cessons de maltraiter les vieux et ceux qui les accompagnent », une plateforme pour les âgés citoyens. • Lancement par le gouvernement de la mission de préfiguration de l'Institut national du Travail social (INTS), une demande ancienne pour améliorer les pratiques professionnelles. • Deux PPL à l'Assemblée nationale : le groupe LIOT sur la création d'un bouclier sanitaire où le reste à charge est proportionnel au revenu ; le second texte émane des députés de Gauche démocratique et républicaine sur la gratuité totale des soins en cancérologie, y compris sur les aspects supports (prothèses capillaires par exemple). ■

LES CHIFFRES

31 %
des allocataires actuels seraient affectés négativement par le projet de réforme de l'assurance chômage (*source : Unedic*).

44 %
des Français déclarent ne pas rencontrer des difficultés à maîtriser les informations santé, notamment sur le numérique.

1,5 million
de Français ont réalisé un test génétique à l'étranger.

200
diagnostics de soins potentiellement praticables par les infirmiers de pratique avancée inutilisés ou presque...

7,5 Mds €
de « surcoût » du millefeuille administratif selon le rapport Ravignon, y compris dans le champ sanitaire et social.

3,2 Mds €
de recettes Sécu pour la journée de solidarité en 2023, destinée à la CNSA.

21
départements encore dépourvus de service de soins palliatifs labellisés.

60 %
des quelque 500 000 défibrillateurs cardiaques pourraient présenter des anomalies de fonctionnement.

« J'ai confiance dans ce que je vois dans les territoires »

« Le titre de votre colloque est « Les raisons de la colère ». En creux, votre inquiétude porte sur le déficit d'attractivité dans le secteur public hospitalier. Quelques mots alors sur cette question majeure de l'attractivité des carrières dans les métiers de soins. Le métier du soin n'est pas un métier comme les autres. Il est porteur de sens, de valeur et de perspectives. C'est un enjeu majeur. L'abandon des études dans tous les cursus supérieurs est un signal d'alerte. Existe aussi un mur démographique. Il faut attirer les jeunes générations ! L'image de nos métiers doit être améliorée, car souvent elle est biaisée par des représentations erronées, accolées à tous nos métiers. On peut faire de belles carrières tant en médecine hospitalière qu'en libéral.

(…) Il convient d'accompagner certaines évolutions et veiller à ce que la flexibilité des carrières, des pratiques, des modes d'exercice soit maximale et sortir des carcans qui entravent les potentiels et les attentes des professionnels. Il faut passer à une nouvelle étape dans la flexibilité des organisations de soins dans les territoires. Nous ne sommes pas obligés de faire partout la même chose et dans les mêmes conditions. J'appelle de mes vœux des modes de prises en charge et d'organisations des soins adaptés aux besoins des populations et des capacités des acteurs de terrain. Cela passe par un travail de décloisonnement et de valorisation des savoir-faire. C'est ma mission !

(…) Nous sommes dans un système très contraint. Le fonctionnement de l'Ondam est très fermé. Les statuts renvoient à des dialogues difficiles parce que les modalités de financement les enferment dans des règles de fonctionnement inadaptées aux réalités et frustrent les capacités. J'aimerais que l'organisation de l'hôpital puisse changer selon la nature de l'établissement et ses relations avec son territoire. Les capacités différent d'un territoire à l'autre. Ce n'est pas un handicap, car il faut faire confiance aux uns et aux autres pour œuvrer dans l'intérêt général et favoriser des coopérations efficaces. Cette évolution a débuté.

(…) Je suis frappé par l'écart entre le terrain et le niveau national. Existe une énergie locale, une inventivité, contredites par les plaintes conformistes à l'échelle nationale. Parfois, ce sont les mêmes qui pratiquent ainsi une sorte de double langage. Moi, j'ai confiance dans ce que je vois dans les territoires…

Sur ces cinq dernières années, l'État a mis plus de 60 Mds € supplémentaires dans l'Ondam. Ce n'est pas rien même si cela ne résout pas tout. Il faut pousser les feux de la pertinence de soins.

(…) Je rêverai de faire ce que François Mitterrand et Gaston Defferre ont fait en 1983 avec la décentralisation. Cette fois dans le champ de la santé ! Dans la santé, il faut passer d'un contrôle a priori à un contrôle a posteriori. Il nous faut un grand élan de confiance et être capable d'évaluer et d'accompagner. Mon propos est très loin du discours que l'on m'avait préparé sur les statuts, la retraite, etc. Mais je tenais à vous délivrer ces propos.

(…) Vous m'avez remercié pour l'effort fait sur les tarifs hospitaliers publics*. Nous devons mieux financer des activités sous-financées comme la pédiatrie, les greffes, les soins palliatifs, les maternités. Quand on explique les choses, les gens comprennent bien. Certaines activités publiques sont fragiles et doivent donc être soutenues. Je suis le ministre de tous les acteurs. Il ne peut y avoir de choc d'attractivité dans le secteur public sans capacités accrues de moyens des établissements. C'est ce que nous faisons ».

Propos recueillis par Pascal Beau

Lors du récent colloque de l'INPH (Intersyndicale nationale des praticiens hospitaliers) à l'Assemblée nationale, accueilli par la présidente du syndicat, le docteur **Rachel Bocher**, le ministre délégué à la Santé, **Frédéric Valletoux**, a fait part de ses attentes en matière d'attractivité de l'offre de soins hospitalière.

Extraits de son discours.

* Le 24 mai, le ministre, dans un courrier adressé à la FHP, s'est engagé à aligner dès 2025, les règles tarifaires entre le public et le privé lucratif *(voir page ci-contre)*

Convention médicale : on va de l'avant !

Les négociations autour de la rédaction d'une nouvelle convention médicale ont abouti sur un accord le 4 juin dernier entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux. Un texte qui se veut ambitieux tant en matière d'attractivité de la médecine générale et d'amélioration de l'accès aux soins que sur son volet financier. Un tour du propriétaire s'impose pour comprendre comment la médecine de ville est appelée à évoluer au cours des cinq prochaines années.

Ouf ! l'affaire est bouclée ! Le sentiment de soulagement général dans les rangs de l'Assurance Maladie n'est pas feint tant il a semblé parfois difficile de voir le bout du processus ayant débouché sur la signature d'une nouvelle convention médicale le 4 juin dernier. Et c'est peu dire, car la finalisation de ce texte aura été précédée par plus de 17 mois de travaux, d'ateliers techniques, de réunions multilatérales et d'échanges informels entre les différentes parties. Et ce, sans occulter la rédaction d'un règlement arbitral, désormais caduque, en mai 2023.

Comme il semble désormais être de coutume, l'édition 2024 de la convention médicale se veut particulièrement « bavarde » avec ses 177 pages de texte couvrant pas loin de 117 articles. Et ce, sans compter les 268 pages d'annexes ! Et dire que les textes conventionnels ne dépassaient guère les 40 pages dans les années 80… Quoiqu'il en soit, l'Assurance Maladie a construit sa proposition de convention autour de 12 chapitres. Passage en revue des principales nouveautés appelées à faire évoluer le cadre d'exercice des médecins libéraux.

Renforcer le médecin traitant

Les réunions décisives du 16 et 17 mai auront été pour Thomas Fatôme, le DG de la CNAM, l'occasion de remettre « l'église au milieu du village » en rappelant que la position de l'Assurance Maladie a toujours été de faire du médecin généraliste traitant le pivot du système de santé. Une façon habile de recadrer le processus de négociation après que certaines prises de parole gouvernementales aient, en partie, débouché sur le report de plusieurs semaines de ces réunions multilatérales. In fine, le contenu de cette nouvelle convention doit être la matérialisation de cette promesse.

Difficile de ne pas débuter par la mesure la plus attendue par les syndicats médicaux, notamment les représentants des généralistes, à savoir la revalorisation de la consultation du médecin généraliste (le « G ») à hauteur de 30 €. Ce tarif sera donc passé en près de quelques mois de 25 € à 26,5 € puis à 30 €. Si l'Assurance Maladie a tenté durant cette ultime phase de négociation de décaler son application dans le temps, avec notamment l'idée d'instaurer un premier palier à 28 € jusqu'à juillet 2025, elle appliquera finalement ce nouveau tarif à la prochaine mi-décembre. Un décalage calendaire de près de six mois somme tout sans surprise, car respectant le délai d'application des mesures tarifaires conventionnelles *(article L. 162-14-1-1 du code de la Sécurité sociale)*.

Autre mesure tarifaire à relever, celle portant sur la prise en charge des enfants. Les tarifs des consultations généralistes des moins de six ans seront réhaussés à 35 € (30 € au-delà). De même, les trois examens obligatoires donnant lieu à un certificat seront cotées à 60 €. Une mesure visant à réduire l'écart de tarification entre pédiatres et généralistes pour un acte majoritairement réalisé par ces derniers. En parallèle, cette convention instaurera un nouveau type de consultation dite longue (ou complexe) pour les patients de 80 ans et plus. Facturée à 60 €, uniquement par les médecins traitants et à raison d'une fois par an et par patient, elle couvre un champ limité. À savoir, les consultations de sortie d'hospitalisation, ainsi que celles de dé-prescription des patients hyperpolymédiqués et enfin, celles portant sur l'orientation du patient vers un parcours médico-social.

Davantage de forfaits

Le quatrième chapitre de cette nouvelle convention est spécifiquement dédié aux paiements forfaitaires. Une partie particulièrement copieuse, révélatrice de la volonté de l'Assurance Maladie de renforcer ce mode de financement dans les années à venir. Un renforcement qui passe par une refonte intégrale des dispositifs existants à l'image du nouveau forfait médecin traitant (FMT) qui « absorbe » les ex-ROSP et forfait structure. Ce forfait « socle » sera versé annuellement aux médecins traitants au titre de chacun des patients de leur patientèle à partir de 2026. Le FMT est construit sur deux niveaux.

Sur le premier, il est précisé dans la convention qu'il est « *calibré selon la complexité de ce suivi, et donc selon les caractéristiques spécifiques du patient (âge et ALD), indépendamment du nombre de fois où ce patient a été vu dans l'année : son âge, le fait qu'il soit porteur d'au moins une pathologie chronique, son niveau de précarité, son parcours de prévention. Son calcul est établi de sorte à ce qu'il soit toujours plus incitatif de prendre un patient dont le suivi est plus complexe.* » Par exemple, un patient âgé de 80 ans « rapportera » 55 € par an à son médecin traitant. Ce montant sera relevé à 100 € si ce dernier est atteint d'une ou plusieurs ALD. Dans le cas d'une personne âgée de 45 ans les montants varieront de 5 à 55 €. Toutefois, si le médecin ne voit pas son patient dans une fenêtre de 2 ans, il est prévu de lui reverser uniquement 5 € par an et ce, quel que soit le statut de ce dernier. L'ensemble de ces sommes seront majorées de 10 € si la personne suivie est bénéficiaire de la C2S. Des annonces sont attendues prochainement pour les patients en situation de handicap.

Le deuxième étage de la fusée est consacré aux enjeux de santé publique et de pertinence des soins. Une part variable du FMT sera consacrée à l'atteinte d'objectifs, 15 pour le moment, portant sur la vaccination, le dépistage et le suivi de patients spécifiques. Une manière de relancer indirectement le mécanisme de ROSP dont les résultats n'ont que trop rarement atteints les objectifs attendus par les pouvoirs publics notamment sur en matière de prévention. Le montant de la rémunération par indicateur et par patient est fixé à 5 €.

Deux autres aspects sont à noter concernant ce FMT. D'abord, des majorations globales (a minima 10%) sont prévues pour les médecins exerçant ou s'installant, dans une zone dite sous-dense (ZIP) ainsi que pour ceux maintenant leur activité au-delà de 67 ans. En outre, ce mode de rémunération devrait bien être co-financé avec les Ocam. Une réflexion sera d'ailleurs menée prochainement autour des évolutions possibles des modalités de leur participation.

Dernier détail, qui a son importance, cette nouvelle convention prévoit que « *le montant global de ces rémunérations forfaitaires ne peut être inférieur aux rémunérations forfaitaires issues de la* •••

Calendrier de mise en application des principales nouvelles mesures conventionnelles

Dès 2024	**En juillet :** - Revalorisation des mécanismes d'aide au recrutement d'assistants médicaux **En décembre :** - Mise en place des nouveaux tarifs de consultation : G à 30 €, CS à 31,5 €, APC à 60 €… - Revalorisation des actes des pédiatres, dermatologues…
En 2025	**En janvier :** - Mise en place des nouvelles mesures liées à la PDSA, au SAS et à la PDSES - Nouveau périmètre des contrats OPTAM et OPTAM ACO (ex-OPTAM CO) - Création des équipes de soins spécialisés (ESS) **En juillet :** - Revalorisation de certains actes (consultations obligatoires avec certificats, majoration des consultations endocrinologues…) - Début des travaux évaluation de l'APC
En 2026	**En janvier :** - Réforme de la classification commune des actes médicaux (CCAM) - Installation du nouveau forfait médecin traitant (FMT) - Mise en place des nouvelles majorations (DROM, visites d'urgences…)

••• *convention médicale approuvée en 2016.* » Si cela devait être le cas, des mécanismes compensatoires devront être mis en place par la CNAM. Et ce quel que soit, le niveau de performance atteint par les médecins.

Désert médicaux et accès aux soins

Autre axe central, celui s'attardant sur l'amélioration de l'accès aux soins. Principalement, dans les zones en forte tension. Pour cela, la CNAM veut relancer l'attractivité dans ces territoires en créant une rémunération forfaitaire unique en faveur des primo-installation se substituant aux différents (complexes) mécanismes d'aides actuellement en place. Trois critères pour en bénéficier : s'installer pour la première fois en exercice libéral conventionné, pratiquer en secteur 1 ou en secteur 2 OPTAM et OPTAM ACO et enfin, que le territoire choisi soit bien une zone ZIP. Si ces conditions sont remplies, le médecin bénéficiera du versement d'une aide forfaitaire unique de 10 000 € par sa Cpam de rattachement dans les trois mois suivants son installation. Pour ceux souhaitant s'installer en zone d'action complémentaire (ZAC), territoire présentant une moindre tension que les ZIP, l'enveloppe sera de 5 000 €. En outre, les médecins souhaitant ouvrir un cabinet secondaire en ZIP recevront quant à eux une aide de 3 000 €. Dans une logique assez similaire, le principe de consultations avancées pour les médecins non-installés dans ces zones, et qui souhaitent y intervenir ponctuellement, est acté. Ils bénéficieront alors d'un forfait valorisé à hauteur de 200 € par demi-journée d'intervention, dans la limite de 6 demi-journées par mois.

Nouveau coup de pouce en faveur du recrutement des assistants médicaux avec une hausse de 5% de l'aide pérenne attribuée aux médecins. Pour la première année, celle-ci atteint désormais les 38 000 € (28 000 € pour la seconde et 22 000 € pour les suivantes). La convention prévoit aussi l'extension de contractualisation à 1,5 ou 2 ETP à compter de la troisième année pour les professionnels exerçant en ZIP. Pour rappel, le cap des 10 000 contrats en 2025 et d'une hausse annuelle de 10% des effectifs à partir de 2026 est maintenu.

De même, les médecins pourront bénéficier d'un forfait annuel de 400 € s'ils adressent a minima 35 patients vers une infirmière en pratique avancée (IPA) avec laquelle ils exercent de façon coordonnée. L'enveloppe grimpe à 1 000 € au-delà des 100 patients. Enfin, les médecins acceptant de participer au service d'accès aux soins (SAS) seront également rémunérés à hauteur de 1 000 € par an. Le tarif pour la prise en charge de patients adressés par la plateforme sera en outre réhaussé de 5 € pour un acte réalisé entre 19 et 21 h.

On n'oublie pas les spécialistes

Si la médecine générale occupe une place centrale dans cette convention, les spécialistes ne sont pas mis de côté pour autant. Après leur « coup de force » de mars dernier, ainsi que la menace (levée depuis) d'une grève généralisée à compter du 3 juin, les syndicats auront vu l'Assurance Maladie faire plusieurs pas dans leur direction. À commencer par le volet revalorisation. Comme attendu, en prolongement de la revalorisation du G, les consultations de base des spécialistes (CS) sont réévaluées à 31,50 € sauf pour les gynécologues, gériatres et rééducateurs qui verront cet acte être côté à 35 € dès le 1er juillet 2025. Idem pour le tarif des consultations de référence des psychiatres et neurologues qui sera quant à lui porté à 50€ puis à 52 € au 1er juillet 2025.

Vient l'un des « points chauds » de la négociation : outre son passage de 56,50 € à 60 €, l'évolution du cadre d'application de l'avis ponctuel de consultant (APC) a posé problème. Originellement possible uniquement à la demande du médecin traitant, cet acte devait dans un premier temps être étendu sur demande d'un autre spécialiste. Satisfaction pour leurs représentants syndicaux, colère froide pour ceux des généralistes. La CNAM a tranché : l'élargissement de l'APC sera limité à la prise en charge du patient n'ayant pas de médecin traitant lorsqu'il est hospitalisé. Tout du moins pour le moment car « *un groupe de travail qui pourra proposer des évolutions* » est d'ores et déjà prévu pour la mi-2025. Concernant le chantier de rédaction d'une nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), prévue pour une mise en œuvre en 2026, l'Assurance Maladie annonce provisionner 240 Ms € au lieu des 200 Ms € initialement prévus.

Dernière mesure à retenir : la création des équipes de soins spécialisés en vue de favoriser le déploiement de consultations avancées dans les ZIP ainsi que renforcer l'offre de soins de second recours. Le texte conventionnel prévoit un fond d'amorçage de 80 000 € et une dotation annuelle de fonctionnement allant de 50 000 € (pour 10 médecins) à 100 000 € (pour 100 médecins ou plus). Plusieurs conditions sont rattachées à l'octroi de ces financements.

Une addition inédite… et salée

Le coût financier induit par la mise en application de l'ensemble de ces nouvelles mesures est estimé à 1,9 Md € par les équipes de la CNAM. En 2016, date de signature de la précédente convention, l'effort avait porté sur une enveloppe de 1,3 Md €. Le « cru » 2024 lui est donc supérieur de plus de 45%. Historique donc. Sur ce montant, le quota relevant des dépenses d'Assurance Maladie s'élèverait à 1,6 Md € contre 300 Ms € pour les complémentaires santé.

Malgré cet effort financier certain, qui plus est dans une période où la tendance générale est aux économies dans les dépenses publiques, la signature du texte n'aura pas soulevé, outre mesure, un enthousiasme fou chez les syndicats signataires. Quand certains indiquent que les mesures financières ne sont qu'« *un rattrapage de l'inflation* », d'autres parlent d'un texte de « *raison* » à défaut d'un « *choc d'attractivité* ».

Place désormais à la mise en application de cette convention. Un processus qui va s'étalonner progressivement jusqu'en 2026 selon le calendrier défini par la CNAM *(cf. encadré p7)*. Toutefois, un certain nombre d'éléments pourraient d'ores et déjà intégrer les nouvelles orientations que la branche Maladie entend présenter dans le cadre de son prochain rapport annuel « Charges et produits ». Sur le volet financier, le plein impact des revalorisations s'étalonnera progressivement dans les prochains sous Ondam consacrés à la médecine de ville. Tout est donc désormais sur les rails. Les améliorations, attendues au travers de ce nouveau cadre conventionnel, seront désormais scrutées avec grande attention par les usagers et les pouvoirs publics.

■ **Alexandre Beau**

MACRON ENTENDU ?

Si cette version de la convention semble moins innovatrice que le projet présenté l'an dernier, avec l'introduction du contrat d'engagement territorial, il n'en demeure pas moins qu'elle introduit quelques mesures disruptives à l'image de l'instauration du paiement collectif forfaitaire.

Surfant sur l'expérimentation article 51 PEPS *(cf. ESE n°1251)*, ce dispositif s'adresse à un collectif intégrant au moins 3 médecins généralistes et une infirmière exerçant en maison de santé ou en cabinet de groupe. Un forfait sera versé pour une patientèle médecin traitant commune de 250 patients minimum. Son montant sera modulé en fonction des deux caractéristiques : la typologie de cette patientèle (sur les mêmes bases que le FMT) et le contexte territorial dans lequel le collectif opère (niveau de consommation de soins sur le territoire, offre de soins, taux de pauvreté). Un cahier des charges définitif est attendu en fin d'année. Cette mesure, à maintes reprises défendue publiquement par le président de la République, va-t-elle embarquer les acteurs sur le terrain ? ■

LES OBJECTIFS COLLECTIFS : VRAI/FAUSSE RÉVOLUTION ?

Comme abordé dans notre numéro 1255 du 29 mars dernier, l'Assurance Maladie introduit pour la première fois la notion d'engagements collectifs autour de la pertinence et de la qualité des soins. 15 programmes d'actions partagées, intégrant des objectifs fixés aux médecins et à la CNAM, ont été définis dans ce cadre. Leur suivi sera opéré par futur un observatoire conventionnel de l'accès aux soins. Pour accompagner ce dispositif, un mécanisme d'intéressement aux économies engendrées devrait être mis en place. Il portera notamment sur la prescription de médicaments biosimilaires ou sur l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Bien que prometteur sur le papier, on notera que ce nouveau mécanisme n'intègre toutefois pas d'objectifs contraignants. En somme, la non-atteinte des objectifs collectifs fixés n'aura pas de répercussion sur les sommes engagées dans cette convention.

Pschitt en perspective ? ■

ILS ONT DÉCLARÉ

« J'ai la conviction que ce projet de convention doit permettre d'améliorer le fonctionnement de notre système de santé, à la fois via l'attractivité renforcée de la médecine libérale, notamment de la médecine libérale traitante, et l'amélioration de l'accès aux soins. (…) Cette convention représente un investissement inédit, supérieur de 50% à celui de la précédente ».

Thomas Fatôme, DG de l'Assurance Maladie

« Une telle convention représente plusieurs centaines de millions d'euros pour les seuls complémentaires santé. Il n'y a pas d'argent magique. Les revalorisations tarifaires des médecins se traduiront par une augmentation des cotisations des assurés sociaux. La seule hypothèse où ces revalorisations n'auraient pas d'impact, ce serait si l'efficience était au rendez-vous très vite ! »

Marc Leclère, président de l'Unocam (QDM – 22/05/24)

« Dans ce texte, il y a des avancées. Il y a aussi un engagement des médecins à réduire les difficultés d'accès aux soins. Cet engagement est collectif, non contraignant et ne permet pas à l'Assurance Maladie de revenir unilatéralement sur les termes de la convention. »

Dr Franck Devulder, président de la CSMF

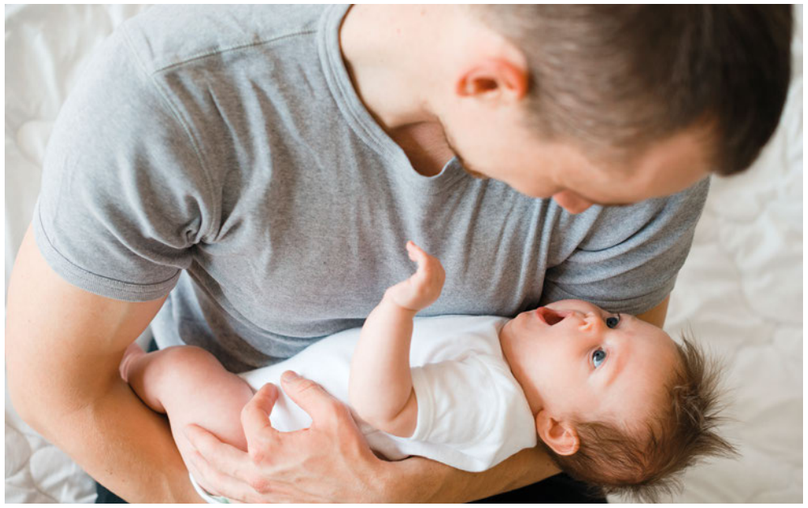
« De l'avis général, cette convention est indispensable à la profession. Cela sera une bouffé d'oxygène mais, on ne peut pas parler d'un choc d'attractivité pour les médecins généralistes. (…) On doit avoir conscience que les cinq prochaines années vont être difficiles en matière de démographie médicale. »

Dr Agnès Giannotti, présidente de MG-France ■

ENFANCE

Un congé pour relancer la natalité

Mieux indemnisé, mais plus court, le projet gouvernemental de congé de naissance espère relancer la natalité et mobiliser les pères sur les premiers mois d'éducation. Un projet, en cours de concertation, qui devrait aboutir pour fin 2025.



Depuis le 15 mai, patronat, syndicats, associations familiales et élus sont en concertation sur le futur congé de naissance. Que ce soit sa durée ou les critères d'indemnisation, ce dispositif devra être ajusté par le gouvernement. Avec ses ambitions de relance démographique et de lutte contre les inégalités professionnelles hommes/femmes, il espère faire mieux que le congé parental. Mais, il aura besoin de nombreux modes de garde accessibles pour espérer ralentir la baisse de natalité : un taux de fécondité inférieur à 1,7, alors qu'il était supérieur à 2 en 2014.

Un congé parental en berne

Lancé en 1977, le congé parental peut être sollicité jusqu'aux trois ans de l'enfant. Il a été réformé en 2014 pour tenter de mobiliser les pères dans l'éducation du jeune enfant en leur proposant une partie du congé, sans possibilité de transfert à la mère, afin qu'ils passent quelques mois avec les tout-petits. Si l'idée est bonne, elle ne fonctionne pas sans moyens. Avec une indemnisation de 448 € par mois (à plein temps), le congé a été de moins en moins sollicité : 246 000 bénéficiaires en 2020 contre 500 000 en 2013. Son efficacité sur l'égalité professionnelle et le partage des tâches ne fonctionne pas non plus : moins de 1 % des pères y ont eu recours en 2021 contre 14 % des mères. Alors que les premiers plébiscitent aujourd'hui le congé paternité et sont 74 % à en bénéficier.

Il faut dire qu'après une naissance, toute famille connaît de grosses dépenses et plafonner le revenu d'un père à 448 € par mois est rarement envisageable. Autre écueil : la faiblesse des modes de garde qui les dissuade de jouer à la nounou en temps plein. Selon le gouvernement, ce congé parental éloigne aussi les femmes du marché du travail trop longtemps, elles sont 160 000 à quitter leur emploi et à renoncer à travailler après avoir eu un enfant.

CHIFFRES

680 000 naissances ont été dénombrées en 2023, contre plus de 800 000 en 2014.

Selon l'INSEE, les mères gagnent 25 % de moins que le salaire auquel elles auraient pu prétendre sans enfant cinq ans après la naissance (chiffres 2022).

Plus court et mieux indemnisé

Le nouveau congé de naissance cherche à se montrer plus attractif. Avec en premier lieu, une indemnisation liée au salaire. *Via* cette nouvelle formule, les parents devraient toucher 50% de leur salaire brut dans la limite de 1 900 € mensuels. Mieux rémunéré, mais aussi moins long, le congé de naissance devrait durer trois mois pour les mères ainsi que pour les pères, non substituables d'un parent à l'autre. Il devrait s'ajouter au congé maternité de dix semaines après la naissance de l'enfant et au congé paternité de vingt-huit jours.

Devant les premiers éléments du projet, les réactions ne se sont pas faites attendre. Pour l'Unaf (Union nationale des associations familiales), l'indemnisation en fonction du salaire est une avancée, mais il faudrait remonter de 50% à 75% avec un montant plancher pour les bas salaires. Elle regrette aussi une durée trop courte avec trois mois pour chaque parent en plus du congé maternité et du congé paternité. Impossible donc d'atteindre les 1 an de l'enfant. Selon Hélène Périvier, présidente du Haut conseil de la Famille (HCFEA) : *« Ce congé de naissance répond aux demandes des parents (…), mais raccourcir le congé parental met les gens en difficulté s'il n'y a pas assez de modes de garde disponibles »*.

Il reste aussi à déterminer les conditions d'application pour les professions libérales et les travailleurs indépendants.

Ce dispositif devrait coûter plus cher que le congé parental. Toutefois, selon Sarah El Haïry, ministre déléguée chargée de l'Enfance, de la Jeunesse et des Familles qui s'exprime dans *La Tribune du Dimanche* : *« c'est un investissement pour le pays, pour la natalité et pour le plein-emploi »*. Ce congé de naissance devrait figurer dans le PLFSS de la rentrée prochaine et entrer en vigueur fin 2025.

Florence Pinaud

DOSSIER SPÉCIAL

Marché des Ocam en 2023 : un réel coup de boost?

Après des exercices 2020 et 2021 impactés par la crise sanitaire, et un retour à la normale en 2022, le marché des Ocam s'est emballé en 2023. L'année dernière, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), acquittée par ces organismes, progresse ainsi de 5,4 % (après 2,4 % l'année précédente) pour atteindre les 43,3 Mds €. Elle augmente donc plus vite que l'inflation (4,9 %) et que l'Ondam (4,8 %). Ces chiffres sont principalement tirés par les assureurs (+ 8,2 % sur un an), finalement grands gagnants de l'Ani santé. La progression apparaît nettement moins importante pour les mutuelles (+3,6 %) et les IP (+4,5 %).

L'année 2023 est aussi marquée par la poursuite de la concentration du secteur avec désormais 448 acteurs, soit 12 de moins en un an. Depuis 2001, le nombre d'Ocam a été divisé par quatre, et même par six si l'on regarde spécifiquement les mutuelles. Un phénomène s'expliquant en partie par Solvabilité 2 et l'Ani santé.

Huit ans après la mise en place de ce chantier, les effets semblent désormais stabilisés. Toutefois, d'autres réformes continuent de bousculer le marché. Parmi celles-ci, impossible d'occulter le 100 % santé, avec de nouvelles répercussions attendues les prochaines années notamment compte tenu de l'extension à venir de son périmètre.

Second temps du mouvement de généralisation de la complémentaire collective, la mise en place de la protection sociale complémentaire (PSC) pour les agents publics agite le monde des mutuelles de fonctionnaires. Après d'importants travaux de préparation, la mise en œuvre débutera le 1er janvier prochain pour l'État. Le chantier connaît toutefois de nombreux retards, dans un contexte de tension sur les dépenses publiques…

Autre dossier essentiel, celui des tarifs après les annonces de fortes hausses pour 2024. Au Sénat, une mission d'information, dont l'élu de la majorité Xavier Iacovelli est le rapporteur, a été lancée sur « les complémentaires santé et le pouvoir d'achat des Français ». Des travaux qui conduiront peut-être à une réflexion plus globale sur le modèle, voire à une reprise du dialogue avec les pouvoirs publics. ■

RAPPEL

Il faut distinguer chiffre d'affaires et assiette TSA. Cette dernière n'inclut pas certains produits d'assurance proposés par les OC ni d'éventuels mécanismes de réassurance. À noter également que ces données évaluent la « valeur » du marché et non pas le « volume ». Les statistiques remontées à la Drees concernant les personnes couvertes par un contrat d'Ocam étant pour le moment incomplètes, nous avons décidé de ne pas les publier. *ESE* remercie par ailleurs les équipes de l'Urssaf Caisse Nationale pour leur assistance dans la réalisation de ce dossier. ■

Ani santé : pas de révolution, mais des bouleversements

Huit ans après la généralisation de la complémentaire santé collective pour les salariés, le point sur les impacts en termes de marché et de couverture.

Alors que les experts et observateurs évoquaient un « tsunami », l'Ani de 2013 a-t-il réellement chamboulé le marché des Ocam ? Outre le glissement (mesuré) de l'individuel vers le collectif, un des principaux effets a été de rebattre les cartes entre les acteurs.

Les assureurs représentent désormais 36,8 % de l'assiette TSA contre 31,1 % en 2016, « an 1 de l'Ani ». En revanche, la perte de vitesse se confirme pour les mutuelles qui s'inscrivent durablement sous la barre des 50 %. En 2023, elles pèsent 46,3 % du marché, contre 47,2 % un an plus tôt. Au total, la baisse atteint plus de 5 points depuis la première année de mise en œuvre de l'Ani. Le poids des IP reste, quant à lui, relativement stable (-0,6 point entre 2016 et 2023).

Poussé par les syndicats afin de garantir une couverture complémentaire à tous les salariés (en particulier les plus modestes), ce chantier n'avait pourtant pas vocation à favoriser les acteurs lucratifs. Les IP étaient attendues comme les grandes gagnantes de la réforme, compte tenu de leur spécialisation historique sur le collectif. Mais le Conseil constitutionnel a mis le holà dans une décision de 2013. Les Sages ont supprimé les clauses de désignation (qui permettaient au sein d'une branche professionnelle d'imposer aux entreprises un organisme pour la gestion de leurs contrats de complémentaire santé) au profit d'un mécanisme de recommandation. Ils ont ainsi ouvert la voie à plus de concurrence entre les organismes, mais aussi à moins de mutualisation.

Équilibre entre individuel et collectif

Désormais réparti à égalité entre contrats collectifs et offres individuelles, le marché semble avoir opéré sa mue. En 2016, le collectif représentait 46 % et l'individuel 54 %, selon la Drees (en pourcentage des cotisations collectées). Cependant, le glissement s'était amorcé bien avant l'Ani. À titre de comparaison, en 2011 la ventilation était de 41 % en collectif et de 59 % en individuel.

Concernant la répartition au sein des familles : « *les contrats collectifs représentent un tiers de l'activité des mutuelles, la moitié de l'activité des entreprises d'assurance et l'essentiel de l'activité des institutions de prévoyance* », précise le service statistique des ministères sociaux. Après le virage induit par la réforme, les mutuelles sont passées de 29 % à 34 % de leur CA réalisé en collectif et les assureurs de 49 % à 52 %.

Parmi les explications à la montée en flèche de ces derniers, l'équipement des TPE-PME. Dernières à rejoindre la vague de la complémentaire santé d'entreprise, elles auraient souvent privilégié les assureurs les protégeant déjà pour d'autres risques.

L'Ani santé a-t-il permis des progrès en termes de couverture ? Selon la dernière enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de l'Irdes, 84 % des entreprises offraient une complémentaire santé à leurs salariés en 2017 contre seulement la moitié avant la réforme. Les collaborateurs des plus petites structures et les plus précaires en ont été les principaux bénéficiaires. Au total, l'Ani aurait permis de réduire de 1 point le pourcentage de la population non couverte.

Les offres souscrites par les employeurs après 2016 prévoient généralement des niveaux de remboursements plus faibles. Toutefois, elles vont au-delà des « paniers Ani », soit le minimum légal. « *Les niveaux de garanties de ces "nouveaux contrats Ani" sont plus proches de celles d'un contrat de milieu de gamme que d'un contrat d'entrée de gamme* », relève un document de travail de l'Irdes. Toutes les inégalités de couverture sont loin d'être gommées. Ainsi, les salariés des secteurs d'activité peu rémunérateurs (par exemple l'agriculture, ou la santé et l'action sociale) disposent souvent des contrats d'entreprises les moins avantageux. ■

NOMBRE D'OCAM

	Nbre OCAM en 2023...	... comparé à 2022
Mutuelles	268	*278*
Institutions de Prévoyance	26	*25*
Sociétés d'Assurance	109	*111*
Libre Prestation Service	45	*46*
TOTAL	**448**	***460***

Le mouvement de concentration s'est poursuivi en 2023 avec 12 Ocam en moins, dont 10 mutuelles.

L'assiette globale de la TSA repart à la hausse avec +5,4 %, après +2,4 % en 2022. La progression est principalement tirée par les sociétés d'assurances (+8,2%)

ASSIETTE ET PROGRESSION

en millions d'euros	Assiette TSA 2023...	... comparé à 2022	Quelle progression ?	Poids des familles en 2023...	... contre 2022
Mutuelles	20 060 102 481 €	*19 367 565 914 €*	**3,6%**	***46,3%***	***47,2%***
Institutions de Prévoyance	7 226 314 200 €	*6 916 387 957 €*	**4,5%**	***16,7%***	***16,8%***
Sociétés d'Assurance	15 935 790 915 €	*14 728 505 204 €*	**8,2%**	***36,8%***	***35,9%***
Libre Prestation Service	68 063 765 €	*56 616 721 €*	**20,2%**	***0,2%***	***0,1%***
TOTAL	**43 290 271 361 €**	***41 069 075 796 €***	**5,4%**		

AVANT ET APRÈS L'ANI

	Nbre OCAM en 2023...	... comparé à 2016
Mutuelles	268	370
Institutions de Prévoyance	26	25
Sociétés d'Assurance	109	113
Libre Prestation Service	45	16
TOTAL	**448**	**524**

En sept ans, le marché s'est contracté, avec 15 % d'organismes en moins, soit 76. Les mutuelles sont les plus concernées.

Avec une progression d'assiette TSA de 41,6% entre 2016 et 2023 (contre 19,6 % au global) les assureurs s'imposent comme les grands gagnants de l'Ani. Un effet non escompté par les syndicats.

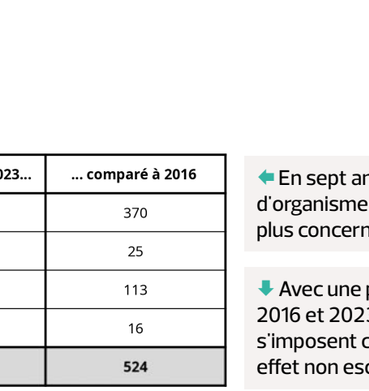
en millions d'euros	Assiette TSA 2023	Assiette TSA 2016	Quelle progression depuis l'an 1 de l'ANI ?	Poids des familles en 2023...	... contre 2016
Mutuelles	20 060 102 481 €	18 631 756 456 €	**7,7%**	***46,3%***	***51,5%***
Institutions de Prévoyance	7 226 314 200 €	6 276 531 964 €	**15,1%**	***16,7%***	***17,3%***
Sociétés d'Assurance	15 935 790 915 €	11 253 636 575 €	**41,6%**	***36,8%***	***31,1%***
Libre Prestation Service	68 063 765 €	30 013 738 €	**126,8%**	***0,2%***	***0,1%***
TOTAL	**43 290 271 361 €**	**36 191 938 733 €**	**19,6%**		

Des contrats collectifs toujours déficitaires

Les dernières données de la Drees confirment un écart de rentabilité important entre contrats individuels et collectifs. Retour sur différents indicateurs clés du marché.

Le débat récurrent autour de l'augmentation des tarifs des complémentaires s'est enflammé l'hiver dernier. « *Sur les 8 premiers mois de l'année 2023, les prestations versées par les mutuelles ont augmenté de + 6 % par rapport à la même période l'année précédente, soit nettement plus que l'augmentation qui était estimée* », a défendu la Mutualité Française. La fédération annonce pour ses membres une hausse moyenne en 2024 de 8,1 % (dont 7,3 % pour les contrats individuels, 9,9 % pour les contrats collectifs obligatoires et 7,7 % pour les contrats collectifs facultatifs). De son côté, l'UFC-Que choisir évoque une hausse globale de l'ordre de 10 %. Parmi les coûts supplémentaires actés en 2023, les revalorisations de professionnels de santé et l'augmentation du ticket modérateur en dentaire (avec un transfert de charges de 500 Ms € à l'AMC).

En 2022, dernières données de la Drees disponibles, les prestations des Ocam ont progressé plus vite que les cotisations. Au total, ils avaient collecté 40,5 Mds € (+ 2,9 %) et reversé 32,8 Mds € à leurs assurés (+ 3,8 %). Le rapport P/C (prestation/cotisation) atteint donc 81 %, contre 80 % en 2021. Les IP demeurent les plus redistributives (89 %), suivies par les mutuelles (80 %), puis les assurances



(78 %). Cette différence s'explique en partie par la spécialisation des paritaires sur les contrats collectifs (avec un P/C de 87 % contre 74 % en individuel). « *Les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des particuliers dans le cas des contrats individuels* », explique la Drees.

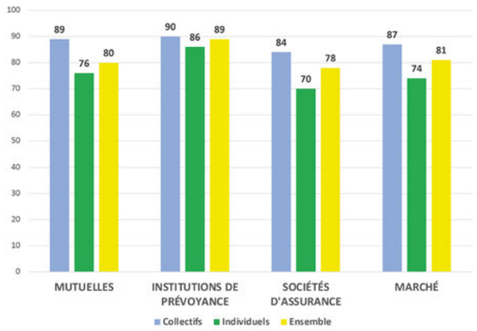
La tendance se confirme en 2022 : les offres collectives ne permettent pas, au global, de dégager des excédents. En moyenne, elles ont enregistré 3,9 % de déficit. En revanche, les contrats individuels ont dégagé 4,1 % d'excédents. Pour l'ensemble du marché, le résultat technique reste légèrement positif (0,1 %), mais avec de fortes disparités. Seuls les assureurs tirent leur épingle du jeu, et récoltent des excédents (1,5 %). Le résultat est quasi nul pour les mutuelles (0,1 %) et négatif pour les IP (-2,7 %). « *Il est important de dire que nous sommes en déficit technique sur la santé (…) nous nous y retrouvons grâce aux produits financiers* », relevait en avril dernier Thomas Saunier, le directeur général de Malakoff Humanis devant la mission d'information du Sénat consacrée aux complémentaires. L'ACPR a par ailleurs dressé le même constat concernant les contrats collectifs dans leur globalité.

Poids du 100 % santé et coûts de gestion

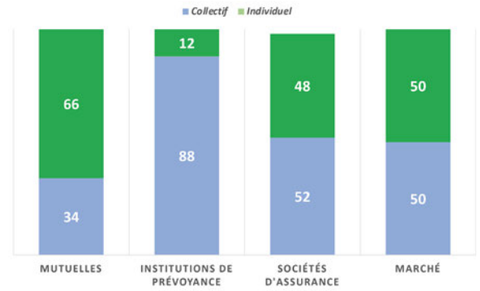
Les Ocam pointent également l'impact du 100 % santé. Selon la Drees, les prestations versées à ce titre ont augmenté de 4 % pour les trois postes concernés. L'addition devrait encore s'alourdir avec le remboursement intégral des fauteuils roulants promis d'ici la fin de l'année, ainsi que des prothèses capillaires pour les personnes traitées par chimiothérapie.

De leur côté, les coûts de gestion demeurent stables depuis 2015 à 20 %. Ils sont plus élevés pour les assureurs (22 % devant

RAPPORT PRESTATIONS SUR COTISATIONS SANTÉ EN 2022 (HORS FRAIS DE GESTION)
(en % des cotisations collectées / source DREES)



PART DES CONTRATS SANTÉ INDIVIDUELS ET COLLECTIFS EN 2022
(en % des cotisations collectées / source DREES)



••• les mutuelles à 20 % et les IP à 14 %), et en moyenne plus faibles pour les offres individuelles que pour les contrats individuels (18 % contre 21 %). « *Notre valeur ajoutée, c'est bien la personnalisation des garanties, leur adaptation aux besoins des personnes ou de l'entreprise. Le conseil que nous proposons se fonde sur une analyse personnalisée et adaptée des besoins, ce qui implique d'y consacrer du temps et de mobiliser des compétences, autant d'éléments qui, d'une façon ou d'une autre, se retrouvent dans ce que l'on appelle "frais de gestion"* », a fait valoir Florence Lustman, présidente de France Assureurs devant les sénateurs.
Ces charges de nature diverse intègrent les frais de gestion des sinistres, d'acquisition et d'administration. Elles recouvrent par exemple la publicité, l'accueil des adhérents, des services comme les accords de tiers payant, ou encore des actions de prévention. Sur ce dernier point, la Mutualité Française milite de longue date pour exclure ces initiatives de ce périmètre. Une autre demande fait consensus entre les acteurs : revoir le cadre du contrat responsable. ■

ILS ONT DIT

Tous les acteurs et experts du secteur se sont succèdés devant la commission d'information du Sénat sur les complémentaires et le pouvoir d'achat. Petit florilège de déclarations.

« Indépendamment du type de contrat, la fiscalité représente près de deux mois de cotisations. Contrairement aux actifs, les retraités ne bénéficient évidemment pas de la participation de leur employeur ; contrairement à certains travailleurs non-salariés, ils n'ont pas non plus droit à certains avantages fiscaux. C'est pourquoi la FNMF propose, en vue de rétablir une forme d'équité fiscale, de baisser le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur les contrats non aidés – fiscalement ou par l'employeur – en le portant à 7,04 % ».
Eric Chenut, président de la Mutualité Française

« Les contrats collectifs ont des caractéristiques intrinsèques : l'affiliation des salariés a un caractère obligatoire ; le taux de cotisation est unique, indépendant de l'âge ou de l'état de santé de l'assuré, ce qui traduit l'absence complète de sélection des risques à l'entrée et l'absence de clauses restrictives. Ce schéma contribue à une véritable mutualisation des risques au sein d'une même entreprise ou d'un même secteur, mutualisation qui permet de mieux maîtriser le coût de la protection sociale à la charge des salariés et des entreprises ».
Denis Laplane, vice-président du CTIP (Medef)

« Nous évoluons quasi exclusivement dans le cadre des contrats responsables, qui ont environ 20 ans. Et, notamment depuis la mise en place du 100% santé, nous sommes dans un environnement largement inflationniste qui laisse très peu de marges de manœuvres pour ajuster, moduler, nos contrats répondant aux besoins de chacun ».
Diane Milleron-Deperrois, directrice générale Axa santé et collective

« De 2001 à 2022, le nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) a beaucoup diminué (de 1702 à 397), pour l'essentiel en raison d'un phénomène de concentration des mutuelles (...). On peut également illustrer ce mouvement très spectaculaire de regroupement en observant qu'en 2022, les 10 plus grands organismes de complémentaire santé recevaient 41 % des cotisations contre 30 % en 2011 ».
Fabrice Lenglart, directeur de la Drees. ■

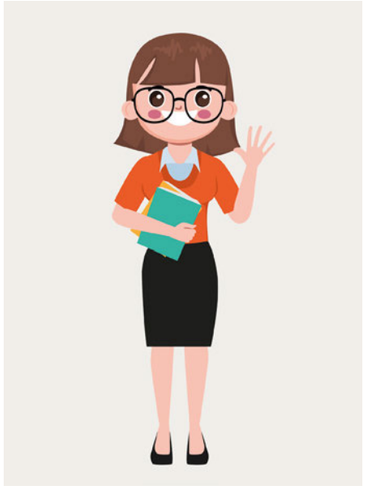
RAPPORT PRESTATIONS SUR COTISATIONS EN SANTÉ POUR 2023

	TYPE DE CONTRAT	TAUX DE FRAIS DE GESTION (en % cotisations collectées)	RAPPORT P/C INCLUANT LES FRAIS DE GESTION
MUTUELLES	COLLECTIFS	19 %	108 %
	INDIVIDUELS	20 %	96 %
	ENSEMBLE	20 %	100 %
INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE	COLLECTIFS	15 %	105 %
	INDIVIDUELS	7 %	93 %
	ENSEMBLE	14 %	103 %
SOCIÉTÉS D'ASSURANCE	COLLECTIFS	18 %	102 %
	INDIVIDUELS	25 %	95 %
	ENSEMBLE	22 %	100 %
MARCHÉ	COLLECTIFS	18 %	105 %
	INDIVIDUELS	21 %	95 %
	ENSEMBLE	20 %	101 %

⬅ Les frais de gestion restent stabilisés depuis 2015 à 20 % au global. Toutefois une stabilité en pourcentage équivaut à une augmentation en valeur, compte tenu de l'évolution du marché.

PSC : et maintenant l'« Ani fonction publique »

La bascule vers la complémentaire santé collective se poursuit avec la mise en place de la réforme de la réforme de la Protection Sociale Complémentaire (PSC) pour les agents de la Fonction publique.



Une dizaine d'années après les salariés du privé, les quelque 5,7 millions de fonctionnaires pourront, à leur tour, bénéficier d'une participation de leur employeur au financementde leur complémentaire santé , à hauteur de 50 %. L'ordonnance du 17 février 2021 a fixé ce principe et un calendrier différencié sera mis en place. Après un report, les agents de l'État devraient être les premiers à franchir le cap, le 1er janvier prochain, mais ce chantier accumule les retards importants. De leur côté, les territoriaux et les hospitaliers rejoindront le mouvement un an plus tard.
Cette réforme ne fera pas exploser les effectifs de la complémentaire santé puisque seuls 2,5 % des agents publics ne sont pas couverts (selon l'Irdes). En revanche, elle consacre la bascule de l'individuel vers le collectif. Pour les mutuelles historiques, la réforme entraîne une véritable révolution des cultures et pratiques, avec à la clé des chantiers importants notamment informatiques. La procédure d'appels d'offres pour la mise en œuvre de contrats collectifs au sein des ministères pourrait bousculer le marché. Pour l'heure, seuls deux résultats sont connus. Le ministère des Armées a choisi de consacrer les opérateurs historiques avec d'une part Unéo et GMF (groupe Covéa) pour la couverture santé des militaires, et d'autre part pour le personnel civil, le groupement AGPM — Klésia — Harmonie mutuelle. Second à avoir rendu son verdict, le ministère de la Transition écologique n'a pas opté pour la continuité en désignant Alan, la start-up de l'assurance. Une décision qui mécontente syndicats et mutuelles. La MGEN a d'ailleurs formé un recours contre l'appel d'offres.
Parmi les verdicts particulièrement attendus, celui de l'Éducation nationale, qui concerne 1,2 million d'agents. Un accord (incluant également la prévoyance) a été signé par ce ministère ainsi que ceux de l'Enseignement supérieur et des Sports en avril dernier, mais n'a pas encore donné lieu à appels d'offres. La mise en œuvre est attendue entre le 1er janvier prochain et le 1er janvier 2026. La réforme a également poussé à un certain nombre d'alliances. Récemment, la MGEN a annoncé un partenariat avec la MGAS (mutuelle générale des Affaires sociales) et Relyens (Ex -Sham et Sofaxis) pour les futurs marchés de la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC) et des ministères sociaux. Parmi les autres rapprochements, plus anciens, on notera notamment l'arrivée de la MMJ (Mutuelle du ministère de la Justice) chez Aésio ou l'affiliation de la Mgéfi au groupe Matmut. La future SA commune entre CNP Assurances et La Mutuelle Générale aura aussi des prétentions sur ce champ. Côté finances, le coût global pour ce versant devrait dépasser le milliard d'euros.
Concernant le volet territorial, les discussions en santé (notamment sur les garanties du panier de soins et la participation minimale de l'employeur) devraient aboutir d'ici l'été 2025.
À côté des contrats collectifs à adhésion obligatoire, les dispositifs de conventions de participation et de labellisation seront maintenus. Enfin, pour le volet hospitalier, les discussions restent au point mort à l'échelle nationale.
Après les agents publics, quid des autres populations ? Selon l'Irdes, 2,5 millions de personnes restent dépourvues de complémentaire, principalement chez les étudiants, chômeurs ou inactifs, travailleurs indépendants, et retraités (dont 11 % des plus modestes).

■ **Dossier réalisé par Émilie Guédé et Alexandre Beau**

“Mieux accompagné, je reponds mieux au besoin de protection de mes agents”

Fabrice, directeur général des services de la ville de Brioude et ses agents

60 ANS **D’ENGAGEMENTS ET DE PROGRÈS**

Notre expertise pour mettre en place la réforme de la Protection Sociale Complémentaire :

- Accompagnement à chaque étape
- Décryptage de la réforme de la PSC et suivi des actualités
- Simulation de ses impacts sur votre collectivité
- Offres en santé et prévoyance adaptées à à vos obligations et aux besoins de vos agents

Forts de nos 60 ans d’expertise, nous vous accompagnons pour faciliter vos fonctions et proposer à vos agents la meilleure protection possible.

PRÉPAREZ DÈS À PRÉSENT LA RÉFORME SUR :
REFORMEPSC.MNT.FR

CONTACTEZ VOTRE INTERLOCUTEUR MNT AU 0 980 980 210

1re mutuelle des agents des services publics locaux

ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER

MNT
GROUPE VYV

Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Siège social : 4 rue d’Athènes - 75009 Paris. TheLINKS.fr - Avril 2024 - Crédits photos : Livia Saavedra - Photographie retouchée - Document à caractère publicitaire et non contractuel.