

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°20 / AOÛT 2021



L'ETAT

**SOUHAITERAIT-IL S'ARROGER LE
MONOPOLE DES SOLIDARITÉS ?**

DOSSIER COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

SERIE ESTIVALE



"LA PROTECTION SOCIALE N'EST NI SOURCE DE PROFITS, NI VARIABLE D'AJUSTEMENT"

L'État a tenu ! C'est avec pareille formule que le président de la République s'est exprimé à la fin du confinement. Craignait-il qu'il puisse être terrassé par ce monde de l'invisible ? Ou était-ce simplement l'expression d'un soulagement, celui d'avoir réussi à déployer une politique de lutte contre la pandémie, à fronts renversés ?

Si l'État a tenu, des mythes, aussi structurants par définition que rassurants dans un monde mutant, se sont effondrés avec fracas. À preuve « l'Administration que le monde entier nous envie » après la gestion calamiteuse des stocks de masques, la pagaille indicible pour tester la population, la politique normative et paralysante des ARS, l'incapacité d'organiser une passerelle entre médecine publique et libérale, ne fait plus guère illusion.

Que serions-nous devenus au cours de cette pandémie sans le système de Protection sociale à la française ? Pourtant, sous couvert de défense du pouvoir d'achat, l'impôt est d'ores et déjà au secours de la cotisation. La

Protection sociale fait désormais, dans bien des cas, prévaloir la logique d'assistance universaliste sur la logique professionnelle fondatrice du modèle français. Plus encore l'assistance prend le pas sur tous les autres concepts. Instrument du « grain à moudre », de la construction du lien social, du progrès social et en même temps thérapie de crise, le dialogue social, point de départ et aboutissement depuis 70 ans d'une démocratie sociale à la française, se réduit au fil du temps et des crises à la portion congrue. On feint d'ignorer, depuis déjà un certain temps, que démocratie politique n'est pas antinomique à démocratie sociale. On veut oublier que l'une et l'autre sans exclusive et hiérarchie sont constitutives de notre pacte républicain.

Les politiques publiques, de la santé, de la ville, du logement, de l'emploi... se sont transformées depuis 40 ans en Léviathan bureaucratique. Combien de temps faudra-t-il encore attendre pour que l'État abandonne ses

indicateurs de performance bureaucratiques et ses auto-satisfécits pour repenser en profondeur sa propre chaîne de valeur.

Cet État, « Gulliver empêtré dans ses cordes », tremble désormais devant le mur de la dette. C'est d'abord en se réformant lui-même, en recentrant son action sur son périmètre régalien, en s'adaptant à la nouvelle économie, en revisitant ses méthodes d'intervention qu'il restera Providence. Certainement pas en tournant le dos à l'Histoire sans pour autant répondre aux défis présents et à venir, multiples, complexes et sociétaux, certainement pas en étatisant tous les secteurs de la Protection sociale, certainement pas en créant une grande Sécurité sociale, certainement pas en fusionnant les comptes sociaux dans le budget de la Nation.

La Protection sociale n'est ni source de profits, ni variable d'ajustement. Elle est et doit demeurer le chemin vers la dignité de l'Homme. En cela, elle est et doit rester une idée d'avenir ! ■



L'IMAGE 6

RENOUVELLEMENT DU PARTENARIAT ENTRE LA MNH ET LE CRAPS



L'ACTU 8



LE FOCUS 10

STRATÉGIE INNOVATION SANTÉ 2030



DOSSIER 26

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET SI LE MONDE DE DEMAIN NE RESSEMBLAIT PAS AU « MONDE D'APRÈS » ?



ITW 36

CÉCILE WAQUET ASSOCIÉE CHEZ YCE PARTNERS



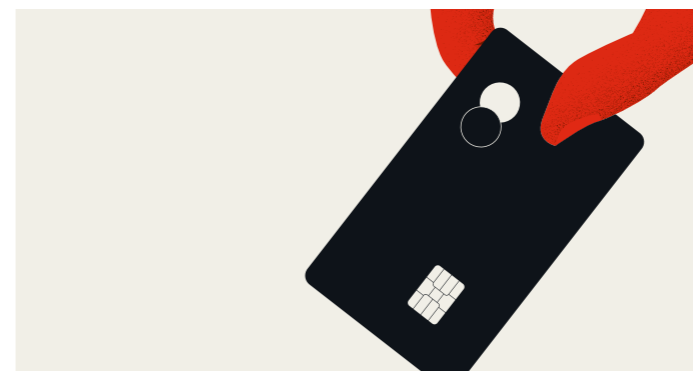
DOSSIER 12

MUTUELLES, INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE, ACTEURS INDISPENSABLES DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ



ITW 20

QUENTIN BÉRIOT DIRECTEUR GÉNÉRAL D'UNÉO



DOSSIER 32

L'ABSURDE ET INJUSTE TAXATION DES CONTRATS D'ASSURANCE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE



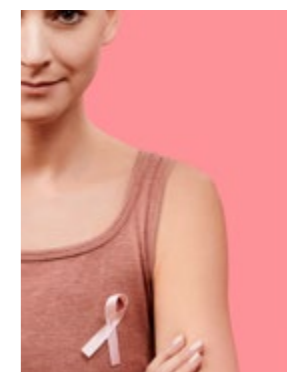
TRIBUNE 44

LA PRÉVENTION AU QUOTIDIEN : LE RÔLE MÉCONNU DES AIDES-SOIGNANTS, ACTEURS INVISIBLES DE LA PRÉVENTION



TRIBUNE 47

COVID-19 : PRISE DE CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'INVESTIR DANS LA PRÉVENTION, L'ÉCHELON RÉGIONAL RÉUNIT LES INGRÉDIENTS POUR SON DÉVELOPPEMENT



TRIBUNE 49

COMMENT PÉRENNISER UN SYSTÈME DE PRÉVENTION SANITAIRE EFFICACE EN TEMPS DE PANDÉMIE ?

CRAPSLLOG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS

45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS

01 83 89 68 64

accueil@thinktankcraps.fr

www.thinktankcraps.fr

Directeurs de publication

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

Président du comité éditorial

Hervé Chapron

Conception et Réalisation

Fabien Brisard, Anaïs Fossier, Pierre-Maxime Claude

Crédits Photo

Shutterstock

*Renouvellement du partenariat entre la MNH et le CRAPS,
en présence des présidents, **Gérard Vuidepot** et **Jean-Paul Ségade**.*



NOUVEAU LIVRE



La santé mentale et plus précisément la psychiatrie sont au cœur de la réflexion sur la Protection sociale en raison de ses dimensions médicales, sociales, psychologiques mais également économiques et sociétales. À tous les échelons territoriaux, à travers toutes les actions entreprises, la santé mentale doit clarifier son champ, définir ses outils, développer sa pluridisciplinarité afin de relever les défis de prise en charge dont la crise de la Covid-19 a montré son actualité. En donnant la parole à 40 acteurs de terrain, le CRAPS ouvre le débat via des recommandations, des axes de réflexion et des propositions pour cette discipline d'avenir.

NOUVEAU LIVRE



Malgré une prise de conscience grandissante que bien-être au travail, santé des agents et performance des services publics sont

intimement liés, l'administration peine encore aujourd'hui à initier une véritable culture de la prévention sur ces sujets. À l'heure où la Protection sociale des fonctionnaires est en complète restructuration et que les modes d'organisation au sein et autour des organes de concertation sur l'hygiène et la sécurité au travail dans la fonction publique se transforment profondément, il est essentiel que tous les acteurs oeuvrent ensemble pour améliorer l'accompagnement en prévention santé des personnels.

Loin d'être marginale, la question de la prévention dans la fonction publique ne peut plus être ignorée. Elle doit être appréhendée comme un élément central des politiques de santé publique, comme un investissement pour l'avenir. Le changement de paradigme doit être radical et l'ambition politique forte. Osons devenir une Nation de santé publique.

À LIRE

« L'émancipation, horizon de nos engagements mutuels »

Loin de l'idéal révolutionnaire d'une nation « une et indivisible », nous assistons à bas bruit à la naissance d'une nation multiple, divisée, fracturée. Le tissu social se déchire, les inégalités se creusent et les alertes démocratiques sont inquiétantes comme en témoignent la progression de l'abstention et la défiance toujours grandissante à l'égard de « celles et ceux qui prennent les responsabilités ». Au regard de ce constat, Éric Chenut, militant mutualiste engagé, vice-président délégué de la MGEN et de VYV, donne l'alerte : le risque démocratique qui se dessine aujourd'hui est majeur. À cet égard, chacun d'entre nous est invité à prendre son « tour de garde », à s'impliquer afin de faire vivre les solidarités pour « accompagner les transformations nécessaires à notre société ».

L'auteur propose alors un nouveau contrat basé sur « la confiance entre la puissance publique, le mouvement social et les citoyens, autour d'un pacte démocratique, écologique, social et républicain

renouvelé ». Un engagement mutuel pour « promouvoir l'émancipation individuelle et collective et nos valeurs humanistes ». En convoquant 25 années d'engagement « au service de l'action collective », Éric Chenut nous livre à travers son ouvrage sa vision du progrès, de l'émancipation, pierre angulaire de son engagement et esquisse les contours d'une démocratie sanitaire visant à rétablir la confiance entre la population et les autorités, dans le contexte de la crise que nous vivons aujourd'hui.

Par une large réflexion sur les enjeux auxquels nous serons confrontés demain, il nous rappelle que nos générations sont « les premières à savoir et les dernières à pouvoir ». Les premières à savoir que les Hommes par leurs actions peuvent impacter de manière irréversible l'environnement, les dernières à pouvoir donner au développement « une orientation moins prédatrice et plus responsable ». Il est alors essentiel que chacun d'entre nous, dans un esprit collectif de responsabilité, contribue à créer les conditions qui permettront aux générations futures de « choisir leur destin », de ne pas « subir par notre imprévoyance ». Si nos modes de consommation ne sont en effet pas « plus frugaux, plus économes en ressources, si nous ne préservons pas nos environnements et la biodiversité, le progrès humain ne pourra être accessible à tous ». L'éducation au durable devra par conséquent « intégrer l'écologie comme facteur d'émancipation ».

Émancipation - prérequis indispensable à la liberté de tout individu - qui constitue pour l'auteur un enjeu « vital pour la République ». Une fois instruits et munis des « clés de compréhension », les individus peuvent en effet « se déterminer en fonction de leurs aspirations, de leurs options idéologiques, philosophiques ou politiques ». Dès lors, s'il ne doit pas tout faire, l'État doit « permettre à toutes et à tous de s'émanciper par l'éducation, la culture, la santé, la solidarité et l'engagement ». Par l'éducation pour que chacun accède aux « savoirs », par la culture qui est un véritable « levier d'émancipation

individuelle et collective », par l'engagement car « plus les espaces de coproduction démocratique se multiplieront, plus la démocratie se renforcera ». Par la santé, puisqu'il est dans l'intérêt des assurés sociaux qu'ils disposent des moyens de « gérer leur capital santé, de se protéger et de protéger les autres ».

Par la solidarité, enfin, puisque le « continuum solidariste, s'il n'est pas compris, si l'enjeu de l'aléa n'est pas appréhendé, induit des dérives consuméristes où le principe même de l'assurance

n'est plus accepté ». Dérives particulièrement inquiétantes pour les individus qui demeurent libres par l'appartenance à un cadre « collectif protecteur et émancipateur : la protection sociale ». Pourtant, ce cadre indispensable pour que « la démocratie soit réelle », pour que « chacun adhère à la promesse républicaine » tend depuis une quarantaine d'années à être affaibli par « les réformes néolibérales » qui, profitant du chômage de masse pour « imposer une précarisation sociale avec son corollaire de travailleurs pauvres, ou encore avec une ubérisation de l'économie avec la création du statut d'auto-entrepreneur » accentuent la fragmentation sociale.

Toutefois, « si la victoire du néolibéralisme est patente, heureusement elle n'est pas

totale » relativise l'auteur qui rappelle que les « poches de solidarité restent vastes » en France, à l'instar de l'économie sociale et solidaire. Finalement, si nous avons oublié peu à peu ce qu'était la Protection sociale, ce que social voulait dire, la crise sanitaire nous l'aura rappelé : la Protection sociale n'est pas une charge budgétaire insoutenable, mais un investissement favorisant à la fois le développement économique et la cohésion nationale. Le temps est alors venu, tel que le préconise Éric Chenut à travers son essai « L'émancipation, horizon de nos engagements mutuels » de l'appréhender comme une idée d'avenir, comme un vecteur d'émancipation.

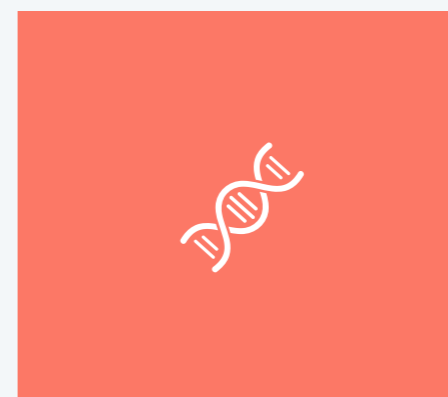
Anaïs Fossier, Responsable des études au CRAPS

FOCUS

FAIRE DE LA FRANCE LA 1^{RE} NATION EUROPÉENNE INNOVANTE ET SOUVERAINE EN SANTÉ.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE, EMMANUEL MACRON, A PRÉSENTÉ LA STRATÉGIE INNOVATION SANTÉ 2030 ISSUE DES TRAVAUX DU CONSEIL STRATÉGIQUE DES INDUSTRIES DE SANTÉ.

ENTRE LES UNIVERSITÉS, LES ORGANISMES DE RECHERCHE, LES LABORATOIRES, LES HÔPITAUX, MÉDECINS ET PERSONNELS, INDUSTRIELS, START-UPS, LA FRANCE A DES ATOUTS CONSIDÉRABLES QU'IL SOUHAITE EXPLOITER À TRAVERS UN PLAN DE PLUS DE 7 MILLIARDS D'EUROS AFIN D'INVESTIR MASSIVEMENT POUR SOUTENIR CELLES ET CEUX QUI PORTENT L'INNOVATION FRANÇAISE.



1 MILLIARD D'EUROS POUR RENFORCER NOTRE CAPACITÉ DE RECHERCHE BIOMÉDICALE.

- > SOUTENIR DES PROJETS DE RECHERCHE INTÉGRÉS EN SANTÉ.
- > ATTIRER OU MAINTENIR EN FRANCE LES CHERCHEURS DE TRÈS HAUT NIVEAU.
- > METTRE EN PLACE DE NOUVELLES FORMATIONS POUR ACCOMPAGNER LES MUTATIONS DE LA RECHERCHE ET DES INDUSTRIES DE SANTÉ.



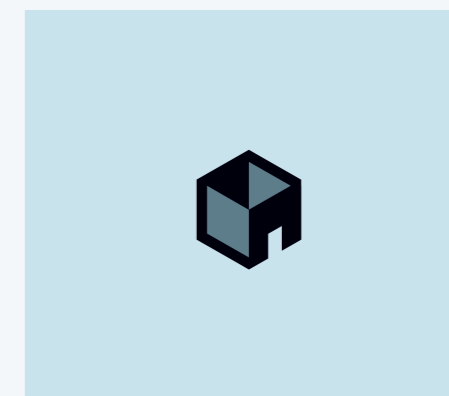
INVESTIR DANS LES DOMAINES EN SANTÉ DE DEMAIN.

- > 800 MILLIONS D'EUROS POUR SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE BIOTHÉRAPIES.
- > 650 MILLIONS D'EUROS POUR PASSER À LA MÉDECINE 5P (PRÉVENTIVE, PERSONNALISÉE, PRÉDICTIONNELLE, PARTICIPATIVE ET BASÉE SUR LES PREUVES) ET FAIRE ÉMERGER DES CHAMPIONS FRANÇAIS.
- > 750 MILLIONS D'EUROS POUR SE PRÉPARER AUX PANDÉMIES.



SOUTENIR L'INDUSTRIALISATION DES PRODUITS DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS.

- > 1,5 MILLIARD D'EUROS SUPPLÉMENTAIRES POUR PÉRENNISER L'INVESTISSEMENT ET LA RELOCALISATION EN FRANCE DES INDUSTRIES DE LA SANTÉ.
- > 2 MILLIARDS D'EUROS POUR RENFORCER L'INVESTISSEMENT DE BPIFRANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN 5 ANS.



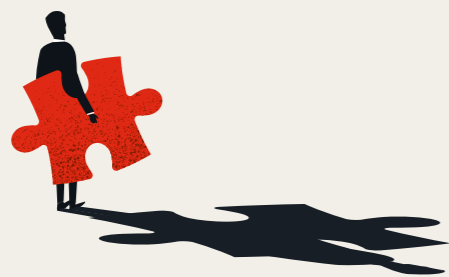
CRÉER L'AGENCE D'INNOVATION EN SANTÉ, UNE STRUCTURE D'IMPULSION ET DE PILOTAGE STRATÉGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTÉ.

- > DÉFINIR UNE STRATÉGIE NATIONALE D'INNOVATION EN SANTÉ ET ASSURER SA MISE EN ŒUVRE.
- > ÊTRE L'INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ ET CONNU DES ACTEURS DE L'INNOVATION EN SANTÉ.

MUTUELLES, INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE, ACTEURS INDISPENSABLES DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

PAR DIDIER BAZZOCCHI

VICE-PRÉSIDENT DU CRAPS
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE MMA



**LES FRANÇAIS ONT LONGTEMPS
ÉTÉ MAINTENUS DANS
L'ILLUSION D'UNE SANTÉ
GRATUITE, Y COMPRIS EN CAS
DE MALADIE GRAVE. CHACUN
PERÇOIT BIEN AU QUOTIDIEN
QUE CE N'EST PLUS LE CAS
DEPUIS LONGTEMPS, BIEN QUE
PLUS DES TROIS QUARTS DES
DÉPENSES DE SANTÉ RESTENT
PRISES EN CHARGE AU TITRE DE
LA SOLIDARITÉ NATIONALE.**

La question du financement de la santé est plus que jamais posée. La croissance structurelle des dépenses de santé est expliquée par le progrès des techniques médicales, par le vieillissement de la population, ainsi que par une demande toujours plus importante et diversifiée, tous facteurs qui ne sont pas près de se réduire. Les difficultés considérables rencontrées par les soignants tout au long de la crise sanitaire du Covid-19 ne peuvent qu'accentuer la perception de cette pression économique et financière.

Une part significative des dépenses de santé est prise en charge par les assureurs privés,

ensemble hétéroclite constitué d'une mosaïque d'intervenants, relevant de divers statuts juridiques et dont les finalités sont majoritairement sans but lucratif, comme c'est le cas des mutuelles, mutuelles d'assurance et institutions de prévoyance. Il s'y ajoute des sociétés de capitaux d'assureurs et de bancassureurs. L'ensemble de ce secteur d'activité est régulièrement décrié par les pouvoirs publics, alors même que l'État l'a assujéti au rôle de supplétif de la Sécurité sociale et qu'il est devenu un formidable collecteur de taxes.

LES FAUSSES VERTUS DE LA GRATUITÉ

Les Français ont longtemps été maintenus dans l'illusion d'une santé gratuite, y compris en cas de maladie grave. Chacun perçoit bien au quotidien

que ce n'est plus le cas depuis longtemps, bien que plus des trois quarts des dépenses de santé restent prises en charge au titre de la solidarité nationale.

Notre Protection sociale superpose une couverture obligatoire par la Sécurité sociale, que l'on peut désormais qualifier d'assureur public - jadis gérée par les partenaires sociaux, son étatisation a débuté en 1995 ; elle est maintenant parachevée - et une couverture complémentaire par un assureur privé, elle-même à adhésion obligatoire ou facultative, selon que l'on est salarié d'une entreprise privée ou pas. Ainsi, les 208 milliards d'euros de consommation de soins et de biens médicaux (données 2019) sont répartis pour 163 milliards d'euros pour l'assureur public, 28 milliards d'euros pour les assureurs privés et 16 milliards d'euros de « reste à charge » pour les ménages. Celui-ci est en diminution à 6,9 % de la dépense courante de santé et est nettement inférieur à la moyenne de celui des pays de l'OCDE. Pourtant, si l'assureur public prend globalement à sa charge 92% des dépenses d'hospitalisation, celles-ci peuvent

présenter un « reste à charge » élevé au cas par cas pour les patients, comme on a pu le constater lors des hospitalisations pour la Covid-19. L'assureur public est le garant d'une solidarité universelle, selon le principe voulu par les fondateurs de la Sécurité sociale : « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Il couvre la quasi-intégralité de la population et met en œuvre un double mécanisme de solidarité : d'une part, une solidarité dite « verticale », selon un principe de contribution proportionnelle aux revenus, qui constitue un puissant dispositif de redistribution, et d'autre part une solidarité dite « horizontale » entre bien-portants et malades, qui relève quant à elle d'un mécanisme de mutualisation du risque.

Les assureurs privés couvrent plus de 95 % de la population. Ils opèrent une mutualisation du risque au sein d'un groupe d'assurés, tel qu'une entreprise, une branche professionnelle, une administration publique ou un portefeuille de particuliers.

Ce système de financement a favorisé un bon équilibre entre les différentes offres de soins, publique et privée, et a permis le développement d'une médecine spécialisée d'excellence, un large accès aux soins et une liberté de choix pour les patients. Pour autant, notre système de santé, qui fut jadis qualifié de meilleur du monde, est confronté à plusieurs défis de taille : qualité inégale des soins dans les territoires, désenchantement des professionnels, érosion en matière d'innovation, disparités des prises en charge et de l'accessibilité, etc. Il est devenu illisible pour les patients, et de moins en moins accessible pour les plus vulnérables, et pas uniquement pour des raisons financières. Mais nul n'y peut rien. Les décisions s'y prennent très loin de la réalité sociale des territoires et des personnes.

LA DICTATURE DOUCE DU CONTRAT DIT « RESPONSABLE »

En 2004, l'État a instauré un dispositif réglementaire lui ayant permis de brider les marges de manœuvre des assureurs privés. Auparavant, le cadre légal définissait la notion de « contrat solidaire », afin que l'assureur

soit incité à ne pas fixer sa prime d'assurance en fonction de l'état de santé et à ne pas recueillir d'information médicale. Ce dispositif visait à garantir la non-sélection et la non-exclusion des risques. Il fonctionnait de manière satisfaisante et une large majorité des contrats étaient des « contrats solidaires ». De manière paradoxale, alors que le « ticket modérateur » avait été conçu pour contenir l'évolution des dépenses de santé, la loi de 2004 instaura l'obligation pour les assureurs privés de prendre en charge au minimum 30 % du tarif des consultations du médecin traitant et des médicaments. Étonnant changement de paradigme ! Alors même que le ticket modérateur avait été utilisé pendant près de cinquante années pour tenter de contenir les dépenses de santé, sans qu'il y parvienne vraiment, les pouvoirs publics instaurèrent pour la première fois l'injonction aux assureurs privés de prendre en charge une part de la dépense non remboursée par l'assureur public. Les bases d'une étatisation discrète et progressive de l'assurance santé étaient posées, offrant ainsi aux acteurs historiques de l'assurance santé l'illusion d'une protection face à la progression d'une concurrence innovante et plus dynamique. Cette réglementation du contrat d'assurance, d'abord peu contraignante, s'est rapidement étendue aux contrats obligatoires en entreprise, aux contrats référencés de la fonction publique et aux contrats des travailleurs non-salariés. Ce contrat

dit « responsable » était en place. Le contrat « responsable » est devenu obligatoire de facto.

Puis, en 2014, l'État en a durci les conditions avec l'instauration de plafonds et de plafonds de remboursement des honoraires et des biens médicaux. Pour les honoraires, le plafond de prise en charge par l'assureur privé ignorait la réalité des pratiques tarifaires. L'État a alors fait subir aux patients des restes à charge qui atteignent plusieurs centaines d'euros pour la chirurgie, alors qu'ils étaient précédemment pris en charge par les assureurs privés. Ainsi, le contrat dit « responsable » est devenu ce carcan administratif qui impose aux assureurs de rembourser certaines dépenses, puissent-elles s'avérer sans enjeu de santé publique, et lui interdit d'en rembourser d'autres, qui répondent pourtant à une demande et à des enjeux d'accès aux soins. Des mécanismes complexes et illisibles régissent ce contrat qui n'a plus de « responsable » que le nom. L'État, qui a ainsi mis en place un assujettissement des assureurs privés, peut maintenant leur reprocher de prélever des coûts de gestion excessifs et de ne pas innover. Or, ces assureurs privés jouent un rôle déterminant pour la prise en charge des dépenses non couvertes par la Sécurité sociale.

LE CONTRAT DIT « RESPONSABLE » EST DEvenu CE CARCAN ADMINISTRATIF QUI IMPOSE AUX ASSUREURS DE REMBOURSER CERTAINES DÉPENSES, PUISSENT-ELLES S'AVÉRER SANS ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE, ET LUI INTERDIT D'EN REMBOURSER D'AUTRES, QUI RÉPONDENT POUTANT À UNE DEMANDE ET À DES ENJEUX D'ACCÈS AUX SOINS.

LA RÉALITÉ DES COÛTS RESTANT À LA CHARGE DES PATIENTS



Nous l'avons dit, le reste à charge des ménages est en France l'un des plus bas au monde. Mais, comme c'est le cas de toute moyenne, il peut donner une appréciation fautive de la réalité. Les patients, et particulièrement les plus malades, qui recourent au système de soins de manière intensive, en ont une tout autre perception.

Selon une étude statistique récente¹, pour une personne sur cent parmi 1,5 million d'assurés, soit 15 000 personnes, et environ 600 000 Français par extrapolation, le coût moyen annuel d'hospitalisation en l'absence d'assureur privé serait de 5 200 euros. Soit près de trois mois d'un revenu médian, un coût insupportable pour un grand nombre de nos concitoyens. Ce montant s'explique par le poids des dépenses non prises en charge par l'assureur public : forfaits journaliers, dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux, chambres particulières, ainsi que des tickets modérateurs et du tarif journalier de prestations à l'hôpital public. Sur ce même échantillon d'assurés, le reste à charge final en

sortie d'hospitalisation après sa prise en charge par nos mutuelles s'est avéré de zéro euro dans 80 % des cas et en moyenne de vingt-six euros pour les autres 20 %.

Sur les 28 milliards d'euros versés par les assureurs privés, 6 milliards d'euros concernaient l'hospitalisation². Ce poste de dépense constitue un bel exemple de la manière dont l'État a discrètement transféré des charges publiques

vers le budget des ménages, dont la solvabilité est apportée par les assureurs privés.

Il en va de même des « affections de longue durée » (ALD), théoriquement prises en charge à 100 % par l'assureur public. Or, les assurés en ALD, malgré un niveau de prise en charge globale par l'assureur public supérieur à la moyenne, supportent des restes à charge, aux bornes de l'assureur public, d'un montant supérieur à ceux des assurés ne relevant pas de l'ALD : 760 euros par an en moyenne contre 450 euros.

Une autre étude, réalisée sur un million d'assurés, montre, contre toute attente, qu'un assureur privé rembourse 1,5 à 1,8 fois plus de dépenses de santé à un assuré relevant de dispositif d'ALD, alors même que celui-ci est censé être dispensé de toute dépense eu égard à son état de santé. Ceci s'explique, là encore, par le nombre significatif de dépenses non prises en charge par l'assureur public, telles que les compléments d'honoraires, des frais d'hospitalisation, ainsi que par les dépenses exposées ne relevant pas du strict

motif de l'ALD.

Enfin, l'assureur public ne rembourse plus qu'à 56 % sur les dépenses courantes, dites de ville. L'assurance privée s'est donc vu attribuer par l'État une place incontournable dans le financement du système de santé.

À l'examen de ces trois situations, hospitalisation, ALD et soins courants, on perçoit combien l'assureur privé joue son rôle économique de

mutualisation du risque et de solidarité horizontale entre malades et bien-portants.

UN INDISPENSABLE ESPACE DE LIBERTÉ

Le système de soins de santé constitue une source importante d'emplois, et a une contribution significative à la production de richesse nationale. Il a une part importante dans la formation du produit intérieur brut et peut contribuer à l'équilibre de la balance commerciale. Deux millions de personnes y sont employées et l'excédent de la balance commerciale s'élevait en 2016 à plus de 6 milliards d'euros pour l'industrie pharmaceutique. Le secteur de la santé contribue également à la productivité des entreprises, à l'attractivité du pays par la qualité de ses infrastructures, à son rayonnement et à son indépendance stratégique. La limitation des dépenses de santé ne peut donc être une fin en soi.

Afin d'obtenir l'équilibre budgétaire de l'assureur public, l'État a transféré des charges aux assureurs privés, de manière directe ou indirecte : médicaments, honoraires, forfaits, etc. Voyant les cotisations des assureurs privés augmenter de ce fait, l'État a réglementé les contrats d'assurance santé pour donner aux citoyens l'illusion d'une égalité de l'accès aux soins, sans se préoccuper de l'efficacité économique et sociale de cette réglementation. Certes, les assureurs privés, devenus des acteurs de l'accès aux soins, doivent se préoccuper de solidarité. Mais pourquoi leur imposer des réglementations coûteuses devant s'appliquer à toute la population, comme le « Reste à charge zéro » pour les équipements d'optique médicale,

par exemple, alors qu'une large part de la population peut supporter des dépenses directes pour exercer son libre choix ? En quoi l'interdiction de remboursement des honoraires médicaux à tarifs libres va-t-elle améliorer l'accès aux soins ? Quelle pertinence à un prélèvement forfaitaire annuel sur les assureurs privés de 300 millions d'euros pour financer la « convention médicale » ?

Maîtriser la dépense de santé a du sens, si cela permet de maintenir un système de soins de qualité et de procurer aux citoyens l'accès à des



soins pertinents, de qualité et au meilleur prix. À cet effet, l'assureur public s'est doté de politiques de maîtrise des dépenses. Les assureurs privés ne peuvent actuellement pas en faire autant, du fait du carcan réglementaire dans lequel ils se sont laissés enfermer. Or, ils pourraient aussi servir l'intérêt général en maîtrisant l'efficacité des dépenses de santé qu'ils prennent en charge.

Deuxième pilier de la Protection sociale, les assureurs privés doivent renouveler le paradigme

qui les a portés pendant cinquante années, exprimer des engagements éthiques tangibles et reprendre le chemin de l'innovation, pour ne pas être remplacés par des pure players du net qui feraient un usage incontrôlé des données de santé.

Ils doivent clarifier leurs principes d'action, comme :

- Favoriser l'accès à des soins de qualité, et fournir des services de prévention et d'accompagnement dans le système de soins. Ainsi, le « décroisement » des prestations entre assureur public et assureurs privés pourrait être envisagé selon différentes lignes de partage envisageables : gravité des pathologies (avec pour marqueurs « ALD et exo TM »), revenu ajusté par la gravité, ou encore organisation des soins (soins de première ligne et hautement spécialisés, versus soins de spécialités, selon la définition du HCAAM³).

- S'engager sur l'impératif de non-sélection et de non-exclusion des risques, aucun traitement d'information ne devant servir à sélectionner, discriminer, ou exclure des personnes ou des catégories de population. Ceci rend souhaitables une révision et une amélioration de la réglementation du contrat dit « responsable », pour le simplifier et préciser la notion de solidarité antérieure à la loi de 2004.

- Faire un usage des données de santé exclusivement dédié à l'analyse du système de santé et aux traitements de l'information ayant pour finalités de : favoriser l'accès aux soins⁴, proposer aux assurés des parcours de soins ou de prévention, identifier les parcours ou les procédures de soins les plus efficaces.

- Simplifier l'ensemble des processus de souscription et de remboursement.

- Renouer des relations partenariales avec les professions médicales, reposant sur le respect mutuel et la confiance, en vue d'une coopération

équilibrée pour la prise en charge efficace des soins...

Plus de 5 milliards d'euros de taxes sont prélevés chaque année sur le chiffre d'affaires des assureurs de santé privés, auxquels s'ajoute 1,2 milliard d'euros de taxe Covid en 2020. Au-delà de la collecte massive de taxes, ceux-ci peuvent contribuer au financement de la santé de nos concitoyens de manière efficace et réellement complémentaire de celle de l'assureur public. Plutôt que de laisser le système de soins s'appauvrir durablement du fait de politiques réitérées de rationnement comptable, gageons que l'État saura un jour s'appuyer sur les mutuelles, mutuelles d'assurance et institutions de prévoyance qui voudront s'engager dans un grand projet de Protection sociale, en libérant leur capacité d'agir et d'innover, au service du bien commun.

Ceci s'inscrira dans une politique de justice sociale basée sur le principe d'équité, à l'opposé de l'assistanat, et répondra aux aspirations de tous ceux qui veulent vivre comme des acteurs libres et responsables d'une société moderne et solidaire ■

¹ **Étude réalisée sur 1,5 million d'assurés en santé des mutuelles et mutuelles d'assurance du groupe d'assurances mutuelles Covéa, pour leurs 240 000 séjours hospitaliers de l'année 2015.**

² **4,7 milliards d'euros sur les soins hospitaliers inscrits dans les Comptes nationaux de la santé, auxquels s'ajoutent les prestations connexes telles que les chambres particulières.**

³ **« Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé », HCAAM 2018.**

⁴ **Règlement général de protection des données, article. 6.d.**

LECTURE D'ÉTÉ





12 ans après sa création, UNÉO a-t-elle gardé sa vocation originelle ou est-elle devenue la mutuelle de tout le monde ?

Unéo est née de la fusion de l'activité santé de trois mutuelles - la Caisse nationale du gendarme, la Mutuelle nationale militaire et la Mutuelle de l'armée de l'air. Une petite précision tout de même : certaines de ces mutuelles créatrices avaient déjà fêté leur cinquantenaire voire leur centenaire !

QUENTIN BERIOT

DIRECTEUR GÉNÉRAL D'UNÉO

L'objectif était alors de s'adapter à un environnement marqué par un fort mouvement de concentration lié au poids des contraintes réglementaires... mais aussi à l'impérieuse nécessité de créer des protections spécifiques pour une population qui, par définition, affronte des risques spécifiques. Être fonctionnaire n'est pas une profession, c'est un statut, et le bon sens montre que sous un même statut, l'on peut exercer des métiers très divers, impliquant des conditions de travail, des exigences, des risques extrêmement différents.

Hormis leur statut de fonctionnaire, qu'y a-t-il de commun entre un instituteur, un diplomate, un hospitalier et un militaire ? À chaque métier, ses obligations, ses risques, ses aléas.

Unéo, qui a pour mission de protéger ceux qui nous protègent (un leitmotiv qui nous mobilise), affirme sa dimension affinitaire dans son plan stratégique. Intégrer un grand groupe, ou même nous ouvrir à des populations par trop diversifiées, pourrait présenter un péril majeur pour notre efficacité. En effet, par une tendance (hélas assez naturelle désormais) vers l'uniformisation, nous pourrions altérer notre capacité à répondre de façon adaptée aux risques de nos adhérents issus de la communauté défense. Il ne s'agit pas de nous démarquer pour le plaisir d'être différent, mais de revenir à cette idée simple et logique qu'aime à répéter

INTERVIEW RÉALISÉE PAR MICHEL HANNOUN



notre président, l'ingénieur général de l'armement, Marc Leclère : « Quand on est la mutuelle de tout le monde, on est la mutuelle de personne ! ». Nous faisons partie de ces mutuelles qui, par vocation, sont tenues de faire du « singulier ». Notre gouvernance politique y tient beaucoup.

Pensez-vous réellement qu'il existe une dimension affinitaire ou communautaire qui nécessite d'être mise en avant ? Ne pourrait-on pas simplement disposer d'options ad hoc pour gérer ces risques spécifiques ?

Protéger les autres, c'est ce qui rassemble les membres de la communauté militaire. Chez Unéo, nous nous posons en permanence la même question : Que pouvons-nous apporter à nos adhérents pour mieux les accompagner

chaque jour ? Qu'il s'agisse de la vie quotidienne de leur famille, par exemple dans les moments forts d'un départ en OPEX, ou d'un énième déménagement.

Qu'entendez-vous par solidarité communautaire ? En quoi serait-elle une nécessité ?

La France a un système d'Assurance maladie à deux étages : le premier étage est assuré par le socle universel et solidaire de la Sécurité sociale ; le second relève des OCAM¹, acteurs institutionnels du privé. Ce socle permet une fondation solide pour la mutualisation entre les citoyens et constitue ainsi l'un des derniers ciments de notre modèle social. Pourquoi se priverait-on d'adapter ce second étage aux caractéristiques spécifiques de communautés de métier : brûlure par le feu pour un pompier, accident par manipulation d'armes pour un militaire ? Quoi de plus cohérent ?!

En quoi serait-il utile et même rationnel de prévoir

L'ÉTAT S'ARROGE PROGRESSIVEMENT LE MONOPOLE DE LA SOLIDARITÉ...

Sans parler des coups durs, voire des drames comme l'hospitalisation ou le décès. Bien sûr, nous savons que la solidarité s'exprime dans la protection sociale, mais elle peut – et doit – se décliner bien au-delà, c'est-à-dire dans une solidarité communautaire.

un même dispositif de prise en charge spécifique des Troubles sonores aigus (TSA) pour une population civile où cette affection est, fort heureusement, plus que marginale... alors qu'elle est très fréquente chez les militaires. Autre exemple très concret : est-il acceptable de faire supporter l'ensemble des risques pris lors d'une opération au Mali à un

commerçant qui n'ira jamais hors de nos frontières, risquer sa vie pour son métier ?

Ces exemples prouvent qu'il est pertinent, et j'ose dire parfois vital, de prévoir des mécanismes d'indemnisation adaptés à ces différences de métier.

Pour un organisme privé, couvrir un risque ne peut se concevoir qu'à deux conditions : d'une part, l'existence d'un aléa et d'autre part une mutualisation du risque. Enfin, pour que cette couverture soit efficace, aléa et mutualisation doivent se concevoir par nature de risque spécifique. Dès lors, la cotation de la couverture de ces risques spécifiques par l'assureur est nécessairement très différente.

Mais les évolutions réglementaires successives - fin des clauses de désignation ou plus récemment la résiliation infra-annuelle - permettent-elles encore d'exprimer des solidarités communautaires ?

Effectivement, l'État a progressivement incité les OCAM à entrer en concurrence ! Au lieu de favoriser l'émergence ou le renforcement de ces « solidarités intermédiaires » - par profession, ou intergénérationnelles - l'État a engagé une sorte de marchandisation de la Protection sociale via les ouvertures à la concurrence.

Et nous n'avions vraiment pas besoin de cela ! Notre système fait déjà face à d'énormes défis. La digitalisation, les réseaux sociaux, Internet fournissent de plus en plus de données que l'Intelligence artificielle transforme en profils de risque plus précis, voire prospectifs. En pratique, l'intérêt de disposer des données sur les profils de citoyens (profession, habitation, consommation, et autres incursions dans la vie privée) est majeur. En théorie, ces données permettraient de tarifier de façon individualisée et procureraient un avantage concurrentiel à qui voudrait n'assurer que les « bons » risques et laisser aux autres les « mauvais »... Et de la théorie à la pratique, il n'y a parfois qu'un pas.

Vous voulez dire que cette manière de faire pourrait aller jusqu'à faire exploser ces solidarités intermédiaires dont vous défendez le caractère nécessaire et incontestable ?

Oui et, de plus, se posent alors des questions simples :

- Peut-on admettre une tarification individualisée qui profite à certains profils-types, par exemple: homme, 25-45 ans, pleine santé, sportif, habitant une grande ville, travail sédentaire ?
- Faut-il, a contrario, prendre en compte les constats suivants : près d'1 Français sur 2 est en surpoids, 1 sur 5

L'ÉTAT A ENGAGÉ UNE SORTE DE MARCHANDISATION DE LA PROTECTION SOCIALE VIA LES OUVERTURES À LA CONCURRENCE

est obèse, un 1 sur 7 souffre d'un handicap, 1 sur 5 est en Affection longue durée (ALD), 1 sur 20 est diabétique... Sans compter les 400 000 cancers qui sont déclarés chaque année ?

- Peut-on accepter que pour un même niveau de couverture, un jeune homme de 20 ans paye 20 euros par mois, alors qu'un homme de 80 ans doit payer 130 euros ?

Ce fantasme de « l'assurance santé individuelle à tarif personnalisé » me paraît contradictoire avec une conception solidaire. Il est même socialement mortifère. Si le rôle de l'État est de garantir une réglementation qui limite toute segmentation sur des déterminants de santé liés à des critères sociaux ou éducatifs, notre métier d'OCAM consiste à couvrir des risques spécifiques en les mutualisant.



Et vous dites que cette « solidarité intermédiaire » pourrait aller au-delà de l'assurance ?

Naturellement, on peut citer des domaines comme la prévention, le maintien du lien social, ou encore les difficultés de pouvoir d'achat.

Dans le domaine de la prévention, pour avoir un véritable impact, les politiques doivent être menées sur le long terme. En effet, le découplage temporel entre investissement et retour sur investissement potentiel² a une conséquence fâcheuse : la prévention du risque n'est pas simplement négligée, elle est considérée comme un sujet secondaire. En revanche, au sein d'une communauté, un OCAM peut agir et définir de véritables politiques de prévention. C'est dans ce

contexte qu'AG2R a pu mettre en place des dispositifs efficaces auprès des coiffeurs ou des boulangers ou qu'Unéo déploie des accompagnements ad hoc pour la récupération physique et psychologique ou pour la prise en charge adaptée des Troubles sonores aigus.

Vous parliez aussi de contribuer à maintenir du lien social ?

C'est aussi, et surtout dans les difficultés et les crises, que se mesure la solidarité. Par exemple, ces derniers temps, qu'il s'agisse de la Covid-19, des inondations de l'Aude ou du drame de Saint-Martin-Vésubie, de nombreuses actions ont été menées afin d'éviter le syndrome du glissement³ : les personnes seules ont été régulièrement appelées. Par ailleurs, des

soutiens financiers immédiats ont facilité le relogement de familles qui ont tout perdu.

Plus emblématique encore, Unéo a mis en place un dispositif inédit dans l'assurance : pendant les mois de confinement, tous les militaires ont été considérés comme assurés et donc protégés par Unéo. Ce témoignage de solidarité n'est possible que parce que l'on sait définir le périmètre de la communauté.

Mais l'animation d'une communauté s'exprime aussi dans la vie quotidienne. Unéo est co-fondateur de Skyrock PLM (Pour les militaires), mobiradio qui appuie les écoles militaires, contribue à la vie des associations ou favorise l'échange de nouvelles. C'est aussi une façon, à la mesure de ses

moyens, de participer aux enjeux de recrutements mais aussi de contribuer à l'épanouissement de la base arrière. C'est-à-dire la famille qui est un levier important de fidélisation dans les forces armées.

Qu'est-ce que vous imaginiez pour le pouvoir d'achat ?

Nous proposons à notre communauté de disposer de solutions conçues exclusivement pour ses membres. Par exemple, une assurance emprunteur sans exclusion (y compris pour le parachutisme, la plongée, etc.), des accords avec de grandes enseignes pour bénéficier des meilleurs prix « en tout temps, en tous lieux et en toutes circonstances ». Dans ce même esprit, Unéo a décidé de poursuivre cette solidarité en 2021 : pas d'augmentation des cotisations de santé, pas de répercussion intégrale de la taxe Covid et reversement à ses adhérents (sous forme de rétrocessions de cotisations) d'une partie significative de ses excédents.

Unéo n'aurait pu s'engager de la sorte sans cette dimension affinitaire, sans la mutualisation des risques, sans la cohésion naturelle de toute communauté (où le bouche-à-oreille est si déterminant). J'ajoute que c'est aussi la fidélité de nos adhérents dans le temps qui nous permet de

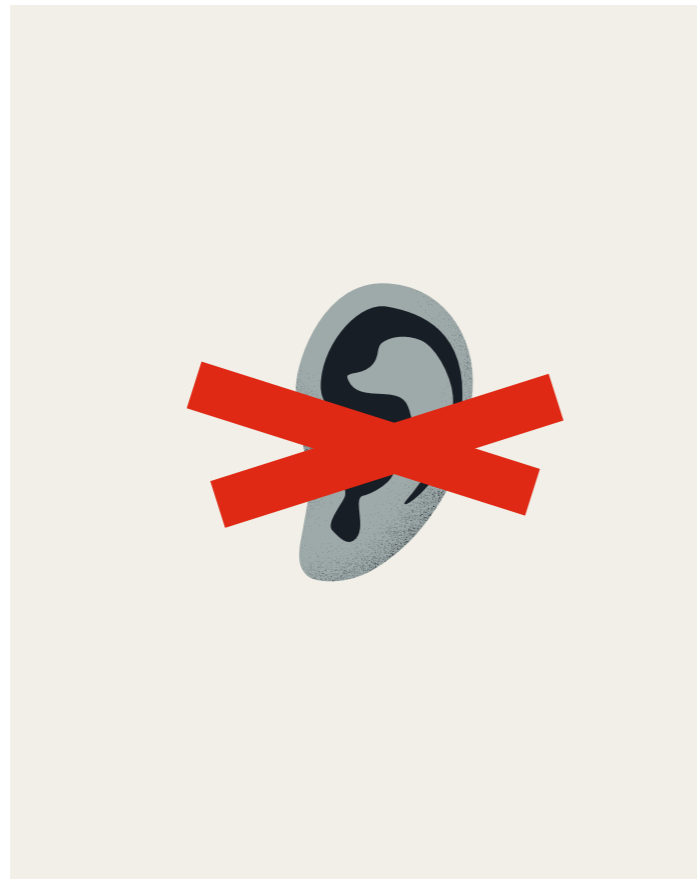
développer ces dispositions exceptionnelles.

Comment voyez-vous dans ce contexte les réflexions relatives à la protection sociale des fonctionnaires ?

Les conclusions de la mission inter-inspections (IGF, IGA et IGAS)⁴ sur la deuxième vague de référencement dans la fonction publique d'État sont sans appel : l'ouverture à la concurrence a fragilisé le dispositif ! Amorcée en 2005, dès la mise en place du dispositif de référencement dans la fonction publique d'État, la participation

financière de l'État pour la Protection sociale complémentaire des agents a diminué de près de 40 % entre le premier et le deuxième référencement. Mais, au-delà de cette diminution, la mission observe également que la « volonté d'améliorer le rapport garanties/prix s'est parfois traduite par une ouverture en trompe-l'œil » (le choix des termes est parlant !) et a encouragé « des comportements d'anti-sélection pour capter les meilleurs risques⁵ ».

L'État s'arroge progressivement le monopole de la solidarité... Mais je suis con-



vaincu que le système de Protection sociale ne peut être efficace que s'il existe des solidarités intermédiaires entre la Sécurité sociale - qui est l'expression de la solidarité nationale - et le libre choix du citoyen. Aux confins des univers public et privé, les OCAM (tout comme les Instituts de prévoyance pour les régimes de retraite) constituent ce maillon entre les régimes de base et l'Assurance. Et j'utilise ici le mot maillon à dessein puisqu'il est par définition intermédiaire, complémentaire, indispensable à toute chaîne de solidarité.

Les OCAM sont les garants d'une « solidarité intermédiaire » qui s'est développée au fil du temps dans certaines branches professionnelles, ou, pour les grandes entreprises, au moyen de couvertures collectives, ou encore tout simplement à la faveur de l'histoire communautaire de certaines professions.

Si le dispositif mis en place par l'État devait standardiser et nier les différences, s'il devait au prétexte d'une concurrence débridée amener à casser la solidarité entre les générations, alors ce serait un échec. Les OCAM ont donc la responsabilité de ne pas baisser les bras face aux pouvoirs publics. Leur mutisme contribue à encourager le système de santé à deux vitesses qui se profile.

L'assentiment silencieux à propos d'une inéluctable marchandisation de l'assurance santé est en soi inacceptable. Faut-il attendre pour réagir que les Français - enfin déconfinés - décident de redescendre dans les rues ? Quel renoncement nous retient d'empoigner ces problèmes avant qu'ils ne deviennent patents pour tous et constituent alors un énième sujet de contestation, de clivage, de discorde ? C'est une question que nous devons nous poser collectivement ■

¹ **Organisme complémentaire d'assurance maladie.**

² **Il faut compter un minimum de 5 à 10 années de stabilité d'un portefeuille mutualisé pour qu'un dispositif de prévention porte ses fruits.**

³ **Le « syndrome de glissement » est une affection qui touche essentiellement les personnes âgées. Il s'agit, à la suite d'un événement grave, d'une détérioration rapide de l'état général qui peut conduire jusqu'à la mort.**

⁴ **Inspection générale des finances, Inspection générale de l'administration, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale.**

⁵ **Rapport sur Protection sociale complémentaires des agents publics (FPE/FPT), juillet 2019.**



ASSURANCE MALADIE COMPLÉMEN- TAIRE ET SI LE MONDE DE DEMAIN NE RESSEM- BLAIT PAS AU « MONDE D'APRÈS » ?

PAR ÉRIC BADONNEL

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE NATIONALE
SUPÉRIEURE DE SÉCURITÉ SOCIALE (EN3S)

**LA CRISE
SANITAIRE
NOUS A
RAPPELÉ
CETTE
ÉVIDENCE : IL
EST DIFFICILE
DE PRÉVOIR
L'AVENIR
ET DE S'Y
PRÉPARER.**

La crise sanitaire nous a rappelé cette évidence : il est difficile de prévoir l'avenir et de s'y préparer. C'est le propre de l'assurance que de se tourner vers le futur et d'identifier les risques. Celle-ci a précisément pour fonction d'évaluer l'aléa pour prévenir les sinistres et à

défaut pour les indemniser. L'épidémie conduit aujourd'hui les professionnels de ce secteur d'activité à s'interroger sur l'évolution de leurs métiers à long terme. C'est le cas, en particulier, pour l'Assurance maladie complémentaire.

Les années 2020 et 2021 pourraient bien marquer un tournant. Pendant le premier confinement au printemps 2020, des espoirs ont parfois été formulés. Le « monde d'après », disait-on, réhabiliterait la dépense publique. En était-il vraiment besoin ? Elle atteignait déjà 55,6 % du produit intérieur brut en 2019. Ce « monde d'après », ajoutait-on, revaloriserait aussi le secteur non lucratif et les activités non commerciales. Il rendrait enfin justice aux métiers

et aux personnels du « care ». Il n'est pas certain que le monde de demain ressemble à cette utopie.

La gestion de la crise sanitaire montre l'importance stratégique de l'État, de la Sécurité sociale et de l'Assurance chômage pour organiser et permettre l'accès aux soins et pour pallier les difficultés économiques et sociales causées par l'épidémie comme par le confinement. À bien des égards, les erreurs ou les insuffisances constatées ne remettent pas en cause le haut niveau de Protection sociale obligatoire. Elles illustrent, au contraire, l'urgence de réformer l'État-Providence afin de le renforcer.

Cela n'augure pas pour autant, au sortir de la crise, l'avènement d'une ère révolutionnaire dans laquelle le niveau de la dépense publique, donc

celui des prélèvements obligatoires ou de la dette, et leur impact sur la compétitivité de l'économie ne compteraient plus. Selon toute vraisemblance, le monde de demain ne devrait être précédé d'aucun grand soir.

LE MONDE D'AVANT

Dans le monde d'avant la crise sanitaire, l'Assurance maladie complémentaire tendait à devenir de moins en moins visible. Sa généralisation s'était poursuivie, pour les salariés dans le cadre des contrats collectifs. Du fait, notamment, du renforcement des règles prudentielles, les opérateurs se concentraient. Ils essayaient, avec des fortunes diverses, de constituer des groupes couvrant plusieurs risques et mêlant parfois des gouvernances différentes : mutuelles, entreprises

d'assurances et institutions de prévoyance. Leurs offres tendaient à s'homogénéiser dans le cadre des contrats responsables et avec l'amélioration de la lisibilité des garanties. Leurs interventions, avec le développement du tiers payant, se faisaient plus discrètes aux yeux des assurés.

Les remboursements des organismes complémentaires d'Assurance maladie représentaient 13,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2019, contre 78,2 % pour ceux de l'Assurance maladie obligatoire. Ces chiffres rendent mal compte du rôle tenu par l'Assurance maladie complémentaire dans l'accès aux soins. Ce rôle ne se réduit pas au financement, notamment dans le cadre du « 100 % Santé », des prothèses dentaires, des équipements d'optique et des audioprothèses. Les patients hospitalisés le savent bien, comme ceux qui souffrent à la fois d'une affection de longue durée et d'autres pathologies, ou ceux qui doivent recourir à des dispositifs médicaux.

Dans leur volonté d'équilibrer les comptes sociaux, les pouvoirs publics ont d'abord procédé à des remboursements et à des transferts de charge de l'Assurance maladie obligatoire vers l'Assurance maladie complémentaire. Mais le coût politique de ces opérations était élevé. Assez vite, ils ont préféré prélever des taxes sur l'Assurance maladie complémentaire ou recouvrer auprès d'elle le remboursement global, a posteriori, de dépenses avancées par l'Assurance maladie obligatoire. Taxe de solidarité additionnelle, forfait patientèle médecin traitant : sur une année, l'ensemble des prélèvements atteint désormais, pour un contrat,

près de deux mois de cotisation. L'organisme complémentaire d'Assurance maladie doit assumer, auprès de ses assurés, une responsabilité qui n'est pas la sienne : l'aggravation de cette charge qu'il ne peut rattacher à aucun service qu'il leur dispenserait lui-même. Les prestations ainsi financées par l'Assurance maladie complémentaire n'apparaissent pas comme telles, y compris aux professionnels de santé. Dès lors, celle-ci est de plus en plus le financeur indirect d'un système complexe perçu comme opaque.

LE MONDE DE PENDANT

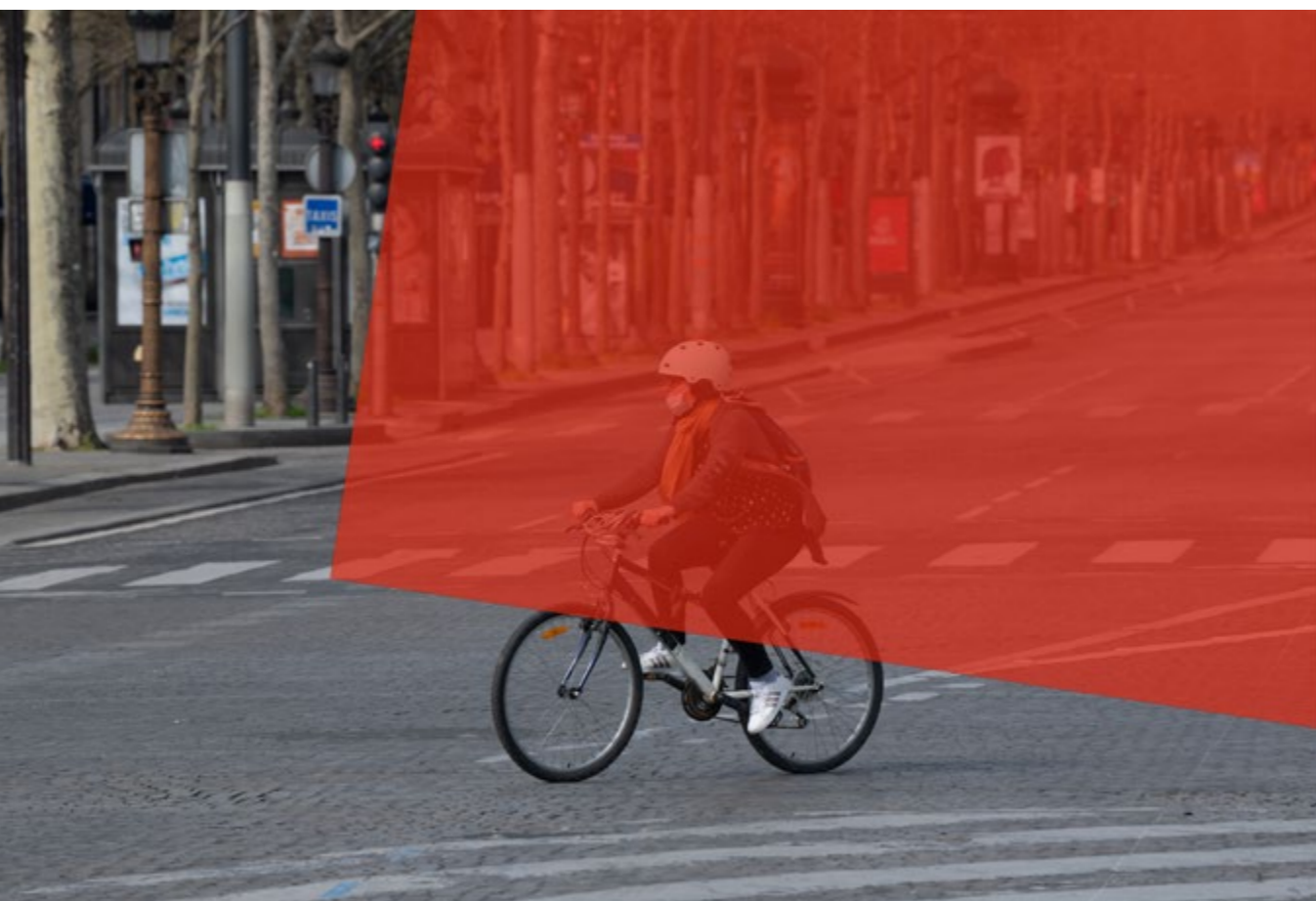
Pendant le confinement du printemps 2020, des patients ont annulé ou reporté leurs rendez-vous médicaux. Ils ont renoncé à contacter leurs professionnels de santé. Des interventions ont été déprogrammées. Par ailleurs, l'Assurance maladie obligatoire a assoupli l'encadrement de la téléconsultation qu'elle a prise en charge à 100 %. Elle a aussi financé intégralement les tests de dépistage. Les dépenses des organismes complémentaires d'Assurance maladie ont été réduites d'autant.

Leurs représentants affirmaient qu'ils ne pourraient mesurer les

retombées de la crise sanitaire qu'à partir de 2021, au vu du rattrapage des soins, des impayés de cotisation liés à la fragilisation de nombreuses entreprises ou du maintien des garanties santé et prévoyance.

Quoi qu'il en soit, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a visé à compenser une petite partie du surcroît de dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire, au moment où les organismes complémentaires

À BIEN DES ÉGARDS, LES ERREURS OU LES INSUFFISANCES CONSTATÉES NE REMETTENT PAS EN CAUSE LE HAUT NIVEAU DE PROTECTION SOCIALE OBLIGATOIRE. ELLES ILLUSTRONT, AU CONTRAIRE, L'URGENCE DE RÉFORMER L'ÉTAT-PROVIDENCE AFIN DE LE RENFORCER.



d'Assurance maladie faisaient des économies. Le texte prévoyait d'augmenter la taxe de solidarité additionnelle sur deux ans : un milliard d'euros sur l'exercice 2020, 500 millions d'euros sur l'exercice 2021. Ce montant pouvait être ajusté en fonction de l'évolution du déficit.

Selon qu'ils concentraient leur activité sur l'assurance complémentaire santé ou qu'ils couvraient également d'autres risques, les opérateurs étaient partagés. Les représentants des premiers n'excluaient pas un versement volontaire, en appui du partenaire qu'est l'Assurance maladie obligatoire. Les autres ne souhaitaient pas devancer le vote d'une taxe. Au final, cette ligne a prévalu.

Rapportée au déficit de la branche maladie - 32,2 milliards d'euros pour le régime général en 2020 et une prévision de 19,7 milliards d'euros en 2021- cette contribution pouvait paraître symbolique. Toutefois, l'aggravation de la pression fiscale

sur les contrats d'assurance complémentaire santé était significative. De surcroît, la mesure s'inscrivait dans la continuité des décisions qui, depuis des années, avaient rendu l'intervention de l'Assurance maladie complémentaire de moins en moins visible.

LE MONDE DE DEMAIN

Pendant le confinement du printemps 2020, les organismes complémentaires d'Assurance maladie ont parfois donné le sentiment de rester à l'arrière de la crise sanitaire, à l'exception notable des services de soins et d'accompagnement mutualistes qui étaient mobilisés sur le front de l'épidémie. Le prélèvement exercé sur l'Assurance maladie complémentaire pose d'une autre façon la question de l'utilité sociale de ces opérateurs privés. Celle-ci ne serait-elle que financière ? Se réduirait-elle à la fonction des fermiers généraux sous l'Ancien Régime, à savoir : servir d'intermédiaire dans la collecte des ressources qui sont nécessaires à la puissance publique ?

Si tel était le cas, la pérennité de l'Assurance maladie complémentaire ne manquerait pas de redevenir un enjeu du débat politique en 2022, comme elle l'avait été en 2017. Certes, dissoudre l'Assurance maladie complémentaire dans l'Assurance maladie obligatoire augmenterait encore le taux apparent des prélèvements obligatoires que les marchés financiers observent avec attention : 44,1 % du produit intérieur brut en 2019.

L'accroissement considérable de la dette sociale pendant l'épidémie pourrait changer la donne. Il y a fort à parier que de nouveaux efforts financiers ne tarderont pas à être demandés à l'Assurance maladie obligatoire. Se traduiront-ils par des coups de rabot et par

des transferts de charge vers l'Assurance maladie complémentaire ? Le monde de demain pourrait bien différer du monde d'avant, celui qui a précédé la crise sanitaire. Finie, l'invisibilité ? Pour autant, rien n'indique que cette ère nouvelle puisse ressembler au « monde d'après » et à ses utopies.

Les enjeux pourraient ne pas être seulement financiers. Au fond, la pertinence de l'organisation de la couverture contre le risque maladie devrait elle-même être réinterrogée. Aujourd'hui, un gros acteur public et plusieurs petits opérateurs privés remboursent souvent les mêmes prestations. Ce « copaiement » n'est pas le plus efficace au regard des coûts de gestion. Mais, surtout, il n'est sans doute pas le plus efficace en matière de gestion du risque. Les organismes complémentaires d'Assurance maladie ne peuvent intervenir que marginalement dans l'organisation de l'offre de soins ainsi que dans la gestion et le contrôle de la plupart des dépenses de santé, y compris, malgré l'efficacité de leurs réseaux de soins, dans les domaines où ils sont les premiers financeurs.

L'heure est-elle venue d'une redéfinition des paniers de soins et biens médicaux : celui pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et celui qui pourrait relever demain, au premier euro, de l'assurance maladie complémentaire ? Cela est-il possible dans le respect des principes qui fondent notre système de Protection sociale, ceux énoncés dans le Préambule de la Constitution de 1946 ? Il est vrai que la généralisation de la couverture complémentaire santé et l'encadrement croissant des garanties pourraient faciliter cette réforme.

PENDANT LE CONFINEMENT DU PRINTEMPS 2020, LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE ONT PARFOIS DONNÉ LE SENTIMENT DE RESTER À L'ARRIÈRE DE LA CRISE SANITAIRE, À L'EXCEPTION NOTABLE DES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTES QUI ÉTAIENT MOBILISÉS SUR LE FRONT DE L'ÉPIDÉMIE.

En tout état de cause, les organismes complémentaires d'Assurance maladie vont devoir démontrer rapidement leur capacité à entreprendre et à innover de nouveau pour regagner des marges de liberté. Ils doivent développer des prises en charge pertinentes et efficaces, à même de réduire les inégalités sociales et territoriales dans l'accès à la santé. Leur rôle, en effet, n'est pas seulement de rembourser des soins et des biens médicaux utiles. Il est aussi et surtout, par des conseils, du suivi et de l'aide à l'orientation, de proposer des services qui permettent aux assurés d'accéder à la santé au sens large : prévention, soins, accompagnement médico-social, activité physique adaptée...

Le développement de ces services, en lien avec des professionnels de santé, ne saurait être abandonné, sans grande régulation, aux seuls acteurs du numérique. Les organismes complémentaires d'Assurance maladie doivent, d'une part, continuer à mutualiser les prises en charge et, d'autre part, personnaliser davantage leur offre de services. La sélection des risques et la tarification du risque individuel doivent rester proscrites. Naturellement, cette personnalisation des services autour de l'assuré doit préserver sa vie privée et garantir la protection de ses données de santé.

Il est difficile de prévoir l'avenir et de s'y préparer. Mais avec de l'innovation, de l'autonomie, un peu d'agilité, du traitement de données et des principes, il y aura un monde de demain, dans un cadre solidaire, pour l'Assurance maladie complémentaire ■





L'ABSURDE ET INJUSTE TAXATION

DES CONTRATS D'ASSURANCE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

PAR ROMAIN GUERRY

DIRECTEUR DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES
DU GROUPE VYV

AVEC LA CRISE COVID, LES FRANÇAIS VONT DÉCOUVRIR QU'ILS SONT LOURDEMENT TAXÉS SUR LEUR CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ. EN EFFET, LE GOUVERNEMENT A CRU BON DE FAIRE PAYER LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ POUR ÉPONGER LES PERTES DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE. UNE « CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE » DITE « DE SOLIDARITÉ » DE 2,6 % SERA AINSI PRÉLEVÉE SUR CHAQUE CONTRAT D'ASSURANCE SANTÉ, SOIT ENVIRON 1,5 MILLIARD D'EUROS EN DEUX ANS¹.

A

vec la crise Covid, les Français vont découvrir qu'ils sont lourdement taxés sur leur contrat d'assurance santé. En effet, le Gouvernement a cru bon

de faire payer les complémentaires santé pour éponger les pertes de l'Assurance maladie obligatoire. Une « contribution exceptionnelle » dite « de solidarité » de 2,6 % sera ainsi prélevée sur chaque contrat d'assurance santé, soit environ 1,5 milliard d'euros en deux ans¹. Ceci est l'occasion de rappeler que les contrats d'assurance santé sont déjà taxés à hauteur de 14,07 % sur les cotisations qu'ils versent à leur complémentaire santé par le biais d'une « Taxe de Solidarité Additionnelle » ou TSA (13,27 %) et d'une contri-

bution pour le financement du forfait patientèle médecin traitant (0,8 %).

Peu de gens sont au fait de cette taxation, car c'est l'organisme d'assurance (mutuelle, société ou institut de prévoyance) qui fait office de percepteur. Il collecte et reverse ensuite. Si l'opération est opaque pour l'assuré, elle ne l'est pas pour son portefeuille.

Relativement récente dans la riche histoire de la fiscalité française, la TSA a connu une belle prospérité depuis sa création. À l'origine modeste, 1,75 % de la cotisation, elle a cru de plus de 650 % en moins de 15 ans. Et ce n'est pas fini ! La hausse devrait se poursuivre « dans une fourchette de 3,8 à 6,6 points » si l'on en croit un rapport de la Cour des comptes de 2015². Espérons pour le pouvoir d'achat des Français que le forfait patientèle ne connaisse pas le même succès.

Le rendement actuel de la TSA dépasse les 5 milliards d'euros, soit le tiers de l'ensemble des taxes sur les contrats d'assurance. Pourtant, la santé ne représente que 28 % du marché français de l'assurance (hors assurance-vie), signe d'une surtaxation manifeste.

La progression exponentielle de cette taxe au fil du temps s'expliquerait-elle parce que le législateur a voulu sanctionner un comportement nocif ? Taxerait-il la complémentaire santé pour décourager les individus de s'assurer, comme il taxe le tabac pour les dissuader de s'intoxiquer ? Il n'en est rien, puisque le législateur croit bon par ailleurs d'encourager les Français à acquérir une complémentaire santé. Il leur accorde pour cela entre 6 et 7 milliards d'aides publiques par an, d'ailleurs très mal répartis entre les Français puisque les seniors qui en auraient le plus besoin en sont exclus.

Mais alors pour quelles raisons ? S'agit-il de taxer la poule aux œufs d'or ?

Pas davantage. En 2018, les complémentaires santé ont réalisé 436 millions d'euros de marges, soit un excédent d'à peine 1,1 % de leur chiffre d'affaires (37,6 milliards d'euros). Cette activité est donc peu rentable. Encore faut-il différencier les différents intervenants du marché. Ceux à but non lucratif (67 % du marché), les mutuelles et les institutions de prévoyance ont logiquement des résultats inférieurs (respectivement 1,2 % et -2,4 %), aux sociétés d'assurance à but lucratif (2,9 %)³. Que finance la TSA ?

Une première part finance la complémentaire santé solidaire pour un peu plus de 2,8 milliards. De fait, il existe une solidarité entre les personnes qui ont une complémentaire et celles qui n'ont pas les moyens de s'en offrir une. Cette situation pose, cependant, un sérieux problème d'égalité devant l'impôt. La participation au financement de la CSS ne dépend pas du niveau de revenu de chacun mais du tarif de la complémentaire santé choisie, et donc du besoin de couverture santé. Un individu ayant de faibles ressources mais besoin d'une complémentaire santé de haut niveau, donc plus chère, payera plus de TSA qu'un individu aisé qui disposerait d'une complémentaire moins protectrice. La CSS étant une politique de solidarité nationale, son financement ne devrait-il pas être équitablement supporté par tous les contribuables ?

Le produit restant de la TSA alimente les caisses de la Sécurité sociale.

Résumons. Les Français ont recours aux complémentaires santé, notamment parce que la Sécurité

socialisée ne rembourse pas suffisamment certaines dépenses (optique ou dentaire par exemple), encouragés en cela par des aides publiques mais aussi parce qu'ils y sont contraints par la loi (obligation d'assurance pour les salariés). Mais lorsque ces mêmes Français disposent d'une complémentaire santé, ils sont alors lourdement taxés pour financer la Sécurité sociale. Difficile d'imaginer tuyauterie plus complexe, et moins logique.

On le voit, l'empilement par les gouvernements successifs de mesures les unes sur les autres a produit un système injuste et absurde.

Il est donc temps de remettre du sens dans l'architecture de notre Protection sociale contre la maladie, en mettant au cœur des principes d'équité, de simplicité et de solidarité. Cela devrait commencer par une réduction de la taxe qui pèse sur les personnes qui doi-

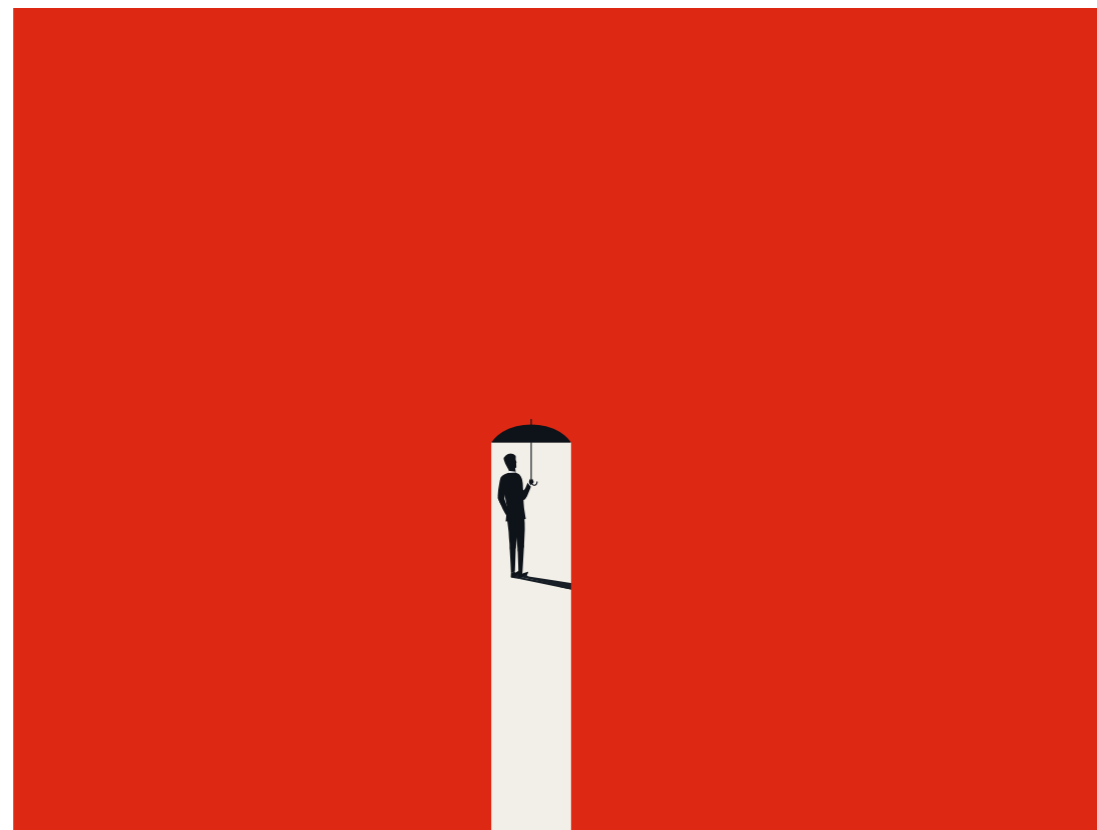
vent s'assurer pour leur santé ■

L'EMPILEMENT PAR LES GOUVERNEMENTS SUCCESSIFS DE MESURES LES UNES SUR LES AUTRES A PRODUIT UN SYSTÈME INJUSTE ET ABSURDE.

¹ **Sous réserve de dernière surprise dans le PL-FSS 2021 !**

² **Cour des comptes, le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, mai 2015, p. 15.**

³ **Rapport 2019 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES.**



CÉCILE WAQUET

ASSOCIÉE
CHEZ YCE PARTNERS



Le territoire a acquis ses lettres de noblesse dans le débat sur l'organisation de la santé. L'unanimité des acteurs ne cache-t-elle pas des approches différentes et parfois opposées notamment entre le public et le privé ? Comment concilier unité d'action et pluralité des acteurs ?

Cécile Waquet : Le territoire est effectivement essentiel. Les problèmes de santé de la Creuse ne sont pas les mêmes que ceux de Paris ou des périphéries des grandes villes : la structure démographique, la densité de population, le niveau de chômage, la nature des activités professionnelles les influencent fortement. L'offre de santé n'est pas la même non plus, notamment la densité de professionnels et de structures de santé. Il est donc essentiel de reconnaître le rôle des territoires dans les réponses à apporter aux problèmes de santé. C'était le sens du discours d'investiture du Premier ministre Jean Castex cet été. C'était déjà aussi l'un des objectifs de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi HPST), portée par la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, en 2009. C'est également dans cet esprit qu'a été créé en 2016 le cadre juridique des communautés professionnelles territoriales de santé et que sont aujourd'hui réhabilités les hôpitaux de proximité.

En pratique, force est de constater que l'objectif n'est pas encore pleinement atteint. Sa réalisation suppose beaucoup de souplesse. Lorsque j'ai travaillé en 2013 avec plusieurs gériatres sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, j'ai constaté qu'il fallait être pragmatique et reconnaître que les territoires pouvaient s'organiser chacun à leur façon pour traiter un problème : la qualité de l'organisation dépend

beaucoup des initiatives prises par les hommes et les femmes qui sont sur ce territoire. Ainsi, pour coordonner l'action des différents professionnels de santé autour de la personne âgée, peu importe, finalement, que ce soit, par exemple, un médecin ou un infirmier qui prenne l'initiative : l'essentiel, c'est qu'une dynamique collective et pluridisciplinaire soit créée. C'est pourquoi il est important de laisser beaucoup de souplesse aux acteurs locaux qui, mieux que l'État, connaissent les atouts et les contraintes de leurs territoires.

Plutôt que des schémas imposés, on attend surtout de la puissance publique une évaluation des résultats. À cet égard, YCE Partners a lancé récemment YCE D (data), qui, par une analyse des données sur les territoires, peut contribuer à faciliter ce travail.

IL N'Y A PAS DE RAISON D'OPPOSER PUBLIC ET PRIVÉ, A FORTIORI EN PÉRIODE DE CRISE

Pour répondre au deuxième volet de votre question, tous les acteurs sont nécessaires sur un territoire. Il n'y a pas de raison d'opposer public et privé, a fortiori en période de crise. Nous avons vu que les cliniques privées, souvent ignorées au début de la première vague de l'épidémie, ont été mobilisées pendant la seconde : c'est la preuve qu'elles étaient indispensables. Il est positif qu'une coordination entre hôpitaux publics et cliniques privées se soit mise en place. Cette solidarité intraterritoriale entre acteurs limite les transferts

de patients d'une région à l'autre. Étant passée du public au privé, j'ai pu constater que, même si les logiques économiques sont différentes, les objectifs poursuivis sont en grande partie les mêmes - pour des établissements de santé, soigner ; pour des organismes d'assureurs, couvrir au mieux les assurés et prévenir les risques ; pour la DRH d'une entreprise privée, prendre soin le mieux possible de la communauté des salariés.

Une mutation importante du secteur des complémentaires santé est en cours, quel est selon vous l'avenir de l'articulation entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires ?

C.W. : Une précision pour commencer : c'est grâce à l'intervention combinée de l'Assurance maladie de base et des organismes d'assurance santé que vous appelez « complémentaire santé » que la France présente le plus faible reste à charge de tous les pays de l'OCDE. Si je préfère parler d'organismes d'assurance santé que de « complémentaires santé », c'est parce que leur mission première n'est pas de venir en complément de l'Assurance maladie de base mais de couvrir les assurés contre le risque de ne pas rester en bonne santé. Cette nuance n'est pas anodine. Certes, de par la réglementation, ces organismes d'assurance, qui peuvent être des sociétés de personnes à but non lucratif (mutuelles, institutions de prévoyance ou groupes paritaires de Protection sociale) ou des sociétés de capitaux (sociétés anonymes d'assurance), viennent en complément de la Sécurité sociale, tout particulièrement en entreprise où, depuis 2015, ils sont devenus obligatoires.

Il ne faut toutefois pas oublier que la

plupart de ces acteurs ont préexisté à la Sécurité sociale et qu'ils ne se contentent pas de rembourser des soins : beaucoup d'entre eux proposent aussi des services de prévention et d'accompagnement ayant pour objectif de permettre aux assurés, au-delà de la couverture du risque maladie, de se maintenir le plus longtemps en bonne santé. Ces services sont malheureusement encore trop peu utilisés et donc méconnus. C'est dommage parce qu'ils répondent à de réelles attentes dans une société de la longévité où l'espérance de vie en bonne santé stagne depuis plusieurs années, où les solutions innovantes de prévention et d'accompagnement se multiplient et où les esprits sont mûrs pour les utiliser.

Les organismes d'assurance santé ont jusqu'ici été considérés comme des « complémentaires » ou des « annexes » de l'Assurance maladie de base, encadrés par des normes de plus en plus contraignantes et soumis à une fiscalisation croissante.

Il serait opportun de jeter sur eux un nouveau regard en valorisant le rôle qu'ils peuvent jouer et en facilitant la réalisation de leurs objectifs, qu'ils construisent en étroite relation

avec leurs clients, qu'ils connaissent bien. C'est tout l'objet du quatrième scénario à l'étude du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur « l'évolution de la place des complémentaires santé ».

En tout état de cause, même si l'on décidait la mise en place d'une « Grande Sécu », autre scénario envisagé, dans lequel l'Assurance maladie obligatoire absorberait les organismes d'assurance santé, il resterait de la place pour que ces derniers développent une activité autonome. En effet, compte tenu de sa situation financière, l'Assurance maladie obligatoire ne serait pas en mesure de répondre à toutes les demandes de santé, des assurances privées seraient alors nécessaires, afin de garantir l'accès à certains services de santé. Le champ serait sans doute alors plus restreint.

C'est la raison pour laquelle les acteurs de l'assurance santé ont tout intérêt à diversifier leur offre en allant sur trois terrains : simplification

des démarches médico-administratives, prévention et prévoyance. La prévoyance, entendue ici comme la couverture des pertes de revenus (notamment en cas d'arrêt de travail pour maladie, incapacité ou invalidité) est d'ailleurs une assurance

L'OBJECTIF D'UN GRAND SYSTÈME UNIVERSEL OÙ CHACUN A LES MÊMES DROITS EST ÉVIDEMMENT LOUABLE MAIS SI SA MISE EN PLACE CONDUIT À DRESSER LES UNS CONTRE LES AUTRES, ELLE RISQUE D'ABOUTIR À L'OBJECTIF INVERSE

appelée à prendre de l'importance puisque les causes d'arrêt de travail se diversifient (salariés aidant un proche dépendant, garde d'enfants...), de même que la question de la perte de revenu avec la précarité croissante et le chômage partiel. L'articulation entre assureurs publics et privés est donc appelée à évoluer et les acteurs privés ont toute leur place à occuper.

Sur le papier, le projet du gouvernement vise à mettre en place un système universel par point qui remplacera tous les régimes existants. Derrière ce principe simple se cache une réforme complexe. Quel regard portez-vous sur celle-ci ?

C.W. : Le projet de réforme des retraites, qui avait été adopté, non sans mal, en première lecture, à l'Assemblée nationale au début de l'année dernière, a été suspendu depuis la crise sanitaire. À mon avis, tant que celle-ci ne sera pas derrière nous, la réforme des retraites ne devrait pas revenir à l'ordre du jour. Derrière un objectif très simple (un euro cotisé donne les mêmes droits à chacun), c'est une réforme extrêmement complexe à la fois d'un point de vue technique et politique. Elle suppose, donc, un travail de préparation et de concertation long et minutieux et un contexte social apaisé. Pour mémoire, il s'agit de substituer un

grand système universel par répartition et par points (comme le régime Agirc-Arrco) à l'actuelle dualité entre, d'une part un régime général et un régime complémentaire, d'autre part 42 régimes spéciaux.

Sur le fond, cette réforme a pour objectif primordial de s'attaquer aux



différences entre régimes. En effet, même si depuis 2003 les réformes successives ont permis d'initier un rapprochement des règles, les régimes spéciaux, créés bien avant la sécurité sociale, bénéficient globalement de prestations plus avantageuses que le régime général alors même que, jouant sur une base professionnelle par définition plus étroite et étant confrontés, pour certains (régime des mines par exemple, en voie d'extinction) à un réel problè-

me de financement, ils font pour la plupart l'objet d'une compensation par le régime général, lui-même en proie avec ses propres difficultés de financement. Et c'est justement le deuxième objectif qui s'est invité en cours de route dans la réforme : assurer l'équilibre financier des régimes. Ce deuxième enjeu est en réalité aujourd'hui plus préoccupant que le premier, la situation s'étant encore dégradée depuis la crise sanitaire. Selon le dernier rapport du Conseil d'orientation des retraites, le déficit serait de plus de 23 milliards d'euros en 2020 et l'équilibre ne serait pas retrouvé avant 2030. Sans parler de report de l'âge de la retraite, la réforme prévoyait un âge pivot incitant les assurés à partir plus tard à la retraite.

La réforme pose de très nombreuses questions, comme celles de la pénibilité ou des périodes d'inactivité (chômage, maternité, maladie, handicap). Elle suppose aussi de s'attaquer, bien au-delà de la retraite, aux statuts des régimes spéciaux et au système de rémunération des agents publics (question des primes et des indemnités).

Il n'est pas simple de réformer un système complexe où les règles du jeu et les équilibres diffèrent d'un secteur à l'autre. Comme toute réforme qui risque de faire des perdants, celle des retraites prendra du temps.

Elle doit, pour être acceptée, s'imposer d'elle-même. L'objectif d'un grand système universel où chacun a les mêmes droits est évidemment louable mais si sa mise en place conduit à dresser les uns contre les autres, elle risque d'aboutir à l'objectif inverse. À partir du moment où le problème prioritaire est d'ordre financier, pourquoi ne pas commencer par réformer chaque régime pour régler ce problème ? Cela conduirait fatalement à aligner les règles entre les différents régimes, plus ou moins vite. Et quand les règles auront toutes été alignées, il sera possible de fusionner les régimes. Mais cela prendra du temps. Le gouvernement avait d'ailleurs prévu la « clause du grand-père », une application progressive et de longues périodes transitoires.

En tout état de cause, cette réforme n'épuise pas le sujet des retraites. La défiance des Français envers nos systèmes de retraite devrait les conduire à souscrire davantage de dispositifs de retraite supplémentaire, justement remis en valeur avec la loi Pacte.

Surtout, il faut d'abord se poser la question des priorités. Dans un contexte économique, sanitaire et social si difficile, il faut à tout prix éviter de dresser des catégories de Français contre d'autres. L'État stratège doit hiérarchiser en fonction des ur-

JE PRÉFÈRE PARLER D'AUTONOMIE QUE DE DÉPENDANCE, C'EST PLUS POSITIF. C'EST D'AILLEURS LE CHOIX QUI A ÉTÉ FAIT DANS LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

gences, sans perdre de vue une politique de long terme. L'urgence absolue aujourd'hui, c'est la gestion de la crise sanitaire, qui passe d'abord par la vaccination. Les priorités qui viennent juste après me semblent être le retour de la croissance et la réduction du chômage, ainsi que le maintien en autonomie le plus longtemps possible. Enfin, il faudra rapidement trouver une solution aux déficits des différents régimes de retraite. À mon sens, la question d'un grand régime universel, tout en étant légitime, n'est pas prioritaire pour l'instant.

Il a été souvent dit que la formation professionnelle bénéficiait à ceux qui en avaient le moins besoin. La récente réforme adoptée avant la pandémie vous semble-t-elle répondre avec efficacité à cette critique majeure ?

C.W. : Comme pour la prévention en matière de santé, la formation professionnelle risque effectivement de bénéficier à ceux qui sont déjà bien formés et n'en ont pas le plus besoin. C'est le défi majeur à relever dans les deux cas. La réforme de 2018 adoptée dans le cadre de la Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel est une grande réforme. Allant au-delà de l'accord national interprofessionnel signé sur le sujet, elle apparaît comme le point d'aboutissement de nombreuses réformes antérieures, dont celle de 2014 ayant créé le compte personnel de formation (CPF). En simplifiant le dispositif, en passant par une application numérique simple d'accès et

en convertissant les heures du CPF en euros, cette réforme devrait favoriser le développement de la formation des salariés.



Deux obstacles demeurent toutefois. Tout d'abord, les moyens financiers ne sont pas à la hauteur des ambitions : le montant cumulé reste le plus souvent insuffisant pour une formation certifiante. Ensuite, et surtout, l'approche reste trop individuelle. Le CPF ne peut pas être mobilisé sur le temps de travail sans autorisation de l'employeur. Il est dommage que l'entreprise ne soit pas davantage impliquée dans le dispositif pour véritablement encourager les salariés à recourir à la formation professionnelle. Il est dommage que le CPF n'ait pas été conçu comme un objet du dialogue social au sein de l'entreprise. En laissant les salariés se préoccuper de leur formation à titre purement individuel, on risque de passer à côté d'un levier qui serait

à la fois dans l'intérêt des salariés et des entreprises. Dans une société où les mutations technologiques sont très rapides, l'évolution des métiers et des compétences est indispensable. Tous les acteurs doivent



se mobiliser en ce sens. La formation professionnelle devrait être une préoccupation permanente, ne devrait pas rester un sujet d'ordre seulement individuel. Là aussi, c'est un enjeu pour YCE Partners, qui vient en appui de Pôle Emploi et de la DGEFP dans le cadre du Plan d'investissement dans les compétences.

Le privé doit-il prendre sa part dans la prochaine réforme sur la dépendance ? Plus globalement, comment appréhendez-vous la question du vieillissement ?

C.W. : Là aussi, je commencerais par une petite précision : je préfère par-

ler d'autonomie que de dépendance, c'est plus positif. C'est d'ailleurs le choix qui a été fait dans le Code de la Sécurité sociale. Alors que toutes les autres branches sont dénommées sous l'angle du risque à couvrir (maladie, vieillesse, famille, accidents du travail et maladies professionnelles), celle-ci est désignée par le concept opposé au risque : l'autonomie au lieu de la dépendance. Cette évolution sémantique dénote une tendance de fond de notre société : au XXI^e siècle, s'assurer contre un risque, c'est d'abord prévenir l'apparition de ce risque.

Il existe déjà sur le marché des assurances autonomie (ou dépendance) et la création de la cinquième branche ne peut que conforter ces dispositifs. En effet, cette création ne s'est pas accompagnée pour l'instant d'une nouvelle prestation publique de prise en charge de la dépendance :

à côté de l'allocation personnalisée d'autonomie, il reste donc de la place pour les assureurs privés. Il en reste d'autant plus, qu'après l'arrivée à 80 ans de la génération des baby boomers à partir de 2025, nous aurons, d'ici 2040, d'après les projections, plus de 2 millions de personnes âgées en perte d'autonomie. Jusqu'ici, l'assurance dépendance a plutôt eu du mal à décoller car les jeunes générations ont du mal à se projeter dans le grand âge. La création de la cinquième branche devrait avoir pour effet une prise de conscience. De toute façon, de plus en plus d'actifs seniors sont confrontés à la perte d'autonomie de leurs proches. Cette

expérience d'aidant souvent difficile, et à laquelle il faut aussi trouver des solutions, les sensibilise au sujet de leur propre dépendance. La proposition conjointement avancée par la FFA et la FNM d'une assurance autonomie obligatoirement adossée aux contrats santé dès l'âge actif n'a pour l'instant pas été retenue par le gouvernement.

Sur ce sujet, je trouve très intéressant le point de vue défendu par André Renaudin, directeur Général d'AG2R LA MONDIALE : une approche préventive s'appuyant sur un bilan global (médical, patrimonial, financier) à l'approche de l'âge de la retraite, permettant de décider d'examens de santé plus poussés, de changements de comportements pour rester en bonne santé (diététique, activité physique...), d'un éventuel déménagement, et pourquoi pas de souscrire une assurance autonomie. Par ailleurs, le maintien en autonomie est également un champ d'action pour les organismes assureurs, qu'il s'agisse de prévention des risques de perte d'autonomie (observance médicamenteuse pour éviter la iatrogénie médicamenteuse, maintien du lien social pour éviter la dépression, aménagement du logement pour éviter les chutes, diététique adaptée pour éviter la dénutrition), de solutions de maintien à domicile (matériel médical adapté), d'investissement dans les EHPAD ou dans des structures intermédiaires (résidences seniors) ou encore de solutions patrimoniales. Comme pour la santé, la prévoyance et la retraite, les acteurs privés ont donc toute leur place dans la couverture du risque de perte d'autonomie.

En tout état de cause, comme l'ont montré les rapports des Députées, Monique Iborra et Caroline Fiat sur

les EHPAD (mars 2018), de Dominique Libault sur le grand âge (mars 2019), et de Myriam El Khomri sur les métiers du grand âge (octobre 2019), la priorité, pour relever le défi de l'autonomie, est d'investir massivement dans le secteur médico-social afin, notamment, d'améliorer la formation et de revaloriser le statut des professionnels de ce secteur, de rénover, de moderniser et de médicaliser davantage les EHPAD, d'accroître les efforts de prévention, de mieux informer sur les problématiques gériatriques et sur les métiers de la filière gérontologique, et de créer des solutions intermédiaires entre aide à domicile et EHPAD.

Enfin, et de manière plus générale sur le sujet du vieillissement, tout l'enjeu est de s'y préparer le plus tôt possible en tenant compte de ses impacts sur tous les risques : maladie avec la montée en puissance des pathologies chroniques, emploi et prévoyance avec la problématique du vieillissement au travail et de son impact sur l'absentéisme, retraite bien entendu et donc autonomie.

Pour conclure, la Protection sociale est en perpétuelle transformation. Elle doit constamment s'adapter aux évolutions de la société. Elle doit donc fonctionner avec souplesse, quitte à tolérer des disparités selon les territoires. La Protection sociale est une matière complexe qui ne peut être réformée selon des schémas uniformes. Tout l'intérêt du cabinet YCE Partners est précisément de développer, dans l'intérêt des individus, une approche ensemble et croisée des différents métiers et acteurs de la Protection sociale. YCE S (stratégie), dont la responsabilité m'a été confiée, a pour objectif d'accompagner toutes les structures qui le souhaitent dans cette démarche ■

TRIBUNE

LA PRÉVENTION AU QUOTIDIEN : LE RÔLE MÉCONNU DES AIDES-SOIGNANTS, ACTEURS INVISIBLES DE LA PRÉVENTION

PAR PIERRE THÉPOT & MARINE LYS
DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE HOSPITALIER LITTORAL ATLANTIQUE & AIDE-SOIGNANTE DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE AU CENTRE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE



D

ans cet article sur la contribution d'un Groupe hospitalier à la politique de prévention, plusieurs actions pourraient être développées :

- Souligner l'action majeure de nos unités d'éducation thérapeutique.
- Donner la parole à notre équipe territoriale de santé publique - dont l'action d'accompagnement et de coordination (notamment avec nos outils digitaux de télé-suivi) - est exemplaire.
- Évoquer enfin la mise en place d'un camion de santé publique qui sillonnera bientôt les routes de notre vaste territoire de santé...

J'ai plutôt choisi de mettre en lumière ces femmes et ces hommes qui, par leur action quotidienne, auprès des patients et des résidents, sont des acteurs essentiels de la prévention ; tout en restant hélas invisibles dans les publications sur ce sujet. Cet article est donc écrit à deux mains, avec Marine Lys, une aide-soignante du Groupe Hospitalier Littoral Atlantique ; engagée dans le « prendre soin » et dans la Recherche paramédicale ; qui va évoquer quelques exemples d'actions de prévention issues de sa pratique au quotidien.

« ... Dans l'ombre de certaines idées préconçues, l'aide-soignant agit bien au-delà d'un quotidien rythmé de soins de nursing auprès des patients. Il est doté de connaissances théoriques, de capacités relationnelles et de qualités d'adaptation en fonction des services ou secteurs dans lequel il exerce. Ce qui l'amène, de façon souvent invisible,

à être un acteur à part entière de la prévention. Notamment afin d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités des patients. Il est alors questions de préventions dans toutes ses composantes.

À chaque stade de la prévention et en fonction du service dans lequel il exerce, la place de l'aide-soignant est précieuse.

C'est tout d'abord, dans le rôle dans lequel nous le connaissons le mieux. L'anticipation de l'altération de l'état cutané. À domicile, au sein des institutions de long séjour... L'aide-soignant évalue et est acteur de la prévention de ce risque. Il agit par exemple dans la commande, la mise en place d'un matelas à air pour le patient. Il s'agit aussi d'installer une relation de confiance, pour déposer ses mains sur un corps inconnu. Effleurer son corps, ses points d'appui, l'aider à changer de position quand il ne peut plus le faire seul. Veiller à son bien-être. La relation soignant-soigné prend tout son sens ici.

Être aide-soignant, c'est aussi avoir un grand sens de l'observation et du ressenti. Il est six heures du matin dans un service de chirurgie, le moment des transmissions entre équipes, un patient sonne. Pour se rendre simplement aux toilettes. En réalité, je l'aperçois fatigué avec un teint blafard. Il est coutume à cette heure-là de rapidement regagner le changement d'équipes. Malgré l'absence de signes cliniques clairs, je rentre pour prendre ses constantes. Le patient perd connaissance. La situation devient une urgence vitale. Donner l'alerte, observer, vérifier les signes vitaux, le scoper, sans oublier de lui parler... Mise en place d'une oxygénation, aspiration... Autant de gestes qui sauvent, effectués dans l'ombre par l'aide-soignant, en lien avec son binôme infirmier.

En soins d'urgence, c'est également développer beaucoup de connaissances concernant les pathologies, les signes vitaux et

savoir les décrypter. C'est, par exemple, le cas en réanimation, où les connaissances précises du patient lui permettent ainsi de repérer une modification des fonctions vitales. Parmi beaucoup de tâches à effectuer, un regard régulier vers les scopes lui permet d'analyser l'urgence de la situation qui se profile et d'anticiper le matériel dont le réanimateur aura besoin. Dans la prévention et l'organisation du champ d'intervention, l'aide-soignant agit et réfléchit de façon responsable dans ces gestes qui lui sont propres.

Enfin, une dernière forme de prévention parmi d'autres, que rencontrent les aides-soignants : la perspective du retour à la maison, après une perte d'autonomie d'un patient. L'engagement pris par ces professionnels dans la rééducation et la réhabilitation. C'est utiliser de longues minutes, pour soutenir, aider, encourager, au lieu de faire à la place. Il s'agit d'aider ce patient, après de longs jours d'alitement, à retrouver son corps pour l'aider à mieux vivre la suite de sa vie après la phase aiguë. Pour commencer un bord de lit, lui faire ressentir la sensation de la verticalisation. L'aider à prendre appui pour s'installer dans un fauteuil. La marche, aujourd'hui, c'est trop difficile. Essayer, réitérer, encore et encore... Il n'y a pas d'échec, uniquement de petites victoires jours après jours. Demain, ce sera ce premier pas, puis le second. Jusqu'au jour où ce patient arrive seul avec son déambulateur jusqu'à la porte de la chambre. Un échange de regards, de sourires avec ce lien indescriptible qui s'est créé entre eux... ».

L'aide-soignant est souvent nommé « premier maillon de la chaîne ». La réalité de cette fonction ne se réduit pas à cela. Le Groupe Hospitalier Littoral Atlantique a l'ambition de leur accorder une place de choix, car ils jouent un rôle essentiel ; notamment en termes de prévention.

Au sein du Groupe Hospitalier, nous préférons promouvoir à leur égard une juste reconnaissance de l'évolution de leurs pratiques au service de la

prévention que de lutter contre ce que certains corporatismes qualifient de glissements tâches.

Cela se traduit notamment au travers de leur intégration au sein de la Commission des soins infirmiers et de rééducation médicotechnique ainsi qu'à la Commission de la recherche paramédicale du groupe hospitalier.

Si le développement de la prévention constituera demain l'un des piliers de notre système de santé, les aides-soignants y contribueront de manière essentielle ■



« 40 % des cancers sont évitables grâce à une meilleure hygiène de vie »¹, près d'1,9 million de décès prématurés évitable par la prévention² : ce slogan de l'Institut de lutte contre le cancer et ce chiffre de l'OCDE en faveur de la prévention et de la promotion de santé ne manquent plus. Nous les connaissons tous ! Pourtant, le retard est bien là, la France peine en matière de prévention avec seulement 3 % de ses dépenses de santé consacrées à la prévention. La marche est haute et il fallait un électrochoc pour une prise de conscience collective, c'est ce que la

crise sanitaire Covid-19 semble entraîner dans sa dynamique de relance pour une prévention qui ne soit plus portée uniquement par des campagnes nationales mais davantage déclinées localement. Des cabinets de conseils internationaux, qui auparavant faisaient de la santé un levier d'économie, prônent aujourd'hui la relance en faisant de la prévention sanitaire un moteur économique. Pour McKinsey, les deux tiers des effets escomptés sur l'amélioration de l'économie française liés à un investissement dans la santé seraient produits grâce à la prévention.

Ainsi, l'hyper proximité, l'autonomie des établissements pour mener des actions de prévention, le maillage des professionnels de santé ou encore la prise de conscience que la prévention ne s'apprécie pas uniquement sur le champ de la santé sont les ingrédients réunis à l'échelle régionale en faveur du développement de notre politique de prévention.

Ce changement qui s'opère doit se faire en direction d'une « hyper proximité en prévention », il s'agit de promouvoir une action au plus près des territoires pour toucher les publics. Le développement de l'autonomie des universités et des lycées ouvre de nouveaux champs permettant aux établissements de mettre en œuvre leurs propres actions de prévention. Chaque proviseur peut adapter sa politique de prévention en fonction des situations. Il peut, par exemple, solliciter en direct la Maison de Marion, structure unique en France inaugurée au début du mois de novembre, qui intervient sur la prévention du harcèlement scolaire. La structure offre un accompag-

TRIBUNE

COVID-19 : PRISE DE CONSCIENCE DE LA NÉCESSITÉ D'INVESTIR DANS LA PRÉVENTION, L'ÉCHELON RÉGIONAL RÉUNIT LES INGRÉDIENTS POUR SON DÉVELOPPEMENT

PAR PIERRE-VALENTIN MARTINEL
PHARMACIEN, CHEF DE SERVICE SANTÉ, SOLIDARITÉ ET FAMILLE À LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

nement à 360° prenant en charge les jeunes victimes de harcèlement et les enseignants pour former au repérage et à la prise en charge de ces jeunes.

L'adressage et le relai vers les professionnels de santé sont primordiaux, au-delà d'une information donnée, chacun doit être orienté vers une solution. Un outil numérique développé par la Région Île-de-France, l'iPassContraception cartographie



les professionnels de santé permettant ainsi aux jeunes de développer leur parcours contraception/grossesse en s'adressant aux bonnes personnes avec les bonnes informations. Nous nous appuyons sur un maillage d'acteurs locaux.

L'échelle régionale ouvre ces possibilités d'hyper-proximité et de lien avec les professionnels de santé. La Région Île-de-France présente les capacités pour analyser, avec son organisme associé, l'Observatoire Régionale de Santé, qui a développé InTerSanté, application offrant des indicateurs territorialisés de santé. De la commune au département plus d'une centaine d'indicateurs sont référencés. La compétence régionale en matière d'analyse ne s'arrête pas là puisque depuis la loi portant sur la nouvelle organisation

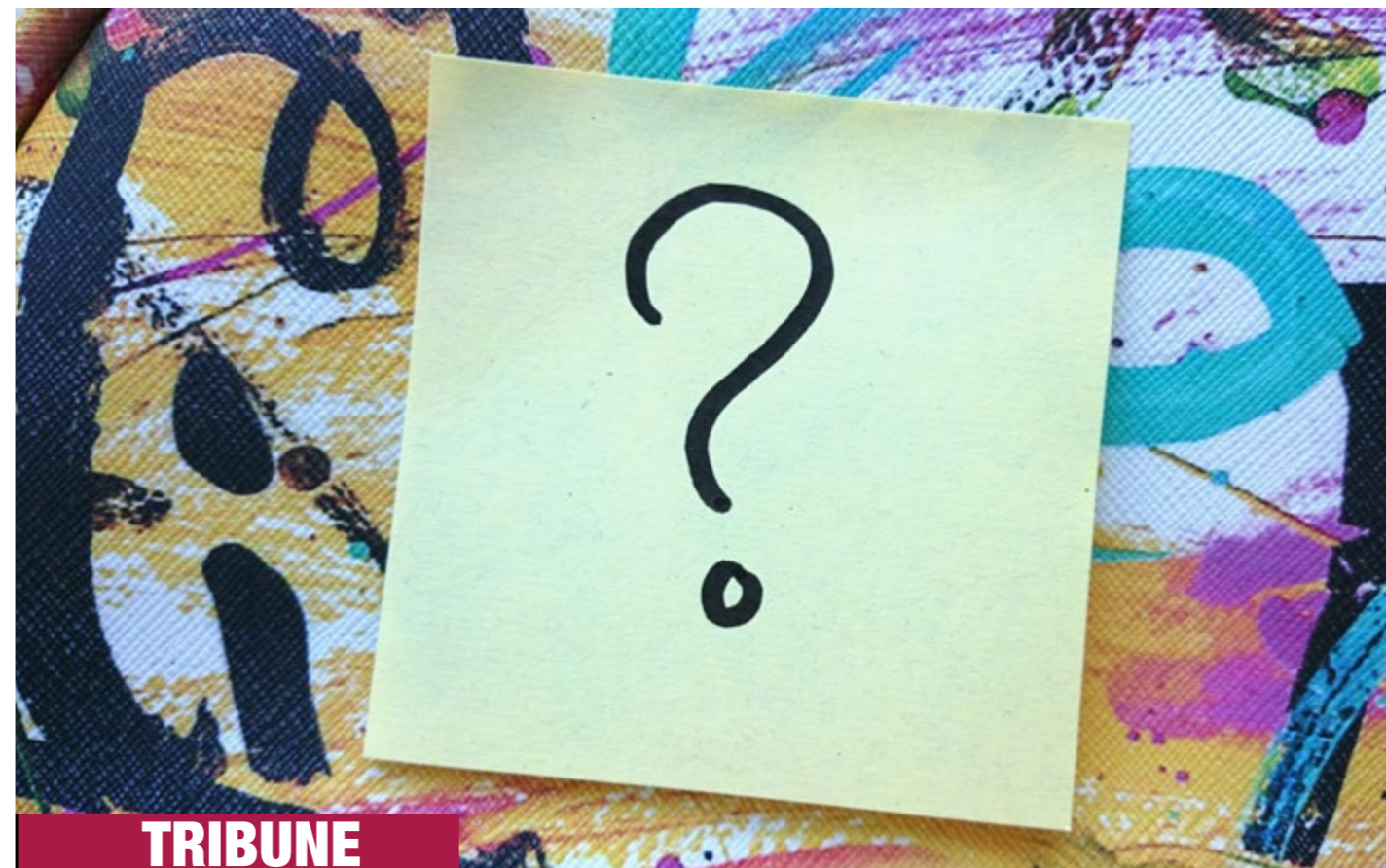
territoriale de 2015, les Régions ont une nouvelle compétence de coordination de l'information géographique. Les Régions ont ainsi pour mission de compiler, actualiser et produire les données en lien avec l'ensemble des acteurs. Son champ pourra s'appliquer à la santé. Ces outils sont de véritables aides à la prise de décision pour cibler nos actions de prévention. Afin de mettre en œuvre sa politique de santé, la Région peut compter sur Île-de-France Prévention santé SIDA, ses équipes sont capables d'intervenir dans les lycées ou les établissements de l'enseignement supérieur, plus de 100 000 jeunes touchés chaque année. En son siège à Pantin, cet organisme associé de la Région dispose également de son propre espace d'accueil de jeunes. Avec leur capacité de formation, ils peuvent augmenter leurs capacités en Île-de-France ; formant les équipes du service civique pour des actions de prévention santé ou encore des enseignants des IFSI.

Ces outils combinés à nos capacités humaines pour « aller vers » les publics, permettent le ciblage des besoins et l'intervention au plus près. L'usage du numérique permet d'aller plus loin dans l'adressage de messages, l'espace numérique de travail des lycéens franciliens, Monlycée.net, permet de diffuser de l'information aux jeunes, aux professeurs et aux parents, premiers acteurs de prévention auprès de jeunes.

Enfin, la prévention et la promotion de la santé ne sauraient relever uniquement du champ sanitaire. L'approche se veut transversale, chacun doit s'en saisir. À l'échelle d'une Région, elle doit s'apprécier sous toutes ses formes tant sur le développement économique que sur l'environnement dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'air ou encore de la lutte contre les perturbateurs endocriniens ■

¹ « Une année porteuse d'espairs », *Rapport d'activité 2018, INCA.*

² « Panorama de la santé 2019 », *OCDE.*



TRIBUNE

COMMENT PÉRENNISER UN SYSTÈME DE PRÉVENTION SANITAIRE EFFICACE EN TEMPS DE PANDÉMIE ?

PAR ALICE LÉGER
CONSULTANTE À YCE PARTNERS

A lors que la crise sanitaire s'installe sur la durée et met sous tension les systèmes de santé et de Protection sociale, il nous semble important de nous intéresser à la place de la prévention sanitaire aujourd'hui. En effet, le maintien d'un système de soins efficace et solide nécessite une anticipation des risques. Ainsi, nous pensons qu'un système préventif efficace est indispensable en cette période.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : « La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et

des handicaps ». En matière de santé, trois types de prévention coexistent, la prévention primaire, visant à diminuer les conduites individuelles à risques, la prévention secondaire qui tend à diminuer les facteurs de risques associés à une pathologie et enfin la prévention tertiaire, cherchant à diminuer les phénomènes consécutifs à une maladie tels que les complications ou les rechutes¹.

La crise sanitaire, du fait de son caractère exceptionnel, bouleverse l'ensemble du système de santé et impose le report de mesures préventives mises en place habituellement.

dation de la qualité de l'alimentation³. Les MNT, étant les principales causes de décès en Europe, elles sont largement visées dans les campagnes de prévention habituelles. Renforcer la prévention de ces pathologies, c'est donc non seulement s'attaquer aux comorbidités du Covid-19 mais c'est également combattre un enjeu de santé public plus large⁴.

La crise sanitaire semble renforcer le fonctionnement de notre système de santé qui était déjà très centralisé autour du « soin » avant la crise et dans lequel la prévention tient un rôle mineur⁵. La réflexion doit être portée au niveau des différents acteurs et de leurs actions pouvant inverser cette tendance et il est donc important de comprendre comment s'articule le système préventif.

Tout d'abord, son financement est mixte avec 57 % pris en charge par l'État et les collectivités locales, 16 % par la Sécurité sociale et 27 % pour le secteur privé. Ainsi, la prévention institutionnelle représente en 2018, 2,2 % de la dépense courante de santé⁶.

De plus, une multitude d'acteurs intervient au niveau organisationnel. Au niveau national, l'Agence nationale de santé publique, sous tutelle du ministère chargé de la Santé, contribue au déploiement des politiques nationales et accompagne les acteurs de politiques publiques régionales tels que les Agences régionales de santé (ARS) et autres structures relevant de l'État. Les programmes de prévention sont répartis selon trois axes transversaux : la santé des enfants et des jeunes, la santé des adultes et enfin le bien vieillir et la prévention de la perte d'autonomie⁷. La Sécurité sociale participe également à la prévention en santé avec la prise en charge partielle ou totale par l'Assurance maladie de traitements, frais médicaux ou d'accompagnements tels que celui du sevrage tabagique, des dépistages, des

vaccins ou encore de bilan diététique pour les enfants à risque d'obésité⁸. Au niveau régional, les ARS ont également un rôle clé à jouer. Elles doivent en effet déployer des actions de prévention et mettre en œuvre des programmes visant à prévenir les risques de maladie et réduire les inégalités de santé dans la population⁹. Il est important également de souligner le rôle des fonds et associations. Ils permettent de mener des actions au plus près du terrain¹⁰, mais aussi de moderniser la prévention grâce notamment à des actions médiatisées telles que celles menées par la fondation « Movember » dans la lutte contre les maladies masculines¹¹. Les organismes complémentaires jouent également un rôle dans la prévention en assurant notamment un rôle de pilier, complémentaire à celui de la Sécurité sociale.

On peut toutefois se demander si la multitude d'acteurs œuvrant en matière de prévention en France n'empêche pas la mise en place d'une ligne directrice. Une vision commune entre les différentes parties prenantes doit être établie. De plus, l'exploitation des datas et des données numériques doit être au cœur de cette stratégie afin d'adapter au plus près des besoins, les messages de prévention. C'est d'ailleurs la volonté des pouvoirs publics, qui développent des plateformes numériques et des applications afin de pouvoir délivrer de la prévention personnalisée aux utilisateurs¹².

Il faut donc saisir l'opportunité que nous impose cette nouvelle réalité : celle d'une situation d'urgence qui finalement perdure et qui implique des répercussions durables sur l'état de santé de la population. S'assurer d'une prévention pertinente durant une période de crise, c'est combattre les conséquences de nouvelles habitudes de vie mais c'est aussi soutenir le système de santé en anticipant une « vague indirecte » issue des répercussions des confinements successifs. C'est donc rendre accessibles à l'ensemble de la population des mesures sanitaires et pérenniser un système de Protection sociale lui-même fragilisé ■

¹ <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>

² https://www.liberation.fr/france/2020/05/19/pendant-le-confinement-30-000-cancers-non-depistes-selon-axel-kahn_1788714

³ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700620300750>

⁴ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31067-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31067-9/fulltext)

⁵ <https://www.euractiv.fr/section/sante-modes-de-vie/interview/plus-de-prevention-permettrait-de-reduire-les-depenses-de-sante/>

⁶ https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/farandole/ressources/2020/pap/pdf/DPT/DPT2020_prevention_sante.pdf

⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/notre-organisation/une-organisation-au-service-des-programmes/direction-de-la-prevention-promotion-de-la-sante>

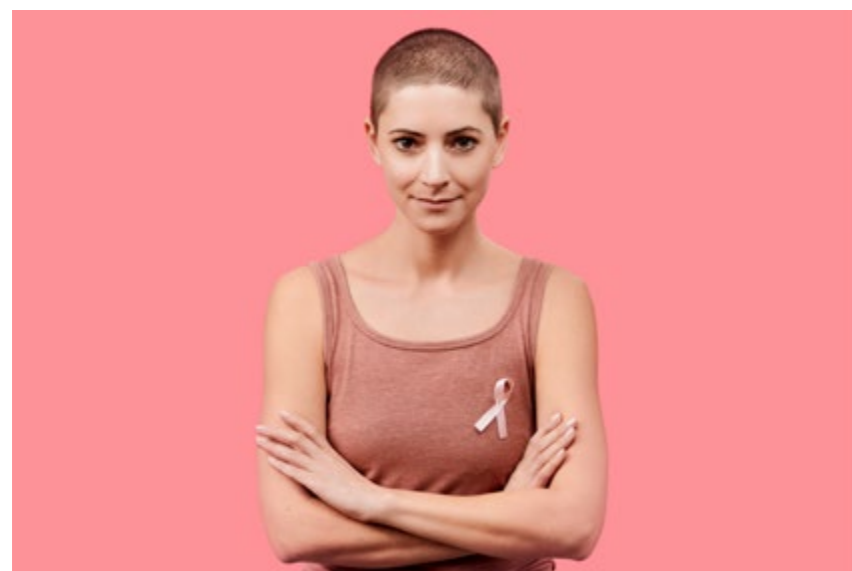
⁸ <https://www.ars.sante.fr/les-actions-de-prevention-en-sante-des-agences-regionales-de-sante>

⁹ <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/sante>

¹⁰ <http://associationpreventionsante.fr/qui-sommes-nous/>

¹¹ <https://fr.movember.com/about/foundation>

¹² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnsp_2018_2019.pdf



C'est le cas notamment des dépistages avec 30 000 cancers, selon la Ligue du Cancer, qui n'ont pas pu être détectés durant le premier confinement².

De plus, les conséquences des mesures de confinement renforcent les facteurs de risques des Maladies non transmissibles (MNT) tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers. En effet, le changement des habitudes de vie induit par ces confinements successifs se traduit par plus de sédentarité mais également plus de stress menant à des comportements addictifs tels qu'une augmentation du tabagisme, de la consommation d'alcool ou encore à une dégra-

TOUS LES NUMÉROS À RETROUVER SUR L'ENSEMBLE DE VOS SUPPORTS NUMÉRIQUES



MAGAZINES

Séjour de la Santé
Novembre 2020

Spécial Covid-19
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre 2019

Le Danemark les enseignements
d'une réforme aboutie
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe
Sociale !
Mai 2019

Heur et malheur de l'assurance
chômage
Février 2019

L'Organisation Internationale du
Travail : une utopie en marche !
Octobre 2018

Quelques vérités sur le
médicament !
Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du
système de santé avant la crise ?
Février 2018

Le modèle mutualiste dans les
pays en voie de développement :
quelle implantation ?
Novembre 2017

Le grand appareillage
orthopédique
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des
territoires
Juillet 2017

Les mutuelles au coeur de notre
avenir
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
Mai 2016

Le numérique au chevet de la
médecine...
Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la
population
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas
suffisant
Janvier 2015

Démographie médicale
Avril 2013

LIVRES

Tous solitaires, tous solidaires
Octobre 2020

Hôpital les idées des acteurs
Juillet 2020

5 leçons pour penser le social au
XXI^e siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle
Protection sociale !
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots -
Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

CAHIERS

L'intelligence artificielle : un défi
pour la Protection sociale - Début
d'une réflexion
Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles
frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du
marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode
[Dialogue social]
Avril 2017

Big data et nouvelles
technologies, la Protection
sociale à l'heure de la révolution
numérique
Mars 2017

Un quinquennat pour retrouver
une ambition française contre le
tabagisme
Mars 2017

Quelle politique mener ?
[Addiction à l'alcool]
Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser
la dépense [Assurance maladie]
Février 2017

Quelques vérités pour la
pérennité d'un patrimoine
commun [Financement de la
Sécurité sociale]
Février 2017

L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

Une bombe à mèche longue
[Chômage, formation,
accompagnement et
indemnisation]
Décembre 2016

Huit pistes pour relever les défis
de l'hôpital public
Décembre 2016

Pour structurer la médecine du
XXI^e siècle : la télémédecine
Décembre 2016





•••
CRAPS