



LES CARNETS DE
LA PROSPECTIVE

Existe-t-il une vie après la mort de la complémentaire santé ?

**Prospective protection sociale 2035 :
exploration d'un scénario choc
de « Grande Sécu » et des conséquences
et opportunités pour le Groupe VYV**

COMPRENDRE • S'INTERROGER • FAIRE FACE

Mission prospective stratégique
du Groupe VYV, avec l'appui de

futuribles
Ville, prospective, stratégie

Mars 2023 • Réservé à un usage interne

GRUPE
vyv

Sommaire

ÉDITOS

Pourquoi faire de la prospective sur « la Grande Sécu » ? 4

« La prospective pour ne pas subir, et tenter de dessiner un "futur souhaitable" », par Stéphane Junique 5

« Un exercice qui alimente la stratégie groupe », par Fabrice Heyriès 6

PRÉAMBULE MÉTHODOLOGIQUE 8

➤ L'Essentiel à retenir 11 Synthèse des principaux enseignements

1 17 Le scénario « Grande Sécu » c'est quoi ? Comprendre les causes et conséquences

Un vieux débat remis au goût du jour 19

Sur le fond, des tensions croissantes sur le système de santé et les financements de la protection sociale 22

Nationalisation immédiate ou transition progressive ? 23

Des conséquences majeures pour les mutuelles de santé 31

2 39 Face à un tel scénario, la nécessité de repartir des besoins sociaux

Rétrospectivement, l'histoire et les fondamentaux mutualistes éclairent et inspirent 40

Panorama des grands besoins de protection sociale à horizon 2030-35 42

Des transformations à anticiper 48

3 57 Quelles options pour l'avenir du Groupe VYV ? Quels leviers pour agir aujourd'hui ? Premières pistes

Quels futurs souhaitables pour VYV ? L'Arbre des possibles 59

Proposition de champs à explorer 62

CONCLUSION

Et ce n'est pas fini... par Isabelle Rondot 68

Pour aller plus loin : le Centre de ressources prospectives VYV 70

Remerciements 70

Pourquoi faire de la prospective sur « la Grande Sécu » ?

« Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait pas où il va. »

Sénèque (63-64 ap. J.-C.)

« Le hasard ne favorise que les esprits préparés. »

Louis Pasteur, discours à l'université de Lille, 1854

La prospective pour ne pas subir, et dessiner un « futur souhaitable »

Par Stéphane Junique, président du Groupe VYV

« L'idée de Grande Sécu est venue nourrir le débat public, en réinterrogeant les liens entre la Sécurité sociale et les mutuelles.

Pour le Groupe VYV et les mutuelles qui le composent, les impacts potentiels d'un scénario de nationalisation de leur principale activité seraient tout à fait exceptionnels, comme on le verra par la suite. Il s'agirait, sans exagération, d'une rupture d'ampleur historique. Serait posée aux mutuelles de santé une interrogation existentielle : une vie existe-t-elle après la mort de leur activité de complémentaire santé ?

La question peut donner le vertige tant le modèle français de la couverture santé est protecteur et ancré dans cette articulation étroite des mutuelles à l'Assurance maladie obligatoire. L'idée de sa déliaison est, pour les mutuellistes, difficilement concevable.

Il aurait été plus simple de faire comme si l'idée de « Grande Sécu » était irréaliste, en pariant sur le fait que les conditions politiques, sociales et économiques ne seront jamais réunies pour qu'un tel projet se réalise un jour.

Le Groupe VYV, dont 80 % de l'activité se fait en assurance santé, a fait le choix inverse, de se poser les questions qui dérangent, d'envisager les scénarios qui le dépassent. Malgré son inconfort, le groupe a souhaité se livrer à cet exercice et réfléchir sur de la matière molle, sans connaître les paramètres économiques fiables sur lesquels fonder des analyses coûts-avantages-risques de cette réforme.

Le but de cet exercice prospectif consiste donc à penser contre ses propres intérêts, pour ne pas subir. Il peut se résumer en une phrase : être prêts, si un jour l'improbable devenait réalité.

Bonne lecture ! »





Un exercice qui alimente la stratégie groupe

Par Fabrice Heyriès, directeur général de la MGEN, directeur Stratégie-Influence-Audit Groupe

« Travailler prospectivement sur un scénario disruptif tel que celui de la Grande Sécu permet de se poser la question d'opportunités et de voies de développement à envisager pour notre groupe et pour ses maisons.

À ce titre, les travaux menés s'avèrent utiles à l'anticipation stratégique et à la définition de la trajectoire du groupe et de ses maisons.

La méthodologie mobilisée a en effet conduit à élaborer une **prospective de la protection sociale à horizon 2035**, en se questionnant sur des besoins sociaux mal couverts ou en développement, sur les leviers à saisir du côté des dynamiques de transformations du système de santé ou des mutations de l'écosystème d'acteurs...

Dans les recommandations de ce rapport, les champs moyen-long terme représentent de larges territoires d'activités dont il s'agit d'étudier les opportunités stratégiques pour en recueillir les bénéfices d'ici une décennie.

Nous pouvons nous réjouir de ce que notre groupe se positionne déjà sur un grand nombre d'entre eux : protection sociale globale – dont la stratégie prévoyance et la couverture des retraites ; prévention santé – avec par exemple la stratégie santé mentale, le sport-santé ; les établissements et prises en charge sanitaires et sociales ; les métiers du logement... Ce travail permet de confirmer et compléter nos piliers stratégiques.

D'autres champs moyen-long terme comme l'adaptation aux crises et aux transitions peuvent faire l'objet de nouveaux leviers de diversification pour le groupe, par exemple sur l'alimentation, la mobilité ou la formation. Il reviendra à la nouvelle direction Stratégie Groupe de faire des propositions en investiguant, d'une part, l'adéquation avec nos valeurs et notre projet de groupe de santé à impact et, d'autre part, la faisabilité technique, la performance économique et le jeu concurrentiel favorable – y compris dans l'articulation avec le secteur public. »



PRÉAMBULE MÉTHODOLOGIQUE

Pendant le premier semestre 2022, élus et collaborateurs des entités du Groupe VYV ont mené **une démarche de prospective participative** pour répondre aux trois questions suivantes :

1

Comment, dans l'hypothèse d'une nationalisation du régime complémentaire, repenser et redéployer les activités dans le respect de la raison d'être mutualiste ?

2

Quelles alternatives au modèle actuel, centré sur le livre II du Code de la mutualité et l'assurance santé, peuvent-elles être envisagées dans les années à venir ?

3

Quel cap se donner et quelles trajectoires possibles pour y arriver ?

La méthode prospective a été mobilisée à travers :

- l'analyse collective des formes possibles du scénario, leur pertinence et leur impact ;
- l'identification de territoires de développement et de repli, en repartant des besoins sociaux fondamentaux ;
- l'élaboration d'options d'avenir possibles à destination des cercles dirigeants du groupe.

Cette démarche, engagée par la Mission prospective stratégique dans le cadre des travaux de la commission Influence-Prospective-Doctrine du Groupe VYV a été appuyée par le cabinet Futuribles et par Julien Damon, expert de la protection sociale, professeur associé à Sciences Po, conseiller scientifique à l'EN3S.



Méthodologie : une démarche prospective participative

Pour anticiper les conséquences du « cygne noir », scénario à faible probabilité mais potentiellement très disruptif, **la démarche prospective a consisté en :**



Des travaux préalables...

Sur le scénario Grande Sécu (analyse de Julien Damon, expert de la protection sociale, travaux internes)
Sur les besoins sociaux à horizon 10-15 ans (panorama des besoins sociaux)



discutés collectivement...

150 personnes mobilisées :
- groupe prospectif pour discuter et préciser les travaux, proposer des pistes de développement
- cercles managériaux et instances dirigeantes pour valider les pistes et trajectoires possibles



avec des outils prospectifs...

- Ateliers Ruptures « comment > et si > et alors » pour construire une vision partagée des causes et conséquences du scénario
- Ateliers Impact - idéeation pour investiguer de nouveaux territoires de développement
- Enquête interne pour créer un diagnostic partagé des transformations à l'œuvre et des enjeux pour le groupe



pour dessiner « l'Arbre des possibles » du groupe.

- Champs de rebond possibles
- Axes prioritaires en cas de rupture brutale

L'Essentiel à retenir

Synthèse des principaux enseignements

1

COMPRENDRE

Comment pourrait advenir un scénario de type « Grande Sécu » ? Est-il vraisemblable ? Quelles formes pourrait-il prendre, et avec quelles conséquences ?

Le débat court depuis la création de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) en France, en 1945, aux côtés des mutuelles et assurances santé qui lui préexistaient et la mise en place d'un modèle mixte de prise en charge.

Il a dépassé les débats d'experts et a été remis au goût du jour avec la pandémie du Covid-19 et le rôle central joué par la Sécurité sociale face à l'urgence sanitaire. Le ministère de la Santé a alors confié au Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) une réflexion sur l'évolution de l'articulation entre régimes obligatoire (RO) et complémentaire (RC). Dans le rapport publié en janvier 2022, il est évoqué un scénario dit de la Grande Sécu consistant en la reprise par l'État de 80 % des activités des complémentaires santé.

Les causes de cette possible perspective sont également à rechercher du côté des tensions croissantes pesant sur le système de santé et le financement de la protection sociale : contraintes budgétaires lourdes liées à l'évolution de l'état de santé des Français, au coût des progrès techniques et thérapeutiques, aux besoins de revalorisation salariale des professionnels de santé, du soin et de l'accompagnement, aux ambitions de transformation du système de santé pour faire face aux inégalités de santé et déserts médicaux, aux besoins de simplification des parcours. Face à cela, les attentes de protection publique s'expriment principalement vis-à-vis de l'État et du système de Sécurité sociale, la plus-value des acteurs mutualistes étant mal connue du grand public.

2

S'INTERROGER

Face à cela, quels sont les espaces de redéploiement possibles à horizon 10-15 ans ? Sur quels besoins sociaux et transformations à venir les mutuelles peuvent-elles légitimement s'appuyer pour rebondir ?

Un regard rétrospectif sur l'histoire des mutuelles éclaire sur leur ADN (la mutualisation des ressources des adhérents pour couvrir les besoins sociaux) et sur leur capacité renouvelée à innover pour répondre à ce type de choc « disruptif ».

Pour cette démarche, les espaces de développement et de redéploiement ont été investigués à travers l'exploration prospective des grands besoins de protection sociale à horizon 10-15 ans et les opportunités liées aux transformations de la protection sociale. Cette focale a permis de prendre en compte un premier critère indispensable à la réussite de futurs positionnements : la réponse aux besoins sociaux, qui signifie la pertinence avec l'ADN mutualiste.

Huit risques de la protection sociale, actuels ou émergents (risques santé, autonomie-handicap, autonomie-dépendance-personnes âgées, accidents du travail et maladies professionnelles,

famille, pauvreté et chômage, retraites et risques socioécologiques) ont été creusés, au sein desquels des voies de développement à horizon 10-15 ans ont été identifiées du côté :

- des besoins des adhérents en matière de protection sociale ;
- de l'évolution du système de santé ;
- des grandes mutations et transitions de l'environnement.



Retrouvez le schéma en page 49



QU'EST-CE QUI POURRAIT CONDUIRE À UN SCÉNARIO « GRANDE SÉCU » ?

- **Un scénario rapide**, avec une décision politique qui, en quatre ou cinq ans, ferait basculer 80 % de l'activité des complémentaires santé sous l'égide de l'État. Cette hypothèse s'est éloignée à court terme et ne figure pas dans les projets annoncés du gouvernement actuel. Mais elle reste un risque majeur possible pour les acteurs de l'assurance maladie complémentaire.
- **La poursuite du « fil de l'eau » actuel** pourrait conduire au fur et à mesure au rétrécissement du périmètre des complémentaires santé, et ainsi justifier le passage à une Grande Sécu. Parmi les tendances à l'oeuvre :
 - la normalisation réglementaire (française et européenne) croissante ;
 - l'extension de la prise en charge à 100 % par le régime obligatoire (affections longue durée, rendez-vous de prévention...);
 - de possibles hausses de plafond de la complémentaire santé solidaire (CSS) ;
 - le développement des parcours forfaitisés structurés par la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie).

QUELLES PREMIÈRES CONSÉQUENCES POUR LES MUTUELLES ?

En cas de disparition de 80 % de l'activité des complémentaires santé, **seules survivraient quelques mutuelles du livre II** avec des activités de surcomplémentaires « premium » ou positionnées sur des niches et interstices non couverts par la Sécurité sociale. **Un rebond stratégique vers d'autres champs que l'assurance santé serait possible, à condition de consolider trois actifs :**

- la préservation des réserves et de la pleine propriété des fonds propres ;
- la reconfiguration des systèmes d'information ;
- la préservation des compétences humaines clefs.

Le livre III pourrait également ne pas être épargné par un scénario Grande Sécu. Ses activités pourraient par exemple être absorbées par le secteur public de la santé, les municipalités ou les départements, ou le secteur privé lucratif pour ses activités les plus rentables.



RISQUES SANTÉ

Des besoins de renforcement de la couverture des pathologies et des risques émergents (chroniques, mentales, visuelles et auditives, liées au grand âge, aux addictions, aux risques socio-écologiques...); de renforcement des solutions de prise en charge de la santé et des soins sur les territoires (accueil intermédiaire, premier recours, télémédecine...); de réinvention de la prévention santé, de la médecine scolaire, de la médecine du travail; de nouveaux positionnements de la démocratie sanitaire et sociale et d'innovation dans les fonctionnements complémentaires à l'État.



RISQUES AUTONOMIE HANDICAP

Des opportunités liées à l'élargissement du champ du handicap (invisible) et aux besoins de prise en charge globale (notamment handicaps psychiques, invalidité au travail, handicap dans l'emploi, accès aux droits...).



RISQUES AUTONOMIE PERSONNES ÂGÉES

Des besoins liés à la prévention de la perte d'autonomie – notamment avec le virage domiciliaire; à l'isolement social; à la prise en charge financière de la perte d'autonomie – notamment assurantielle; à la fin de vie.



RISQUES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Des enjeux de protection et de prévention santé des actifs, tant sur la santé physique que mentale; des besoins de soutien tant de la cible employeurs que salariés.



RISQUES FAMILLES

Un profond renouvellement des besoins d'accompagnement liés à la mutation de la vie familiale et à la recomposition des rôles (sur la parentalité, l'accompagnement de l'enfance ou de la jeunesse).



RISQUES PAUVRETÉS ET CHÔMAGE

Des besoins financiers et sociaux de prévoyance et de santé pour tous (accès aux droits, inclusion numérique, prévention alimentaire, santé mentale, isolement, prévention des précarités, accompagnement face aux accidents de la vie et aux carrières hachées, logement social...).



RISQUES RETRAITES

Des besoins d'accompagnement du « bien vieillir en bonne santé », avec des besoins croissants du côté des actifs seniors (prévoyance, financier, logement, maintien en activité...).



RISQUES SOCIO-ÉCOLOGIQUES

Des actions possibles par exemple sur les impacts sanitaires et sociaux des risques émergents (soutien à la baisse de l'empreinte carbone des ménages et entreprises, adaptation des offres de prévoyance, développement du logement-santé...).

3

FAIRE FACE

Quelles options pour l'avenir de VYV ? Quels leviers pour agir dès aujourd'hui ? Quelles premières pistes ?

Plusieurs grands champs stratégiques à moyen-long terme ont été identifiés et représentés dans les branches-activités, qui répondent à l'expression d'un besoin ou d'une demande sociale, donc à l'expression du caractère mutualiste :

- Une approche globale de protection sociale.
- Les métiers du logement, au sens large.
- La gestion d'établissements, et les prises en charge sanitaires, sociales, et médico-sociales.
- Les solutions de prévention santé – englobant la santé au travail, la santé mentale, les approches de délégations de service public (SIEG).
- Les prestations de santé innovantes, dont les services et dispositifs médicaux
- L'adaptation aux crises et aux transitions, face au choc écologique à venir.
- Le développement international.

« L'Arbre des possibles » résume les pistes qui ont émergé de la démarche participative :

- **Branches** > activités à renforcer ou à créer ;
- **Tronc** > évolution d'organisation à envisager ;
- **Racines** > compétences et valeurs sur lesquelles s'appuyer.




Retrouvez L'Arbre des possibles en page 60



1

Le scénario « Grande Sécu » c'est quoi ?

Comprendre les causes
et conséquences



« Et si, à horizon dix ans, la Sécurité sociale reprenait les activités des complémentaires santé ? »

Telle est la question qui a guidé la démarche prospective.

Pour analyser et sensibiliser aux causes et aux conséquences d'un scénario de rupture Grande Sécu, aux formes qu'il pourrait prendre, des ateliers collectifs ont été menés : ateliers « rupture » également appelés « causes/conséquences ».

Trois questionnements ont guidé les discussions :



Comment ?

Comment est-on arrivé à cette situation ? Et est-ce que le groupe est préparé à y faire face ? Si oui, comment ?



Et si ?

Quels seraient les impacts de cette rupture, de manière générale dans l'environnement du groupe ? Et pour le groupe en particulier ?



Et alors ?

Que faire si cela advenait ?

Le scénario « Grande Sécu » c'est quoi ?

Un vieux débat remis au goût du jour

Dès la création de l'Assurance maladie obligatoire française au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la question de son articulation avec les mutuelles et assurances santé qui lui préexistaient, s'est posée. Les années qui suivirent tranchèrent ce débat. Le choix fut fait d'associer les deux systèmes, créant ainsi un modèle mixte de prise en charge. La « Sécu » française ne fit donc pas disparaître les mutuelles. Ces dernières se virent confier la mission de compléter le premier étage de prise en charge par des prestations complémentaires et suppléer ainsi aux vides d'une Assurance maladie obligatoire ne pouvant ou ne voulant pas rembourser certaines prestations (dites, dans ce cas, « supplémentaires »).

Pour autant, jamais le débat sur la bonne articulation entre les deux acteurs ne disparut complètement, tantôt certains voulant la réduction du périmètre d'intervention de la Sécu au profit du second étage, quand d'autres appelaient à son extension.

La crise Covid fit ressurgir cette controverse avec une nouvelle acuité.

En pratique, pour faire face à l'urgence sanitaire, les pouvoirs publics prirent la décision de confier le rôle principal à l'assurance maladie obligatoire, faisant passer en « 100 % Sécu », de manière temporaire ou non, de nombreuses prestations (vaccins, tests, téléconsultations) qui auraient pu être co-payées, et taxant les mutuelles et assurances santé pour financer une partie de ces dépenses nouvelles. Ces entorses au principe du double étage de prise en charge ont, de fait, créé un précédent incitant des décideurs publics et experts à explorer plus au fond cette proposition.

Une réflexion de haut niveau sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire fut confiée par le ministre des Solidarités et de la Santé, en date du 19 juillet 2021, au Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) réunissant les différents acteurs de la protection sociale du pays.



Le rapport¹ du Haut conseil propose quatre scénarios « polaires » d'évolution de l'articulation entre régimes obligatoire et complémentaire.

- Le premier consiste à poursuivre les méthodes de **régulation** déjà à l'œuvre (contrat responsable, complémentaire santé solidaire, taxation des contrats et aides à l'acquisition, amélioration de la lisibilité...) pour améliorer le fonctionnement du système mixte.
- Est étudiée également l'hypothèse d'un **découplage** des rôles entre les deux étages donnant à chacun des responsabilités différentes en matière de prise en charge (par exemple : à l'un le remboursement des dépenses à l'hôpital, à l'autre les dépenses de médicaments).
- Pour être complet, mentionnons également le scénario de **délégation de service public** confiée aux complémentaires santé dans le cadre réglementaire permis par la notion de services d'intérêt économique généraux (SIEG) en droit européen de la concurrence.
- Enfin, figurait **le fameux scénario qualifié par la presse de Grande Sécu** consistant à confier au régime obligatoire d'assurance maladie l'essentiel de la prise en charge, reléguant ainsi les mutuelles et assureurs santé à un rôle accessoire. **L'hypothèse retenue par le HCAAM est qu'environ 80 % de l'activité des complémentaires santé serait transféré à la Sécurité sociale.** Concrètement cela signifie donc que les mutuelles de santé pourraient continuer à proposer de l'assurance santé complémentaire à leurs adhérents mais sur des prises en charge et volume d'activité extrêmement réduits.

C'est ce dernier scénario que nous avons choisi de retenir pour travailler sur l'hypothèse de Grande Sécu.

Les familiers de la protection sociale savent que **cette proposition circule activement dans les débats d'experts depuis quelques années.** On citera à titre d'illustration la tribune² de Didier Tabuteau et Martin Hirsch « Créons une assurance maladie universelle » en 2017 et, chez les partis politiques, les propositions de la France Insoumise lors des deux dernières élections présidentielles. Pour la bonne compréhension des lecteurs et sans rentrer dans la controverse sur ce sujet, rappelons simplement que **les deux principaux arguments mis en avant par les promoteurs de la Grande Sécu sont d'une part un meilleur accès aux soins pour tous, en vertu du principe que l'assurance maladie obligatoire ne sélectionne, ni ne tarifie, selon l'état de santé ou l'âge des personnes, et d'autre part la réalisation d'économies sur l'ensemble du système en faisant disparaître les frais généraux des complémentaires santé estimés à environ 7,5 milliards d'euros³ en 2018.**

2. Martin Hirsch et Didier Tabuteau : « Créons une assurance-maladie universelle » (lemonde.fr), Le Monde, 14 janvier 2017.

3. Cour des Comptes, « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient », juin 2021, p.76.

Ce dernier point est devenu un des étendards des promoteurs de la Grande Sécu. Ce chiffre est régulièrement mis en regard des frais de fonctionnement de l'Assurance maladie obligatoire estimés à 7,3 milliards d'euros la même année. Bien que la comparaison soit tout à fait contestable sur le plan intellectuel du fait que ces sommes recouvrent des coûts et des prestations différentes dans les deux cas⁴, le procédé est largement utilisé dans les médias et y compris par des institutions de la République⁵.

La nouveauté, avec le rapport HCAAM, est que pour la première fois, à la demande d'un ministre en charge de la Sécurité sociale, le scénario de fusion-absorption des complémentaires santé par l'Assurance maladie a été sérieusement étudié tant dans ses fondements théoriques que dans sa mise en pratique concrète. De fait, la mesure a considérablement progressé d'un point de vue technique et opérationnel. Le rapport fournit en quelque sorte une partie du mode d'emploi pour sa mise en œuvre.

Autre effet majeur, cette fois sur l'opinion publique, **la séquence médiatique qui a accompagné la parution du rapport fut l'occasion, pour les partisans de la Grande Sécu, de passer d'une idée autrefois considérée comme purement fictionnelle à une possibilité parmi d'autres.** Alors que peu de gens en parlaient, hormis les cercles d'experts, désormais la proposition figure dans le champ des politiques possibles pour un plus grand nombre de personnes qu'auparavant⁶. Pour reprendre la grille d'analyse formulée par le lobbyiste américain Joseph P. Overton⁷, nous pouvons considérer que l'idée de Grande Sécu a progressé, sans toutefois l'atteindre, vers le centre de la « fenêtre de possibilité politique » qui représente l'espace à l'intérieur duquel se situent toutes les propositions acceptables, c'est-à-dire « celles qu'un gouvernant peut soutenir sans perdre la prochaine élection ».

4. Par exemple : les complémentaires santé doivent dépenser pour acquérir des clients/adhérents ce que n'a pas à faire le régime obligatoire par définition.

5. La Cour des comptes se prête à la comparaison dans son rapport de 2021 tout en reconnaissant qu'elle est intellectuellement infondée. Pour autant, en rapprochant la baisse des frais généraux des régimes de Sécurité sociale (-4,8 % de 2009 à 2018) de la croissance de ceux des complémentaires santé sur la même période (+46 %), la Cour des comptes apporte sa crédibilité à la contestation du système mixte RO/RC actuel sans pour autant plaider en faveur de la Grande Sécu.

6. Inversement, la séquence fut également l'occasion pour les opposants de parfaire et améliorer leur contre-argumentation en se basant sur les failles du raisonnement, les oublis du plan d'application et les conséquences concrètes (humaines, financières et politiques) qu'une telle mesure aurait si elle devait être appliquée.

7. Selon l'expérience d'Overton, les idées cheminent le long d'une échelle démarrant de l'impensable ou inimaginable à radical, puis acceptable, puis raisonnable, pour devenir populaire et enfin se concrétiser en une décision publique. Voir « Que voit-on par la "fenêtre d'Overton" ? », Philosophie magazine, Nicolas Gastineau, 28 février 2022.



Sur le fond, des tensions croissantes sur le système de santé et les financements de la protection sociale

En toile de fond des débats politiques, l'hypothèse d'un scénario Grande Sécu tire sa source d'un constat de tensions croissantes sur le système de santé et son financement.

En résumant à grands traits la situation : **l'évolution de l'état de santé des Français fait peser une contrainte budgétaire de plus en plus lourde** sur l'Assurance maladie obligatoire. Cela tient à plusieurs facteurs qui se cumulent, dont notamment l'augmentation continue des maladies chroniques au sein d'une population vieillissante. À horizon de dix ans, les affections longue durée, prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire, pourraient atteindre 80 % de ces dépenses si le système demeure inchangé⁸. Les maladies infectieuses n'ont pas disparu pour autant, comme nous le rappelle la pandémie du Covid.

À cela s'ajoutent **les coûts du progrès technologique et thérapeutique** qui permet de renforcer notre capacité à traiter des maladies autrefois incurables ou à améliorer les prises en charge et traitements.

8. Sources : simulations HAS et note 145 DG Trésor d'avril 2015, actualisée. Voir Panorama des besoins sociaux à horizon 2035, p. 130. Disponible dans le Centre des ressources prospectives VYV.

Tout cela se produit dans un contexte où se font jour **de fortes demandes de revalorisation salariale des différentes professions du soin et de l'accompagnement médico-social**.

En outre, **une grande partie de la population se trouve désormais dans un désert médical**⁹, et les inégalités de santé se maintiennent à un très haut niveau, voire s'aggravent dans certains cas.

Aux insuffisances du système de soins s'ajoute le **problème de sa complexité vécue** et donc de sa lisibilité, tant pour les professionnels de santé que pour les patients, avec des effets potentiellement délétères sur leur santé, que pour les pouvoirs publics qui peinent à percevoir les plus-values apportées par les différents acteurs – et notamment par les organismes complémentaires d'assurance maladie. C'est d'abord l'intervention de l'État central, et de la sphère publique en général, qui est attendue par de larges pans de la population qui expriment le souhait d'une **hausse des attentes de protection publique**¹⁰. Du fait de la multiplication des crises passées et à venir (crise sanitaire, inflation, catastrophes écologiques, conflits armés...), l'idée d'une souveraineté sanitaire trouve des partisans de plus en plus nombreux.

Nationalisation immédiate ou transition progressive ?

On l'a vu, les causes d'un tel scénario se trouvent à la fois dans les tensions croissantes sur le système de santé et son financement, et dans le souhait de certains décideurs publics de nationaliser les complémentaires santé (au sens du deuxième étage de l'Assurance maladie) par fusion-absorption au sein de la Sécurité sociale. Concrètement, quelles formes pourrait prendre ce scénario ?

9. Le rapport sénatorial n° 587 « Hôpital, sortir des urgences », du 29 mars 2022, évoque 30,2 % de la population française vivant dans un désert médical. Dans des prises de parole à l'automne 2022, Agnès Firmin Le Bodot, nouvelle ministre de la Santé sur les Territoires, évaluait à 87 % la population française concernée par des territoires sous-denses en santé, et 6 millions de Français sans médecins traitants.

10. 85 % des Français auraient envie de bénéficier d'une couverture sociale étendue à tous les soins, que tous les types de soins soient remboursés par l'État (Baromètre prospectif Mieux Vivre VYV/Ipsos 2021-22). 66 % des Français pensent que la solidarité devrait avant tout être l'affaire de l'État, des collectivités locales ou de la Sécurité sociale, un chiffre en hausse de 19 points depuis 2013 (Baromètre Fractures sociales 2022 de la Fondation Jean Jaurès/Ipsos). Enfin, selon le baromètre VYV/UNIOPSS/ Viaivoice sur la protection sociale réalisé en décembre 2021, les Français comptent, pour leur protection, sur l'articulation entre la Sécurité sociale d'une part et les mutuelles et complémentaires santé d'autre part. Parmi les acteurs qu'ils estiment être les plus importants pour la protection sociale, les Français interrogés citent d'abord la Sécurité sociale à 87 %, devant les complémentaires santé et les mutuelles, à 78 % puis l'État à 76 %. Malgré leur attachement au système de protection sociale, il ressort que les Français plébiscitent un renforcement de ce dernier. Seulement 43 % se disent confiants sur la protection en matière d'assurance chômage, 31 % dans le domaine de la prévention et de la perte d'autonomie, et 29 % sur l'assurance retraite.

En se basant sur des méthodes mises en œuvre pour transformer diverses politiques publiques au cours des décennies récentes, on peut considérer raisonnablement que deux formes apparaissent possibles :

UNE FORME « RAPIDE », MOINS PROBABLE À COURT TERME

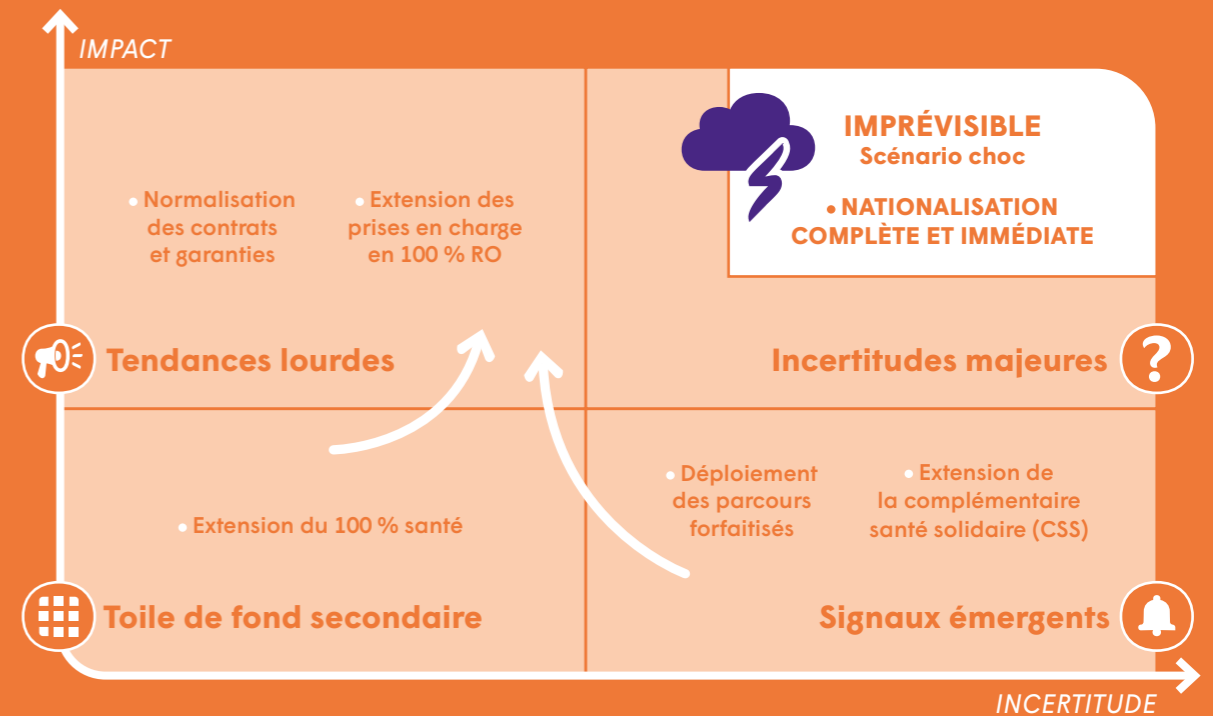
Comment cela pourrait-il advenir ? Il suffit d'une décision politique. Imaginons... La proposition figure en bonne place dans le programme électoral du ou de la prochaine candidate qui remporte l'élection présidentielle. Le nouvel exécutif met rapidement en débat la mesure au Parlement pour une prise d'effet avant la fin du quinquennat de manière à pouvoir capitaliser électoralement sur la mesure en vue de la prochaine élection. **En quatre ou cinq années, la bascule vers le régime obligatoire de 80 % des prestations des complémentaires santé est opérée.** À la fin de la séquence, ces dernières ne réalisent que des prestations supplémentaires, c'est-à-dire sur les domaines où, par choix ou contraintes budgétaires, la Sécurité sociale n'agit pas ou très marginalement.

Par commodité pour la simulation prospective, ce scénario permet de se figurer dans un monde « avant/après ». Cependant, il apparaît évident qu'en l'état actuel des équilibres politiques et sociaux du moment, il n'est pas le scénario le plus probable à court terme qui prendrait davantage une forme beaucoup plus graduelle, d'évolution pas après pas.

UNE FORME « GRADUELLE », PLUS VRAISEMBLABLE, ET EN PARTIE DÉJÀ À L'ŒUVRE

L'analyse fine des évolutions réglementaires, PLFSS après PLFSS, et du jeu actuel des pouvoirs publics montre qu'une pluralité de scénarios plus graduels d'extension de l'influence du régime obligatoire semblent déjà s'engager. Parmi les inflexions déjà en cours qui pourraient progressivement amener à la rupture avec l'équilibre existant, figurent les éléments suivants que l'on peut présenter selon la grille d'analyse classique de la prospective (voir encadré) :

Quelles dynamiques d'extension du régime obligatoire ?



En prospective, les mutations de l'environnement sont analysées au prisme :

- 1 de leur vraisemblance** (certitude ou incertitude sur ce qui va se passer) ;
- 2 de leur impact** (fort ou modéré) sur l'organisation et son environnement. Sont ainsi répertoriés :

Des tendances lourdes, à probabilité impact certains.

Des signaux émergents, encore incertains et peu impactants, mais à suivre car susceptibles d'évoluer à l'avenir.

Des toiles de fond secondaires. On parle ici de tendances déjà à l'œuvre mais dont l'impact n'est pas déterminant. Cela ne change pas la donne, mais peut contenir des effets structurants à terme, si le mécanisme se poursuit et se renforce.

Des incertitudes majeures, ou facteurs de rupture possibles qui sont aujourd'hui incertains, mais dont l'impact serait puissant si cela advenait. On parlera de « cygnes noirs » pour qualifier les scénarios les plus extrêmes. Le scénario de Grande Sécu ou nationalisation abrupte des complémentaires santé relève clairement de cette catégorie.



Les tendances lourdes

La normalisation réglementaire des complémentaires santé

Les pouvoirs publics français mais aussi européens contrôlent de plus en plus précisément des caractéristiques essentielles de l'activité des complémentaires santé. Le mouvement a été initié par la normalisation des garanties par le biais du dispositif législatif dénommé « **contrat responsable** » qui a conduit, d'une part, à fixer des plafonds et des planchers de remboursement en-dessus et en-dessous desquels les contrats sont soumis à un taux supérieur de taxation et d'autre part, à intégrer des prestations devant être obligatoirement prises en charge par les complémentaires santé. Dans le même temps, le législateur européen développait, au nom de la protection du consommateur et de l'im-pératif de stabilité financière, **des réglementations encadrant à la fois l'activité opérationnelle des complémentaires santé** (directive distribution des assurances, lutte contre la corruption et le blanchiment, fonds propres et solvabilité...) **mais aussi leur gouvernance** (contrôle de l'honorabilité et de la compétence des dirigeants effectifs par voie administrative).

L'extension des prises en charge en 100 % régime obligatoire

Au cours des dernières années, la CNAM a vu son périmètre d'action s'étendre tant en direction de populations spécifiques que de types de prises en charge. Le fait que de plus en plus de personnes soient atteintes **d'affections longue durée (ALD) remboursées à 100 %** par la Sécurité sociale contribue mécaniquement à l'extension de son rayon d'action. La tendance n'est malheureusement pas près de ralentir. Par ailleurs, à la suite de décisions politiques, le régime obligatoire élargit régulièrement son champ d'action sur des prestations considérées comme devant relever uniquement de la Sécurité sociale pour des motifs d'intérêt général. On pensera également aux **rendez-vous de prévention à divers âges** de la vie, dont notamment ceux en discussion dans le PLFSS 2023, aux multiples dépistages de cancers (sein, utérus, colon...), aux vaccinations obligatoires bien entendu, ou plus récemment aux tests Covid. Plus méconnue, rentre dans cette tendance de fond **la prise en charge de bilans d'activité physique et psychologique pour les personnes en rémission de cancer ou atteintes de diabète**. Ces deux mesures sont à noter, non pas tant pour le volume de remboursement qu'elles représentent, mais parce qu'**elles interviennent sur des domaines innovants sur lesquels les complémentaires furent longtemps seules à intervenir**.



Les signaux émergents

L'extension de la complémentaire publique ou complémentaire santé solidaire (CSS)

La contestation par les pouvoirs publics de la primauté et de l'efficacité des organismes complémentaires d'assurance maladie à s'adresser aux plus démunis s'est traduite par la mise en place de la complémentaire santé solidaire¹¹. Il s'agit d'une **véritable assurance complémentaire santé parapublique**, dont les garanties et les prix sont définis par décrets, distribuée principalement¹² par les caisses primaires d'assurance maladie, c'est-à-dire la Sécurité sociale elle-même. Tendanciellement, la CSS contient en elle-même une forme de Grande Sécu qui ne dit pas son nom et commençant par le bas de la pyramide des revenus.

Il suffirait en effet à un gouvernement d'augmenter sensiblement le plafond de ressources pour rendre éligibles plus de personnes à la CSS contributive afin d'en faire un produit concurrentiellement les complémentaires santé sur leur cœur de métier.

Le développement de parcours forfaitisés structurés par la CNAM

Moins évident à déceler que les tendances évoquées précédemment, mais peut-être plus structurant encore pour l'avenir du financement du système de santé, **le passage d'un paiement aujourd'hui très majoritairement à l'acte à des prises en charge forfaitaires (par épisode de soin ou populations) pourrait voir les complémentaires santé fortement remises en question**. Or en cette matière, la CNAM expérimente depuis plusieurs années¹³ le développement de ce type de paiement qui correspond mieux à la façon dont les professionnels de santé peuvent prendre en charge les malades chroniques, nécessitant du temps d'accompagnement (exemple : le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, certains cancers...).

À l'inverse, les complémentaires santé, par le fonctionnement de leurs systèmes d'information et leurs pratiques, ont peu développé les prises en charge forfaitaires. On peut supposer que si cela était amené à se développer fortement dans les prochaines années sous l'impulsion des pouvoirs publics, et sans investissements forts des complémentaires santé en la matière, alors ces dernières pourraient se voir supplantées par l'assurance maladie obligatoire, faute d'avoir pu **s'adapter aux nouvelles règles du jeu**. Leur pertinence serait ainsi sérieusement érodée.

11. La complémentaire santé solidaire (CSS) donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé de l'assuré social (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la Sécurité sociale. La complémentaire santé solidaire inclut aussi des forfaits de prise en charge pour les prothèses dentaires, les lunettes, les aides auditives... Pour faciliter l'accès aux soins, l'assuré social ne paie pas directement ses dépenses de santé. Il s'agit de la dispense d'avance des frais ou tiers payant.

12. En dehors d'Harmonie mutuelle et MGEN, les autres mutuelles ont renoncé à distribuer ce produit devant les coûts cachés qu'il génère : absence de rémunération pour la distribution de la CSS non contributive et rémunération inférieure aux coûts réels pour la distribution de la CSS contributive.

13. Ces expérimentations sont menées dans le cadre du dispositif « article 51 » (LFSS 2018). L'objectif du dispositif article 51 est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.



Un signal émergent : les expérimentations « article 51 » sur les parcours forfaitisés

La CNAM expérimente des prises en charge forfaitaires financées sans les complémentaires santé dans le cadre dit de « l'article 51 » (du nom de l'article de LFSS 2018 qui autorise les expérimentations en dehors du cadre législatif en vigueur)¹⁴.

Des professionnels de santé engagés par une contractualisation avec les agences régionales de santé (ARS) et/ou les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) prennent des initiatives sur l'accès aux soins, la prévention ou l'amélioration des parcours de soins sur la base de diagnostics territoriaux. Pour ce faire, le financement s'écarte de la tarification à l'acte au profit d'un paiement au forfait en 100 % assurance maladie obligatoire.

Les expérimentations les plus réussies ont vocation à entrer dans le droit commun. C'est le cas du programme « Retrouve ton cap » visant à prévenir l'obésité des enfants (3 à 8 ans)¹⁵. L'arrêté précise : « Le dispositif est financé par l'Assurance maladie sur la base d'une rémunération globale et forfaitaire pour l'équipe de soins à savoir un forfait bilans puis un forfait séquence de séances de suivi par patient. » Le directeur adjoint de la CNAM, Ayden Tajahmady, considère que « le forfait est le meilleur outil de financement. Il lui reconnaît trois vertus, à savoir : la solidarité, la coordination et des moyens dédiés tels que l'intervention d'acteurs non remboursés [par le régime obligatoire], comme les psychologues ou les diététiciens¹⁶ ».

Liste des expérimentations : Expérimentations en cours - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)

14. [Rapport_parlement_article_51_2021.pdf](#) (solidarites-sante.gouv.fr).

15. Arrêté du 14 novembre 2022 fixant le cahier des charges destiné aux maisons de santé et aux centres de santé souhaitant mettre en place le parcours pluridisciplinaire de prévention de l'obésité infantile - [Légifrance](https://legifrance.gouv.fr) (legifrance.gouv.fr).

16. « François Braun est prêt « si nécessaire » à porter une loi Santé sur l'article 51 », [Hospimédia](https://www.hospimedica.com), 25 novembre 2022.



Toile de fond secondaire

L'avancée de la Sécurité sociale sur des domaines autrefois confiés aux complémentaires santé

Avec la mise en place du « reste à charge zéro » ou « 100 % santé¹⁷ » sur les lunettes, prothèses auditives et dentaires lors du premier quinquennat Macron, l'Assurance maladie obligatoire a accru nettement son champ d'action sur des domaines qui étaient historiquement l'apanage des mutuelles et autres assurances santé. L'orthodontie ou le matériel médical pourraient être bientôt concernés. L'impact sur leur activité est modéré, mais bien réel, ainsi que sur l'activité du livre III. **Avec cette réforme majeure, les partisans de la sphère publique ont pu considérer que les instruments de la régulation publique étaient plus à même d'améliorer l'accès aux soins des populations.** En effet, la réforme du 100 % santé combine une hausse des prises en charge régime obligatoire et surtout régime complémentaire avec la mise en place d'un **contrôle administratif des prix¹⁸** qui se traduit par l'instauration de prix limites de vente (PLV). C'est ce qui se joue par exemple actuellement pour le matériel médical.

La régulation, au cours des dernières années, du secteur optique par les pouvoirs publics mérite d'être regardée avec attention. Elle est emblématique de la tendance à l'œuvre qui tend à **faire de moins en moins confiance à la seule régulation par le marché au profit d'une régulation administrative.** Poussés par les consommateurs-électeurs, les gouvernements successifs ont cherché à limiter la progression de la dépense globale d'optique considérée comme fortement inflationniste. Pour cela, ils ont agi dans un premier temps sur les conditions de la concurrence dans le secteur de la distribution d'optique (facilitation de la vente à distance, meilleure transparence et lisibilité des offres...) puis, constatant les limites de cette seule approche par le marché, ils ont limité la solvabilisation de la demande qu'offraient les complémentaires santé en fixant à ces dernières un plafond de remboursement dans le cadre du contrat responsable. Le troisième temps de la séquence correspond à l'action non plus sur la seule demande mais directement sur l'offre avec l'instauration de prix limites de vente. Mécanisme en voie d'accentuation dans le cadre du PLFSS 2023 qui voit la mise en place d'un taux de marge maximal pour l'activité de distribution de l'optique et des prothèses auditives pour les paniers A (les marges demeurent libres pour les paniers B), à l'instar de ce qui se pratique déjà pour la distribution de médicament.

17. À ne pas confondre avec le « 100 % Sécu ».

18. Sur les premiers paniers de remboursement. Par exemple, en optique, la classe A est sans reste à charge pour le patient et comprend des verres et montures dont le prix maximum est fixé par voie administrative. À l'inverse, les verres et montures de panier B sont à prix libre. Il en va de même pour les prothèses auditives et les soins dentaires.

Expérimenter et innover pour mieux soigner - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr).



Ces tendances mises bout à bout, si elles devaient se poursuivre au cours des prochaines années, ne manqueraient pas d'influer profondément sur l'équilibre du système mixte RO-RC au risque de remettre en cause son existence même.

En effet, certains partisans d'une approche de type Grande Sécu pourraient considérer que l'étape ultime d'une régulation administrative de l'étage complémentaire correspond à son absorption par la Sécurité sociale.

Précisons que cette analyse n'a rien de déterministe et qu'elle se base uniquement sur des faits constatés. Mais **une telle tendance pourrait tout à fait s'inverser radicalement si, par exemple, un gouvernement décidait, pour des raisons d'équilibre des comptes de la branche maladie de la Sécurité sociale, de transférer une large partie des remboursements du régime obligatoire vers les complémentaires santé**¹⁹. Dans cette hypothèse, l'on reparlerait alors d'un renforcement du système RO-RC à rebours de la Grande Sécu.

19. Discussions en cours avec le gouvernement en décembre 2022, à la suite des annonces du ministre de la Santé.



Des conséquences majeures pour les mutuelles de santé

Comment réagir le lendemain de l'annonce par un gouvernement d'un plan Grande Sécu ? Telle est la question à laquelle nous avons tenté de répondre au cours de notre réflexion et de nos exercices de mise en situation. Loin de vouloir détailler l'ensemble des mesures à prendre, nous avons cherché à pointer les sujets stratégiques qui conditionnent une capacité de réaction et de rebond pour l'avenir des mutuelles de santé au service de leur raison d'être.

Dans les deux cas de figure décrits précédemment, à savoir un choc soudain ou un processus plus progressif, l'effet sur les mutuelles de santé serait massif. La seule différence est le temps laissé pour s'adapter à la nouvelle donne et trouver des activités en rebond.

Pour faciliter la compréhension, nous avons choisi d'analyser les effets du scénario Grande Sécu en distinguant les deux activités majeures des mutuelles de santé :



1. L'ASSURANCE SANTÉ



2. L'OFFRE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE



L'ASSURANCE SANTÉ

ENJEUX ET IMPACTS POUR LES MUTUELLES DE LIVRE II

L'exercice de prospective en la matière semble assez simple à réaliser à première vue.

Nul besoin de forcer le trait pour imaginer l'ampleur de l'effet de souffle que représenterait pour les mutuelles une reprise de 80 % de l'activité de complémentaire santé par le régime obligatoire.

Cette réduction draconienne de leur périmètre d'action les rendrait moins attractives du point de vue des adhérents, y compris sur les 20 % d'activités restant. Ces adhérents pourraient justement se poser la question de la pertinence à s'assurer en santé si l'essentiel est pris en charge par la Sécurité sociale, d'autant plus que les contraintes réglementaires et le changement d'échelle entraîneraient en proportion pour les opérateurs une hausse sensible des frais supportés par un volume d'activité réduit.

Seules quelques mutuelles pourraient survivre en étant contraintes à devenir des mutuelles premium (surcomplémentaire) et/ou de niche sur des interstices non couverts par la Grande Sécu.

Néanmoins, la perspective d'une reconversion et d'un rebond en se recentrant sur certains de leurs métiers et/ou en explorant de nouveaux champs d'activités demeure possible à condition de préserver trois actifs fondamentaux²⁰.

Le maintien des réserves des mutuelles

Alors que le débat s'est focalisé récemment sur les frais généraux des complémentaires santé, souvenons-nous qu'au milieu des années 2000 des ministres en exercice avaient émis publiquement l'idée que les réserves des complémentaires santé auraient pu être ponctionnées pour financer l'action publique. Derrière cette mise en cause opportune figurait une critique sous-jacente sur le bien-fondé de ces réserves (ne sont-elles pas trop importantes ?) cachant à peine la volonté de les utiliser à d'autres fins que ce pour quoi elles avaient été constituées.

20. Pour cela nous avons sollicité l'avis de Julien Damon, expert protection sociale, directeur scientifique à l'EN3S et professeur associé à Sciences-Po. Voir en annexe pour la note qui détaille les enseignements résumés ici.

Notons que lors des récents débats sur la réforme de la retraite à points, les réserves des régimes de retraite complémentaire des cadres et non-cadres ont également été au centre de l'attention. Certaines simulations montraient qu'elles auraient été cruciales pour la réussite de la réforme en permettant de financer la coûteuse phase de transition entre les deux systèmes.

Dans l'hypothèse d'un scénario de Grande Sécu, nul doute que les projecteurs seraient braqués sur le devenir des fonds propres libres des mutuelles. Bien qu'étant impartageables car appartenant à la communauté des adhérents, des voix pourraient se faire entendre pour en réclamer l'utilisation à d'autres fins que celles voulues par les adhérents eux-mêmes.

Le maintien de la pleine propriété des fonds propres libres des mutuelles, et du principe de leur impartageabilité, serait une condition essentielle pour un redéploiement vers d'autres activités au service des adhérents et patients des mutuelles.

La reconfiguration des systèmes d'information (SI)

Si la protection sociale est faite de règles de droit, d'institutions, de principes, de personnels, etc., elle repose de plus en plus sur des systèmes d'information (SI) performants, sophistiqués et donc coûteux. Les réformes et projets de réforme négligent trop cette dimension (qui n'est pas abordée dans les travaux HCAAM). Or bien des difficultés contemporaines dans la conduite et la réalisation des réformes relèvent des SI qui ne sont pas prêts ou qui ne peuvent l'être dans des horizons de temps raisonnables. Un projet de fusion AMO/AMC dans le cadre d'une Grande Sécu pourrait ainsi se révéler un cauchemar informatique sur de longues années tant pour la Sécurité sociale que pour les complémentaires santé, sans parler des effets sur les assurés sociaux. Comme en témoignent dans l'histoire de la Sécurité sociale certains rendez-vous ratés (DMP) voire certains accidents industriels (mise en place du RSI) ou encore des blocages de réformes dans d'autres branches de la protection sociale (contemporanéisation des allocations logement pour la branche famille).

En tout état de cause, une des conditions d'une réorientation réussie pour les mutuelles résiderait dans leur capacité à reconfigurer rapidement et efficacement leurs systèmes d'information dans un monde où le paiement en complément du remboursement de la Sécurité sociale n'est plus la norme.

La préservation des compétences humaines clefs

Outre les actifs financiers et les systèmes d'information, le principal atout des complémentaires santé qui ne possèdent pas ou très peu de capital technologique, ni de brevets, réside dans le capital humain. Dans un scénario Grande Sécu, une partie importante des effectifs pourrait se voir transférée à la CNAM pour renforcer les équipes du régime obligatoire en charge de gérer un très net surcroît d'activité. L'enjeu fondamental pour les complémentaires santé serait de pouvoir conserver les compétences clefs qui permettront le rebond d'activité et la reconversion.



L'OFFRE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

PREMIERS ENJEUX POUR LES MUTUELLES DE LIVRE III

Au-delà de l'impact sur les activités assurantielles, la Grande Sécu aurait **des conséquences majeures sur l'organisation du système de soins** car elle impacterait directement l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale des mutuelles. Le rapport HCAAM de janvier 2022 évoque le devenir des établissements mutualistes au sein de son scénario « extension du champ d'intervention de la Sécurité sociale ».

Quels seraient les scénarios envisageables en tenant compte des acteurs en présence ?

Le livre III mutualiste, principal espace de rebond pour les mutuelles

Le livre III apparaît à l'évidence comme le principal espace de redéploiement possible des mutuelles, espace d'expérimentations et d'innovations. Au cœur de l'identité mutualiste depuis toujours, l'offre de soins au sens large, y compris en intégrant le logement, deviendrait le nouveau cœur du système mutualiste. Il s'agit en outre d'un élément d'identité mutualiste et de différenciation nette par rapport aux assureurs à but lucratif.

Dans le cas où ce rebond ne serait pas possible, plusieurs scénarios émergent.

Une reprise par le secteur public

Le plus évident à imaginer est celui où les ministères de la Santé et de la Solidarité se mobiliseraient pour assurer la pérennité de l'offre mutualiste en reprenant les structures qui peuvent compléter utilement l'offre publique existante. Cependant, il n'est pas à exclure qu'une partie de l'offre pourrait être considérée comme redondante ou excédentaire alors que dans le même temps les pouvoirs publics conduisent des opérations de « rationalisation » de lits et places.

Une reprise par l'Assurance maladie obligatoire

En complément d'un transfert des activités d'assurance santé, le régime obligatoire pourrait reprendre les réalisations sanitaires et sociales des mutuelles qui n'auraient plus les capacités de les maintenir. En effet, bien que relativement peu connus des Français, **il existe des établissements d'action sociale et sanitaire dans le giron de la Sécurité sociale (UGECAM)**. Cela représente des budgets d'environ 5,5 milliards d'euros pour la branche famille, de 400 millions d'euros pour la branche retraite, de 100 millions pour la branche maladie. Du côté Assurance maladie, on aboutit à plus de 500 millions d'euros si on ajoute les dépenses du fonds de la CNAM pour les opérations de sensibilisation et de prévention, en particulier pour l'animation du réseau des 55 centres d'examen de santé. Il demeure de la place pour développer l'investissement « d'action sociale » du régime obligatoire qui pourrait vouloir également récupérer cet actif mutualiste.



Techniquement, l'Assurance maladie pourrait y voir un intérêt dans la maîtrise du parcours de santé et de soins des patients, avec la mise en place de parcours coordonnés alliant accès à des infrastructures sanitaires et sociales et remboursements par le régime obligatoire. Cela permettrait aux pouvoirs publics de compléter l'offre publique de soins, aux côtés des établissements publics (CHU, centres hospitaliers...).

En termes de financement, les CPAM disposent de fonds d'action sociale qui contribuent à financer des parcours et pourraient être orientés vers la reprise par exemple d'établissements pour personnes handicapées.

Des inspirations internationales (le National Health Service en Grande-Bretagne, le Managed Care aux États-Unis) montrent l'intérêt de ces parcours coordonnés qui intègrent toute la chaîne de valeur pour les patients dans un seul grand ensemble.

Les patients y trouveraient un parcours fluide, de qualité, et peu onéreux. L'UGECAM étant « hors marché » (privé non lucratif à financement public), la mise en place de parcours serait même probablement plus aisée qu'au sein de la Mutualité, les directives européennes obligeant à la séparation des activités du livre II et du livre III.

Rappelons que ces parcours fluides, de qualité et peu onéreux peuvent également être mis en place par les mutuelles. Ces dernières ayant pour atout une meilleure représentation des usagers sur les territoires, via l'accès à des représentants de proximité et de confiance connaissant les problématiques spécifiques de leurs adhérents. Elles ont en outre des capacités d'investissement qui peuvent être mises à profit sur des parcours qui leur seraient confiés.

Une municipalisation ou une départementalisation

Les communes disposent de centres communaux d'action sociale (CCAS) qui incluent l'accès à de l'assistance sociale pour orienter, aider, des personnes âgées ou vulnérables à rentrer dans des dispositifs d'accompagnement sanitaires et sociaux (SAD, SSIAD, etc.). Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont également été créés pour être le point d'entrée pour les professionnels et structures qui font face aux personnes en situations de santé et de vie complexes et favoriser le maintien à domicile. Ce rôle de « *case/care management* » devient important dans le cadre du « virage domiciliaire » organisé pour maintenir les personnes âgées à domicile. Il existe des centres de santé communaux, des EHPAD communaux. Les communes s'occupent également des crèches, autant d'activités existant également au sein du livre III qui pourraient être reprises.

La loi 3DS (février 2022) procède à certains ajustements « techniques » (centres de santé, handicap, résidence autonomie, petite enfance) et donne aux collectivités territoriales la possibilité de participer plus activement à la conduite des politiques de santé.

Les communes et départements peuvent ainsi être tentés de montrer qu'ils s'occupent bien ou mieux de leurs administrés en recrutant par exemple des professionnels de santé pour les centres de santé dont ils sont gestionnaires, en reprenant la gestion de centres privés à but non lucratif qui seraient trop affaiblis.

La difficulté de ce scénario résiderait dans la capacité des communes ou départements à rééquilibrer les comptes et assurer des plans de restructuration pour les établissements affaiblis.

Une reprise par le secteur privé non lucratif

De nombreux établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires sont la propriété d'associations et de fondations, partageant avec les mutuelles une logique privée non lucrative et une communauté de valeur. Les établissements mutualistes en difficulté pourraient trouver preneur auprès de ces acteurs. La difficulté réside dans la fragilité financière des acteurs associatifs et des fondations qui, sauf exception, ne disposent pas des moyens nécessaires à de telles reprises d'activité.

Néanmoins, une dynamique d'alliances ou de partenariats entre acteurs du même écosystème privé non lucratif, éventuellement élargie aux opérateurs publics, semble plus envisageable, comme cela s'expérimente actuellement sur les territoires (ex. conférence des financeurs de la CNSA).

Une reprise par le secteur privé lucratif

Autres acteurs du secteur, les groupes privés à but lucratif pourraient également être intéressés pour reprendre les établissements mutualistes notamment les plus rentables. Cela supposerait une restructuration au regard des normes du secteur lucratif, au risque d'en dénaturer la qualité de prise en charge.

Une hybridation de ces hypothèses est également possible dans le cadre d'un démantèlement du livre III

Les établissements de court séjour (MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), pourraient être repris par l'Assurance maladie. Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les centres de santé, les crèches, les structures et dispositifs de soins et maintien à domicile (SAAD : services d'aides et accompagnement à domicile ; SIIAD : services de soins infirmiers à domicile, etc.) par les communes et départements. Éventuellement par le privé lucratif pour les EHPAD, avec les réserves liées aux conséquences du scandale ORPEA.

Une liquidation/disparition des établissements

L'hypothèse d'une liquidation pure et simple de certains établissements n'est pas à exclure. Compte tenu d'une répartition géographique disparate, les acteurs publics au sens large pourraient ne pas vouloir reprendre les établissements situés dans des zones où l'offre est estimée comme surabondante, les établissements peu rentables n'intéresseraient pas les acteurs lucratifs, et les privés non lucratifs n'auraient pas nécessairement les moyens financiers pour agir en repreneur. Ce scénario du pire conduirait à une perte irremplaçable pour l'accès aux soins de nos concitoyens.

2

**Face à un tel
scénario,
la nécessité
de repartir des
besoins sociaux**

Face à un tel scénario, la nécessité de repartir des besoins sociaux

Rétrospectivement, l'histoire et les fondamentaux mutualistes éclairent et inspirent

En prospective, regarder le passé permet d'éclairer l'avenir. Dans le cas de l'histoire des mutuelles, l'analyse de leurs origines et de leurs évolutions met l'accent sur les fondamentaux ; en l'occurrence, une mutualisation des ressources des adhérents pour couvrir leurs besoins sociaux, et une capacité renouvelée à innover.

Au XIX^e siècle, les caisses mutualistes se constituent pour « assurer la distribution de secours gratuits en cas de maladie et l'allocation d'indemnités pour le temps où les sociétaires ne peuvent travailler »²¹ ou bien pour permettre des funérailles dignes, l'achat de linceul par exemple.

En mars 1944, lors de la création de la Sécurité sociale, la couverture sociale est généralisée à toutes les personnes et à tous les risques – exception faite du chômage – et sa gestion est confiée aux représentants des travailleurs (syndicats professionnels) et du patronat, plutôt qu'aux mutualistes. Les sociétés de secours mutuels, rebaptisées sociétés mutualistes, transformées en organismes de prévoyance libres et complémentaires, se voient néanmoins confier des missions « de prévoyance, de solidarité ou d'entraide visant notamment la prévention des risques sociaux et la réparation de leurs conséquences, l'encouragement de la maternité et la protection de l'enfance et de la famille [et] le développement moral, intellectuel et physique de leurs membres²² ».

21. Calcul de pensions dans les sociétés de prévoyance par M. le général Didion, 1^{er} janvier 1863.

22. La loi Morice ou le renouveau mutualiste – Histoire des mutuelles (mutualite.fr).

À partir de 1947, après une période de doute, la Mutualité s'affirme comme un partenaire privilégié de la Sécurité sociale. Outre sa position de complémentaire santé, confortée par le maintien du ticket modérateur, elle s'investit dans les activités contribuant au développement moral, physique ou intellectuel de ses membres, ce qui implique des actions allant bien au-delà des stricts domaines socio-sanitaires. Elle peut également jouer le rôle de correspondant local assurant la constitution des dossiers et le paiement des prestations. Cet épisode de « choc réglementaire » aura ainsi été l'occasion d'un renouveau du mouvement.

Ces éléments inspirent aujourd'hui la réflexion prospective : dans un contexte de rupture, comment anticiper une nouvelle trajectoire ? Et en premier lieu, repartant de la « raison d'agir » des mutualistes, quelles évolutions des besoins sociaux peut-on anticiper ?



Panorama des grands besoins de protection sociale à horizon 2030-2035

Pour repartir des fondamentaux du mutualisme, le parti pris a été d'aborder les besoins sociaux sous l'angle de la grille enrichie des risques de la protection sociale. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur l'expertise du cabinet Futuribles et de Julien Damon, expert de la protection sociale, professeur associé à Sciences Po, conseiller scientifique à l'EN3S.

L'horizon 2030-35 a été retenu pour l'analyse de ces besoins, afin de prendre en considération l'horizon temporel minimal présumé de la mise en place d'un scénario Grande Sécu ; un horizon temporel qui permet d'entamer dès aujourd'hui les chantiers nécessaires pour s'y préparer.

Des espaces de développement ou de redéploiement pour les mutuelles ont été identifiés. Deux documents ont été produits et sont accessibles dans le Centre de ressources prospectives VYV : le Panorama des besoins sociaux à horizon 2035, qui est une analyse détaillée des besoins, et une version synthétisée de fiches par risques.

En résumé 



RISQUES SANTÉ



RISQUES FAMILLES



RISQUES AUTONOMIE HANDICAP



RISQUES PAUVRETÉS
ET CHÔMAGE



RISQUES AUTONOMIE
PERSONNES ÂGÉES



RISQUES RETRAITES



RISQUES
ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES
PROFESSIONNELLES



RISQUES
SOCIO-ÉCOLOGIQUES



RISQUES SANTÉ

Alors que des pathologies se développent (chroniques, mentales – notamment chez les jeunes, visuelles et auditives, liées au grand âge, aux addictions, aux risques socio-écologiques...), que les coûts de nouveaux traitements pèsent davantage, les inégalités de santé se renforcent et fragilisent les plus vulnérables qui cumulent mauvais état de santé, isolement social, difficultés économiques et d'accès aux soins. Pour d'autres catégories de population, des offres de santé (optique, audio, dentaire, médecine douce...) s'assimilent à des biens de consommation.

Les déserts médicaux progressent et le vieillissement démographique accroît la pression sur le système hospitalier. Une réorganisation du système de santé et de soins avec le déploiement de solutions d'accueil intermédiaires (ambulatoire, HAD, SSR), un redéploiement de la médecine de ville, le développement de la télémédecine, devient nécessaire. La prévention santé, la médecine scolaire et du travail, doivent se réinventer.

Les différents acteurs de la démocratie sanitaire et sociale (professionnels de santé, territoires et collectivités, employeurs publics et privés, mutuelles au titre du financement et de la présence d'une offre de santé et de soins privée non lucrative, autres acteurs privés et publics...) sont amenés à investir de nouveaux rôles aux côtés de l'État et à innover dans les fonctionnements conjoints.



RISQUES AUTONOMIE HANDICAP

Le champ du handicap s'élargit : nouvelles frontières avec les handicaps invisibles dont les déficiences intellectuelles et psychiques, meilleur dépistage et prise en charge des enfants aux seniors. La précarité et l'exclusion de la personne en situation de handicap sont toujours marquantes à l'école, au travail et dans la vie quotidienne.

La prise en charge globale reste un "parcours du combattant" : aides médicales et sociales, accessibilité aux lieux et à une activité, représentation. De nouvelles approches gagneraient à être renforcées : prise en charge de l'autisme et autres handicaps psychiques, évolution des seuils d'invalidité au travail, intégration des personnes en situation de handicap dans l'emploi, accompagnement pour faire valoir ses droits.



RISQUES AUTONOMIE PERSONNES ÂGÉES

La forte progression des situations de perte d'autonomie (+ 35 % prévu en 2035²³) impacte les besoins des personnes et de leur entourage, aidants familiaux ou professionnels, notamment sur le renforcement de la prévention active et la prise en compte de l'isolement social. Le dispositif de prise en charge financière du risque social de la dépendance tarde à être mis en place. Le sujet d'une assurance perte d'autonomie globale par répartition reste entier.

La prévention et le virage domiciliaire (solutions de logement accompagné, intergénérationnel, offre de soins à domicile, aides techniques et services médicalisés...) restent à construire avec les nombreux acteurs. Les législations sur la fin de vie sont en passe d'évoluer, ce qui renforcera potentiellement les besoins sur ce « moment de vie ».



RISQUES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Séniorisation des actifs, développement et chronicisation des pathologies, progression de l'accidentologie dans certains secteurs d'activité, mais aussi essor du télétravail et risques associés viendront complexifier la gestion de la santé au travail dans la prochaine décennie, plaçant au cœur des politiques des employeurs les enjeux de protection et de prévention de la santé des personnels, dans ses dimensions physique et, de plus en plus, mentale.

Les mutuelles auront un rôle clé à jouer pour soutenir à la fois les entreprises (appui aux diagnostics d'évaluation des risques professionnels, dispositifs de maintien dans l'emploi des seniors...) et les travailleurs (prévoyance et protection financière des actifs précaires, adaptation des logements au télétravail, accès à la téléconsultation...).

23. Étude INSEE-DREES 2019. Voir Panorama des besoins sociaux à 2035 p.109 ; article du Monde, 26 juillet 2019 : « En 2050, la France pourrait compter 4 millions de personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie » (lemonde.fr).





RISQUES FAMILLES

L'allongement des durées de vie associé à une véritable révolution de la famille (recompositions et évolution des rôles, cohabitation des générations, foyer lieu de convergence de toutes les dimensions de la vie – professionnelle, sociale, consommation, loisirs...) révèle des besoins d'accompagnement qui se renouvellent et s'intensifient ; en particulier pour certaines populations comme les classes moyennes (aujourd'hui perçues comme défavorisées au regard des politiques familiales), les femmes (pour qui la gestion familiale impacte plus fortement leur vie professionnelle que celle des hommes) et les jeunes générations (ex. soutenabilité économique du statut d'étudiant).

Pour répondre aux attentes de services avant tout, il pourrait s'agir pour les mutuelles d'œuvrer au développement des Maisons de famille, des établissements d'accueil du jeune enfant, ou encore de faciliter l'accès au logement pour les familles les plus vulnérables (en particulier monoparentales), ou bien aussi d'étendre la protection financière des jeunes (portabilité de la complémentaire santé jusqu'au début de carrière par exemple). Il pourrait s'agir également d'intervenir sur certaines problématiques de la parentalité : accès à la parentalité (notamment troubles de la fertilité), maisons de naissance, parentalité étudiante.



RISQUES PAUVRETÉS ET CHÔMAGE

La paupérisation d'une partie de la société gagne du terrain dans un contexte de crise. La tension financière touche à la fois le logement, l'alimentation et les mobilités. Le halo du chômage, d'emplois précaires et de carrières heurtées touchent plus fortement les jeunes, les familles monoparentales, et certains territoires.

Les réformes de l'Assurance chômage, du RSA et du logement social pourraient aggraver les vulnérabilités.

Les besoins sont à la fois financiers et sociaux (connaissance et accès aux droits, à la santé, inclusion numérique, prévention en matière d'alimentation, santé mentale, isolement social...). La prévoyance et la santé pour tous, le soutien continu face aux accidents de parcours de vie, le logement social et santé, continuent d'être des espaces de développement. La prévention des précarités peut se renforcer par exemple par le développement d'outils prédictifs, de fonds affinitaires avec certificats mutualistes, de l'usufruit locatif social...



RISQUES RETRAITES

La tension sur le système des retraites croît tendanciellement du fait de la baisse du ratio emplois-retraités (1,5 prévu en 2035 sans réforme, contre 1,7 actuellement²⁴). Les projets de réformes s'accumulent, et les débats politiques restent vifs sur ce risque qui couvre la moitié des dépenses de protection sociale.

Si les inconnues restent nombreuses, le levier qui sera le plus probablement utilisé par les pouvoirs publics sera celui du recul de l'âge de la retraite qui conduira à l'allongement de la durée de travail et à la séniorisation des actifs. Les cumuls emploi-retraite se développeront. Les difficultés d'accès à l'emploi et les carrières heurtées conduiront à un accroissement des départs en retraite sans taux plein.

Les besoins de « bien vieillir en bonne santé » s'intensifient : sur le plan de la prévoyance (couvertures incapacité, invalidité, assurance vie, anticipation du financement de la dépendance...), financier (compléments retraite, épargne retraite, opportunité de développement du viager mutualiste...), du logement (habitat inclusif...), de l'accompagnement et du maintien en activité (lien social, activité physique adaptée...).



RISQUES SOCIO-ÉCOLOGIQUES

Les phénomènes climatiques plus intenses et plus fréquents, la dégradation de la biodiversité, la raréfaction des ressources, la multi-exposition prolongée aux pollutions, les risques viraux « One Health » (lien systémique entre santé animale, des humains et de leur environnement), transforment notre société en une société de risques socio-écologiques. Les enjeux se posent différemment d'un territoire à l'autre (ampleur des transitions à engager et typologie des risques rencontrés) ou d'un individu à l'autre (liens croissants entre état de santé, exposition aux risques environnementaux et situation sociale d'une part, inégalités des marges de manœuvre économiques face aux transitions écologiques d'autre part).

Malgré les limites assurantielles de couverture de ces risques, les mutuelles pourront être actrices de la transition écologique en agissant notamment sur les impacts sanitaires et sociaux des risques émergents : soutien à la réduction de l'empreinte carbone des foyers, adaptation des offres de prévoyance, développement du logement-santé, sont autant d'exemples d'actions possibles.

24. DREES, EACR, EIR, modèle ANCETRE ; INSEE, comptes de la Nation. Voir Panorama des besoins sociaux à 2035 p.75.



Les ateliers Impact-Idéation

pour investiguer de nouveaux territoires de développement à partir des analyses issues du Panorama des besoins sociaux à horizon 10-15 ans

Pour chacun des risques, les espaces de développement et approches nouvelles ont été explorés sans souci de faisabilité immédiate dans un premier temps.

Ces idées ont été positionnées en fonction de leur caractère plus ou moins novateur, et sur les différents piliers d'activité du groupe : pilier assurantiel et prévoyance, soins et accompagnement, logement, activités transverses et nouvelles.

Près de deux cents pistes ont été identifiées. Certaines relevant des actions déjà engagées, mais parfois mal connues, ou spécifiques à l'une des mutuelles du groupe.

D'autres relevant d'extensions d'activités, voire plus en rupture et audacieuses. Certaines pourraient être portées par le Groupe VYV, d'autres par un écosystème d'acteurs.

L'ensemble constitue « une boîte à idées » exploratoire au sein de laquelle il est possible de venir piocher des sujets de développement, expérimentations, partenariats.

Des transformations à anticiper

Pour passer de l'analyse fine des besoins sociaux et des territoires de développement aux pistes concrètes d'action pour le Groupe VYV dans un contexte de Grande Sécu, l'étape intermédiaire a été **d'identifier des transformations à l'œuvre dans l'environnement du Groupe VYV, qui ont collectivement été classées selon leur vraisemblance et leur degré d'impact sur le groupe.**

La cartographie ci-après résume le paysage des transformations à horizon 2035, susceptibles d'impacter la trajectoire du Groupe VYV, plus ou moins fortement, dans la décennie à venir. Elles concernent :

- **l'écosystème proche** (rectangle intérieur) :
 - les besoins des adhérents et des Français en matière de protection sociale ;
 - les évolutions du système de santé et de soins.
- **Plus largement, les grandes mutations et transitions dans l'environnement global** du groupe (rectangle extérieur).



Le paysage des transformations à horizon 2035

Environnement global

Attentes majeures de protection publique



Besoins de protection sociale

Besoins d'accompagnement des transitions

Détérioration de la santé mentale, isolement

Évolution des maladies professionnelles

Stagnation des inégalités de santé

Hausse de la prévalence des pathologies et de la perte d'autonomie

Diversification des solutions grand âge et perte d'autonomie

Besoins majeurs de services et aides : parentalité, famille, enfance, jeunesse, accidents de la vie et parcours professionnels hâchés, retraites, autonomie, handicap, fin de vie

Divergence d'exposition et de protection face aux risques

Crises et ruptures « non assurables »



Écosystème de la santé

Développement d'un premier recours rénové, articulé à la télémédecine
Généralisation des maisons et des centres de santé

Territorialisation accrue des politiques de santé

Essor des parcours de soins forfaitisés

Besoins majeurs en ambulatoire, HAD, SSR...

Lutte contre l'aggravation des déserts médicaux

Tensions plus grandes sur le système hospitalier

Révision de la filière des professionnels santé (*numerus apertus*, statut public/contrat...)

Prévention santé au cœur, réinvention des médecines scolaire et du travail

Démocratie sanitaire et sociale renouvelée, nouveaux positionnements des acteurs

Recentrage des investissements publics & contraintes budgétaires

Prolongement de la durée d'activité des seniors

Arrivée des babyboomers au très grand âge

Le foyer, lieu de vie principal

Insuffisance chronique de l'offre de logements

Place des métropoles et désert français

**VYV
2035**

QUE RETENIR ?

Vieillesse de la population, système de santé fragilisé, mais aussi exacerbation des besoins de protection dans un contexte socio-écologique qui se dégrade sont autant de transformations à prendre en compte dans les prochaines décennies.

Face à une **séniorisation de la société** tout d'abord, avec l'arrivée des baby-boomers à l'âge de la retraite, il faut s'attendre à une durée d'activité des seniors prolongée, pour laquelle les entreprises seront amenées à investir dans des dispositifs propres à accompagner cet étirement de la vie active. Le vieillissement de la population aura aussi une incidence à la hausse sur la prévalence des pathologies, faisant du « bien vieillir en bonne santé » un enjeu clé, mais imposant aussi une diversification des solutions liées au grand âge et à la prise en charge de la dépendance.

Au sein de l'écosystème de santé en particulier, il est à craindre que **les tensions qui pèsent d'ores et déjà sur le système hospitalier s'accroissent**. Des réponses pourront être recherchées dans le développement de l'ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile ou toutes autres solutions intermédiaires entre l'hôpital et le domicile, dans le développement des parcours de soins forfaitisés (diabète, obésité, hypertension artérielle...), structurés notamment par la CNAM, ou encore à travers la généralisation des centres ou maisons de santé. Les besoins accrus de prises en charge sanitaires, y compris dans le champ de la santé mentale, plaideront en faveur d'une territorialisation renforcée de l'organisation de la santé, notamment à l'échelle infrarégionale, pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités de santé. Les pénuries critiques en professionnels de santé conduiront les pouvoirs publics nationaux et locaux à mettre en œuvre des politiques inédites : délégation de compétences médicales et de prescriptions (aux infirmiers, pharmaciens...), contractualisation avec les professionnels de santé, salarisation, incitation à la téléconsultation, etc.

Les problématiques environnementales constituent des enjeux de transformation cruciales.

Réchauffement climatique, dégradation des écosystèmes, raréfaction des ressources, rendent impératives les transitions écologique, sanitaire et énergétique. Face à l'ampleur de ces risques socio-écologiques et leurs impacts potentiels sur la santé et l'habitat, il est à craindre de fortes divergences d'exposition et de protection, accentuant les besoins d'accompagnement et de préparation à ces grandes transitions, dans un contexte de crises et de ruptures de moins en moins assurables.

Les attentes pour une protection publique seront donc majeures face aux conséquences des crises en cours et à venir, qui s'exprimeront de manière protéiforme au sein de la société. Parmi les tensions économiques et sociales en développement, notons le phénomène de précarisation, la sobriété forcée, l'isolement social, les problématiques d'accès aux soins, de mobilité, dans un contexte **d'inégalités territoriales patentes**, entre les problématiques liées à l'ultra-urbanisation d'un côté et les difficultés rencontrées par les "déserts" sous-dotés en infrastructures et services (de santé notamment) de l'autre... Des besoins importants en matière d'aides à la parentalité ou d'accompagnement autour des besoins de la famille plus largement pourront aussi se faire ressentir.

Des tensions fortes autour de la question du logement sont également à anticiper. Au regard de nouveaux modes de vie qui transforment le foyer en lieu de vie principal (qu'il s'agisse du nouvel espace de travail pour les actifs, du maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes ou d'un habitat médicalisé pour une prise en charge des soins à domicile dans le cadre du virage ambulatoire), le foyer deviendra l'espace incontournable concentrant toutes les sphères de la vie des Français. Pour répondre à cette palette de besoins, des défis tout à la fois qualitatifs et quantitatifs seront à relever, face à une insuffisance chronique de logements.

Pour répondre à une telle demande et compte tenu du caractère aigu des besoins, **un recentrage des investissements publics nationaux se dessine sur certains domaines régaliens dans un contexte de contraintes budgétaires fortes** : sécurité, indépendance stratégique, filet de sécurité pour les plus pauvres, etc.



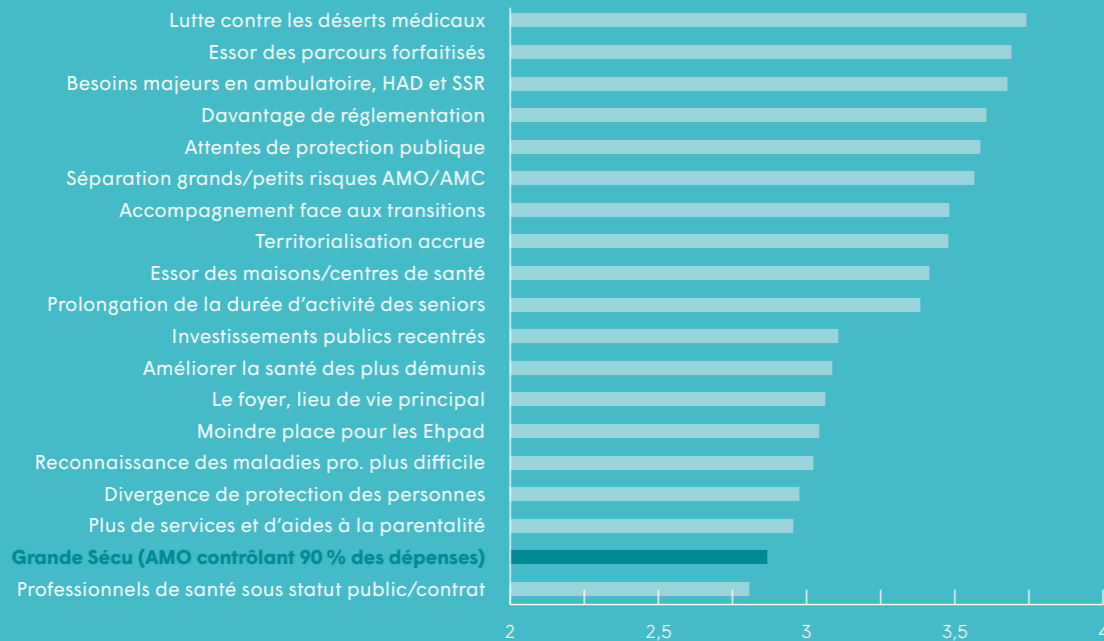
Où en est le Groupe VYV face aux transformations de son environnement ? Retour sur les principaux résultats de l'enquête interne

L'Enquête prospective, menée en avril 2022 en ligne auprès de 150 dirigeants, collaborateurs et élus du Groupe VYV, a été l'occasion d'estimer collectivement la probabilité de réalisation des transformations identifiées lors de l'exploration des besoins de protection sociale, leur impact pour le Groupe VYV et la capacité du groupe à y faire face.



Enquête interne VYV : les transformations les plus probables

Classement selon la vraisemblance, échelle de 1 à 4 (très probable)



LES TRANSFORMATIONS LES PLUS PROBABLES ?

Le scénario de « **nationalisation rampante** » (essor des parcours forfaitisés, davantage de réglementation, séparation grands/petits risques...) est **jugé très probable** dans un contexte d'attentes majeures de protection adressées à l'État. Le **scénario plus abrupt** (scénario Grande Sécu d'une assurance maladie obligatoire contrôlant 90 % des dépenses) **semble quant à lui moyennement vraisemblable**.

Autres transformations jugées « très probables » : les besoins d'accompagnement des transitions (écologiques, énergétiques, alimentaires...), des approches de santé publique plus territorialisées, le prolongement d'activité des seniors.

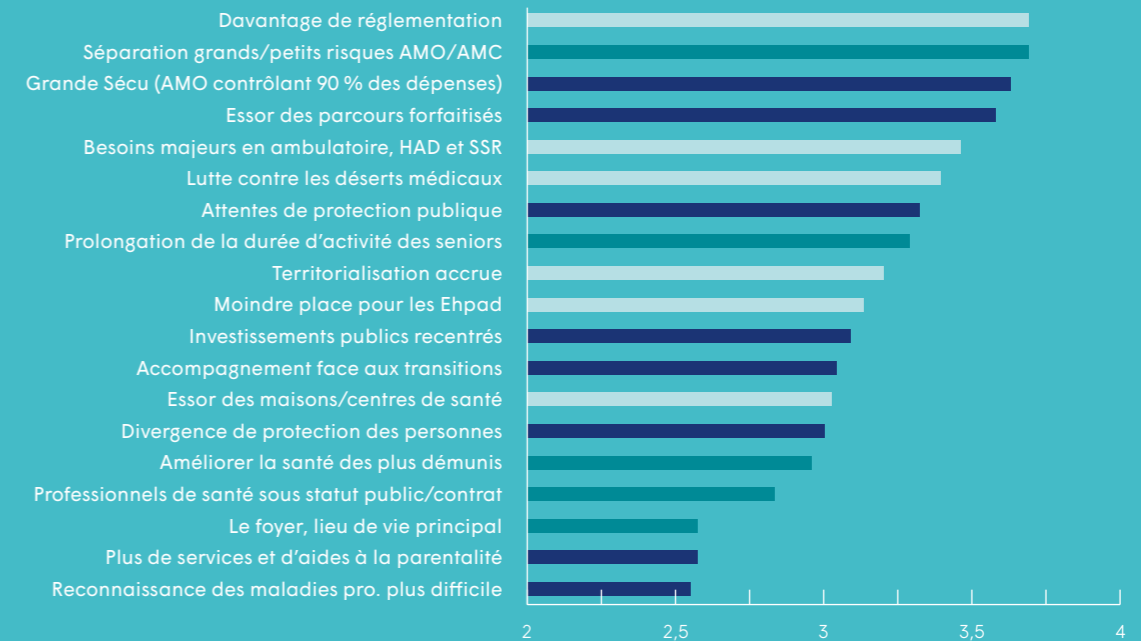
Certaines transformations sont au contraire évaluées comme lentes : la révision du modèle des Ehpad, la priorisation de la santé des plus démunis, la progression des professionnels de santé sous statut public.



Enquête interne VYV : les transformations à plus fort impact sur le devenir du groupe

Classement selon l'impact groupe : échelle de 1 à 4 (très impactant)

Degré de préparation : ● Plutôt bonne ● à la moyenne ● plutôt mauvaise



LES TRANSFORMATIONS AVEC LE PLUS FORT IMPACT SUR LE DEVENIR DU GROUPE VYV ?

Dans l'ensemble, le **niveau de préparation du groupe est jugé moyen**. Le groupe semble notamment moins préparé sur trois sujets : le scénario de rupture Grande Sécu, les développements de parcours forfaitisés et les besoins de préparation et d'accompagnement face aux transitions (énergétiques, écologiques, climatiques...).

Parmi les autres sujets qui risquent d'avoir un impact majeur sur le groupe, citons :

- les dispositifs entre hôpital et ville demain : HAD, SSR, besoins intermédiaires ;
- la prolongation d'activité des seniors ;
- les dispositifs qui seront mis en place pour lutter contre les déserts médicaux.



Certains sujets seront particulièrement à surveiller par le Groupe VYV au regard d'un contexte de rupture « Grande Sécu » :

- 1. Les modes de vie** (logement, alimentation, mobilité...) et les besoins de protection, les enjeux de santé (mentale, environnementale...) face aux transitions (écologiques, énergétiques...).
- 2. Les mutations du travail, de la santé au travail**, en incluant la question de la place des seniors dans les entreprises.
- 3. La prévention en santé** et ses nouvelles approches : territorialisation, responsabilité populationnelle, littératie en santé...
- 4. Les systèmes de prise en charge et d'accompagnement dans les territoires** : expérimentations, nouveaux financements, nouvelles organisations entre acteurs de santé et du soin pour répondre aux besoins sociaux...
- 5. Et plus particulièrement le développement des délégations de service public (SIEG)**. Le rapport HCAAM l'évoque comme outil de déploiement. Moins disruptif que le scénario Grande Sécu, et plus vraisemblable, ce schéma de délégations pourrait amener une autre organisation qui reste à explorer.

3

**Quelles options
pour l'avenir
de VYV ? Quels
leviers pour agir
aujourd'hui ?
Premières pistes**



Quelles options pour l'avenir de VYV ? Quels leviers pour agir aujourd'hui ? Premières pistes

Quels futurs souhaitables pour VYV ? L'Arbre des possibles

Face au choc d'un scénario Grande Sécu, et au regard des évolutions des besoins sociaux et des transformations du système de santé et de soins, quelle trajectoire possible pour le Groupe VYV à horizon 10-15 ans ?

Quelles seraient les activités à développer pour redonner des marges de manœuvre au Groupe VYV – qu'il s'agisse de métiers actuels à renforcer ou de nouveaux territoires à investiguer ?

Pour y parvenir, comment l'organisation doit-elle évoluer ? Et sur quelles compétences et valeurs historiques s'appuyer pour soutenir l'ensemble ?

L'Arbre des possibles résume les pistes qui ont émergé de la démarche participative :

- Branches** > activités, à renforcer ou à créer ;
- Tronc** > évolution d'organisation à envisager ;
- Racines** > compétences et valeurs sur lesquelles s'appuyer.

L'Arbre des possibles

BRANCHES
À CONSTRUIRE/
NOUVELLES
ACTIVITÉS

BRANCHES
À RENFORCER/
MÉTIER ACTUELS

TRONC :
ÉVOLUTION
D'ORGANISATION
À ENVISAGER

RACINES :
COMPÉTENCES
ET VALEURS
SUR LESQUELLES
S'APPUYER

Adaptation aux crises écologiques et transitions

RÉINVENTER DES MODÈLES ÉCONOMIQUES RESPONSABLES EN TANT QU'OPÉRATEUR OU INVESTISSEUR

- Alimentation : être acteur de la transition agricole sur le modèle du foncier solidaire "terre de lien", développer la diététique...
- Énergie : soutenir la transition énergétique, la réhabilitation des logements ou l'investissement dans les énergies renouvelables...
- Mobilités durables : participer à de nouveaux modèles tels que les taxis collectifs...
 - Conseil et diagnostics sur les déterminants de santé
- Formation/éducation : sensibilisation sur les transitions et les déterminants de santé...

Approche globale de protection sociale

PROPOSER UNE COUVERTURE COMPLÈTE AVEC APPROCHE FOYER

- Prévoyance, Épargne retraite, Assurance vie, GAV, IARD
- Assurance santé hors panier Grande Sécu : surcomplémentaires, nouveaux besoins, populations affinitaires...

Métiers du logement

S'APPUYER SUR L'EXPERTISE MÉTIER DU LOGEMENT POUR DIVERSIFIER L'OFFRE

- Nouveaux référentiels : ex. : label Logement santé
- Nouveaux besoins : résidences services, résidences liées à l'hôpital, résidences intergénérationnelles
- Concessions pour la gestion de parcs logements
- Viager mutualiste...

Prestations de santé innovantes

ÉLARGIR LA PRÉSENCE SUR TOUS LES BESOINS SOCIAUX

INVESTIR DE NOUVEAUX NIVEAUX DE LA CHAÎNE DE VALEUR

- Production de dispositifs médicaux : audioprothèse, appli...
- Production de médicaments...
- Services sur abonnement : optique, audio, dentaire...

Développement international

ACCÉLÉRER LA CROISSANCE EXTERNE AVEC DES ALLIANCES, PARTENARIATS

Solutions de prévention santé

S'IMPOSER AUX CÔTÉS DE L'ÉTAT POUR RÉUSSIR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION

- Protection sociale : couvrir par l'approche populationnelle les insuffisances de la protection sociale sur chaque risque
- Santé au travail : être opérateur de médecine au travail - santé mentale, bien-être, vieillissement...
- Sport santé : devenir gestionnaire d'équipements sportifs...

Gestion d'établissements et prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales

SE POSITIONNER COMME GESTIONNAIRE D'ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ASSOCIÉS, SUR TOUS LES BESOINS SOCIAUX

- Développement SSR et solutions HAD
- Premier recours : centres de santé polyvalents, télédiagnostic...
- Crèches...

Nouveaux territoires de clientèles

RÉINVENTER LES APPROCHES CLIENTS

- Réinvention de la relation BtoB : conseil aux employeurs et collectivités, contrats à impact social...
- Être reconnu par les acteurs sur les territoires (ARS, collectivités, professionnels de santé, écosystème de santé et de soins, écosystème économique) et participer aux expérimentations

Distribution pour atteindre de nouveaux clients

RÉINVENTER LE MODÈLE DE DISTRIBUTION

- Évolution du point de contact avec les populations : via le logement, les activités de soins et santé...
 - Marque blanche pour d'autres plateformes
 - Fluidité et simplification de la relation client/adhérent/usager/patient

Réorganisation sous contrainte

RÉINVENTER L'ORGANISATION

- Une architecture du groupe modifiée
- Rebond stratégique qui s'appuie sur la R&D, l'innovation et les expérimentations à l'échelle groupe
- Un management et une culture à transformer

Nouveaux modèles économiques mutualistes

RÉINVENTER UN MODÈLE ÉCONOMIQUE

- Déléataire de services d'intérêt économique général (SIEG)
- Investisseur, sur la base des réserves financières
- Garanties supplémentaires ? Abonnements ?

Espace militant redessiné

ANIMER UNE VIE MILITANTE SANS GESTION SANTÉ

- Passage d'un militantisme de gestion à un militantisme d'action : soutien des populations les plus vulnérables, accès aux droits
- « Empowerment » des nouveaux élus et définition de nouvelles règles

Partenariats et alliances à ajuster

CONSOLIDER PAR RAPPROCHEMENTS ET FUSIONS

- Fonctionnement en écosystème externe plutôt qu'en production, notamment pour les activités nouvelles
- Le champ affinitaire de l'ESS et des pouvoirs publics ; des collectivités, ministères et des employeurs
- Un référentiel d'alliance avec d'autres groupes, en cas de problème grave ?

Savoir-faire techniques à maintenir

- Savoir-faire assurance et conventionnement
- Savoir-faire data et technologie de l'information

Lien mutualiste à affirmer

- Empreinte mutualiste
- Militantisme et engagement citoyen en santé et protection sociale
- Proximité et ancrage territorial

Expertises métier à développer

- Expertise médicale, médico-sociale, santé mentale
- Expertise risques, transitions et prévention
- Fonction R&D
- Compétences clés et stratégiques

Réserves financières et capacités d'investissement à activer

- Sauvegarde des fonds propres et de la capacité à investir

Construction d'activités
« nouvelles frontières »

Développement
d'activités répondant
à des besoins
de protection sociale

Renforcement
des métiers actuels
du groupe

Proposition de champs à explorer

Quels espaces de développement ou relais de croissance permettraient au groupe et à ses maisons de se donner des marges de manœuvre dans une trajectoire à 10-15 ans ? Plusieurs grands champs moyen-long terme ont été identifiés et représentés dans les branches-activités de « l'Arbre de possibles » (voir page précédente). Ils correspondent à des voies de développement compatibles avec le caractère mutualiste en ce qu'elles répondent à l'expression d'un besoin ou d'une demande sociale.



LE RENFORCEMENT DES MÉTIERS ACTUELS DU GROUPE

Une approche globale de protection sociale

Cette approche comprendrait entre autres les solutions globales de prévoyance (prévoyance pour tous, risques de la vie) et services associés qui constituent un champ majeur de développement.

L'accompagnement post-crisis ou post-accidents (relèvement des personnes et leur accompagnement après des accidents de la vie, accidents domestiques, événements externes – climatiques par exemple) serait à intégrer dans cette approche globale.

Ces solutions incluraient des briques d'IARD et de protection financière dont l'assurance vie et l'épargne retraite. En outre, dans une logique de parcours, les solutions pourraient s'étendre aux SSR du livre III.

L'approche foyer est particulièrement à promouvoir en ce qu'elle permet une réponse globale au service des familles. Parmi les moments de vie, les opportunités liées au passage en retraite seraient particulièrement à creuser (santé au travail, épargne retraite, services jeunes seniors...).

Les métiers du logement

Les métiers du logement, dans un sens plus large que le logement social, apparaissent comme étant une voie de repli. Logement-santé, logement-autonomie, logement et transitions écologiques..., semblent autant d'opportunités d'articuler systématiquement les champs développés par le groupe avec le logement et de les traduire en offres concrètes : résidences services, liées à l'hôpital, intergénérationnelles...

Plus largement pourraient être développées des expérimentations qui font leur preuve : concessions pour la gestion de parcs logements. L'étude des nouveaux besoins sociaux pourrait également inspirer de nouvelles pistes : viagers mutualistes...

La gestion d'établissements et les prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales

Une inflexion possible serait de s'appuyer sur l'expertise métier du logement et du foncier pour se positionner comme opérateur d'établissements de santé (hôpitaux, cliniques), de maisons et centres de santé pluri-métiers, de dispositifs HAD (hospitalisation à domicile), SSR (soins de suite et réadaptation), résidences autonomie et Ehpad, foyers d'accueil médicalisés (FAM) et maisons d'accueil spécialisées (MAS), etc. Les besoins en la matière semblent croissants et le modèle privé non lucratif a des atouts, de même que le label Logement santé.





LE DÉVELOPPEMENT D'ACTIVITÉS RÉPONDANT À DES BESOINS DE PROTECTION SOCIALE, EN TENANT COMPTE DES DYNAMIQUES STRUCTURANTES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SOINS

Les solutions de prévention santé

Il semble exister un espace pour se positionner sur des solutions de prévention santé, auprès d'usagers en direct ou via des acteurs relais (employeurs, collectivités...).

Ce positionnement sur la prévention santé intègre **les activités améliorant la qualité de vie** (activités physiques et sportives, intellectuelles, lutte contre la sédentarité, logement santé, littératie en santé...), **les services en prévention santé, la prise en charge de parcours de santé sur certaines pathologies** (maladies cardiovasculaires, diabète...) **et même l'adaptation aux crises et transitions** (mise en place de dispositifs de résilience et d'inclusion, préparation des employeurs et des seniors au prolongement de la vie professionnelle, etc.).

Le développement de ce champ repose sur la capacité d'assemblage de services, d'orientation ou conseil, sur les territoires, par exemple dans le cadre d'un **premier recours rénové et rentable**.

Au sein des solutions de prévention santé, **le champ de solutions de santé au travail** apparaît majeur pour l'avenir, avec des dispositifs ad hoc à concevoir par branches, secteurs et/ ou métiers. Parmi les risques à couvrir : les « nouveaux maux » (santé mentale, santé en lien avec le télétravail...), la prévention, les accidents du travail et maladies professionnelles, le vieillissement au travail...

Les approches parcours, amenées à devenir un modèle dominant en santé publique, seraient à expérimenter. Elles comprendraient prévention active, traitements et accompagnement. Par exemple dans les domaines de la santé visuelle, santé auditive, santé mentale au travail, santé bucco-dentaire, lutte contre la sédentarité... Étendues à la population générale, elles demanderaient à ce que soit expérimentés des forfaits mixtes, ce qui supposerait la révision du lien entre un assuré et son OCAM.

Une approche territorialisée serait à envisager. D'une part pour permettre d'offrir un continuum d'offre de services « en physique », résidences, établissements sanitaires et médico-sociaux, en articulation avec les approches en e-santé. D'autre part pour adapter les parcours à la mobilisation possible de professionnels de santé sur les territoires (médecins et professionnels de santé autres tels qu'infirmiers, pharmaciens, assistants de santé). Enfin, parce que la délégation de service d'intérêt économique général (SIEG) pourrait devenir une voie d'entrée structurante sur les territoires, avec les approches de responsabilité populationnelle.



LA CONSTRUCTION D'ACTIVITÉS « NOUVELLES FRONTIÈRES », À INVESTIGUER ET EXPÉRIMENTER DÈS AUJOURD'HUI, EN ÉCOSYSTÈME OUVERT VERS L'EXTÉRIEUR (ALLIANCES, PARTENARIATS...)

Les prestations de santé innovantes

Une inflexion du positionnement de gestionnaire d'établissements et de prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales serait de se positionner sur de nouvelles solutions de services et dispositifs en santé qui répondent aux besoins sociaux et qui se situent dans la chaîne de valeur ailleurs que là où se situe VYV aujourd'hui : soit très en amont (médicament, production de prothèses), soit très en aval (services de location), soit autrement (solutions numériques).

Ces solutions seraient innovantes dans leur modèle également (ex. abonnement, santé « *as a service* ») tout en étant décorrélées des remboursements de la Sécurité sociale. Exemples d'applications : l'optique-audio, la prénatalité et la parentalité, la protection des jeunes, l'accompagnement des personnes dépendantes.

L'adaptation aux crises et aux transitions

Il s'agirait de bien anticiper le choc écologique et les transformations inévitables qui arrivent à horizon 15 ans. Les enjeux de transition et de résilience face aux crises (climatiques, sanitaires, énergétiques, alimentaires...) deviennent majeurs pour la société et notamment les plus démunis (gradient social, territorial, isolement...). Les accidents de la vie et les crises tendent de plus en plus à se confondre. Dans ce contexte, la prévention et la préparation des ménages et des organisations (entreprises, collectivités...) aux crises et aux transitions sont fortement encouragées et développées dans tous les domaines : santé, énergie, mobilité, maintien des liens sociaux, réduction des risques AT-MP (accidents du travail, maladies professionnelles), prévention de la dépendance...

Dans ces transformations en cours qui interagissent et se percutent, se situe un gisement d'activités non lisible encore, avec l'enjeu de construire des modèles pour y répondre. Le champ est vaste, mais incontournable. Si ces défis ne sont pas anticipés ni adressés, nos systèmes collectifs risquent de s'effondrer, et la pérennité de l'organisation et de ses maisons sera engagée.

Devenir opérateur de la transition écologique pourrait également passer par l'investissement dans de nouvelles activités, via par exemple des fonds ad hoc, des certificats mutualistes. Des pistes de positionnement dans une approche mutualiste s'ouvrent, comme par exemple la gestion collective foncière. Le modèle de la Foncière Terres de Liens qui lève des fonds pour l'acquisition de terres arables est à cet égard inspirant²⁵.

Le développement international

Le développement international reste une opportunité de croissance externe.

25. La Foncière Terre de Liens, première structure d'investissement solidaire agricole - Terre de Liens.

Au final, le spectre d'activités possibles peut se lire au prisme de trois grandes trajectoires ou scénarios d'avenir pour le Groupe VYV, non exclusifs les uns des autres :



Une inflexion vers l'assurantiel et la prévoyance hors santé

Avec le développement d'offres globales au niveau du foyer, prévoyance-IARD et services associés. Cela supposerait de développer le pilier IARD, mais aussi de protection financière, assurance vie et retraites.

Un développement à l'international est également envisageable sur la base du métier-cœur assurantiel.



Une inflexion vers la gestion de logements, d'établissements sanitaires et sociaux, et des services associés

Avec le parti pris de s'appuyer sur l'expertise métier du logement et du foncier, et le label Logement santé.



Une inflexion vers des solutions de prévention santé et d'accompagnement des grandes transitions

Particulièrement pertinente, comme la précédente, dans le cadre de délégations de service public (SIEG).



Et ce n'est pas fini...



Par Isabelle Rondot, présidente de la commission Influence, Prospective et Doctrine

« La modernité du modèle économique et de gouvernance mutualiste, sa capacité de réflexion et de proposition sur les questions de santé et de protection sociale, sont des atouts indéniables dans un environnement en manque de repères.

Cependant, contraintes par le temps court du politique et de la finance, les mutuelles oublient souvent l'impératif de penser le temps long, celui de l'éducation et de la santé publique mais aussi de l'économie sociale et solidaire.

La prospective a la vertu de concilier un court terme imposé et une vision de long terme garante d'une évolution du modèle mutualiste conforme à celle des besoins des personnes protégées. Elle se nourrit du débat collectif, cher aux valeurs et principes mutualistes. Elle rend le désir d'anticipation possible sans immobilisme, bien au contraire : faire de la prospective, c'est anticiper pour mieux agir.

L'analyse des impacts du scénario de type Grande Sécu le démontre.

Analyser les effets de ce scénario pour le Groupe VYV a permis d'identifier les thèmes prospectifs majeurs à travailler dans les années qui viennent, à commencer par l'impact santé des risques socio-écologiques qui est le thème priorisé pour 2023 ; avec en toile de fond les grandes transitions à venir dans les 10 à 15 ans et les points de rupture induits en matière d'énergie, d'alimentation, de mobilité, de logement et cadre de vie..., une façon aussi d'inscrire la singularité du mutualisme.

La méthode participative a généré une mise en dynamique interne au groupe. Il est nécessaire de l'enrichir dès à présent d'une voie nouvelle en pensant la démarche prospective en écosystème externe et en s'associant avec des partenaires proches du groupe.

Le travail produit dessine une « Prospective de la protection sociale » à horizon 10-15 ans, tant sur les besoins sociaux non ou mal couverts que sur les transformations du système de santé, qui ouvre des opportunités de développement. Les fiches de synthèse établies par risques constituent à cet égard une « boîte à idées » de territoires à investiguer. Ce focus prospectif sur les dynamiques de la protection sociale vient utilement compléter un premier travail prospectif réalisé lors de la création du groupe, « Santé 2030 », qui se focalisait alors sur des champs prospectifs innovants avec un fort prisme technologique.



Si le scénario « brutal » semble s'éloigner, il n'en demeure pas moins plausible. Le Groupe VYV n'échappera donc pas au débat sur les arbitrages à opérer en cas de rupture majeure :

- En première intention, sur quelles activités se positionner ? Quelles activités feraient levier, en assurant le meilleur développement, avec un modèle économique conforté ?
- Comment se protéger en consolidant des positions par rapprochements et fusions. Ce qui supposerait une réorganisation sous contrainte, et une architecture groupe modifiée.
- Quels nouveaux modèles économiques peut-on investiguer par anticipation comme les dispositifs SIEG ?
- Quelles anticipations peut-on d'ores et déjà prévoir du côté des investissements ?
- Quels ajustements de partenariats et alliances par anticipation ?

Avant tout, il s'agira de rendre complémentaires la réponse aux besoins sociaux, élément fondateur du mutualisme, et l'objectif de rentabilité, garant de la pérennité du groupe. L'organisation du débat dans les instances (bureau/CA), associant la direction Stratégie, doit permettre une appropriation collective de la doctrine en matière de réflexion prospective et aussi faciliter le passage à la phase opérationnelle, une fois les orientations stratégiques clarifiées ainsi que le rôle de chacun (groupe/maisons).

S'engager résolument sur ce chemin, c'est préparer l'après VYV > 2025 ! »

Accéder
au Centre
de ressources :



Pour aller plus loin : le Centre de ressources prospectives VYV

Vous y trouverez, entre autres :

- Une version téléchargeable de ce rapport.
- Le rapport du HCAAM « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire » de janvier 2022.
- La note de Julien Damon, expert de la protection sociale, sur le scénario Grande Sécu.
- Le document complet du Panorama des besoins sociaux à 10-15 ans élaboré pour le Groupe VYV par le cabinet Futuribles et Julien Damon.
- Les fiches de synthèse du Panorama des besoins sociaux à 10-15 ans, avec les idées de développement associées à chacun des risques.
- Les résultats de l'Enquête prospective menée en interne auprès des collaborateurs, dirigeants et élus engagés dans la démarche.

Remerciements

Ce Carnet de la prospective a été réalisé par la Mission prospective stratégique du Groupe VYV, en partenariat avec Futuribles.

Nous tenons à remercier les 150 contributeurs pour leur implication et leur disponibilité tout au long de la démarche, et toutes celles et ceux qui ont apporté leur concours à ces travaux.

Merci aux experts associés à la démarche

Julien Damon, professeur associé à Sciences-Po et conseiller scientifique à l'EN3S

Futuribles : François de Jouvenel, François Bourse, Quentin Bisalli

Merci aux sponsors VYV

Isabelle Rondot, présidente de la commission Influence, Prospective et Doctrine

Stéphane Junique, président du Groupe VYV

Delphine Maisonneuve, directrice générale du Groupe VYV

Fabrice Heyriès, directeur Stratégie Influence Audit du Groupe VYV et directeur général de la MGEN

Merci aux instances VYV

Les membres du bureau et du comité de direction générale du Groupe VYV

Les membres de la commission Influence-Prospective-Doctrine

Les membres du cercle Impact

Merci aux contributeurs du groupe prospective « Protection sociale »

Anne-Lise Barberon, Florian Beaucreux, Leila Bennai-Tiriou, Gaby Bonnard, Soraya Cappellen, Johanna Coant, Charlotte Courtecuisse, Mathieu Cousineau, Karine Delourmel-Soulabaille, Sergio Deriu, Caroline Dudet, Mathieu Escot, Lionel Fournier, Maxime Gouello, Anne Gradvohl, Céline Harnay, Patrick Hugon, Coline Jean, Laure-Marine Jeannel, Mathilde Jung, Nadia Kamal, Julien Kramarz, Nicolas Leblanc, Luciana Lo Monaco de Arles, Erwan Medy, Nicolas Morel, Karim Ould-Kaci, Florian Perret, Laura Perrier, Berengère Priour, Julie Seret, Emmanuelle Sharps, Lorene Vennetier, Thierry Weishaupt.

Merci à l'équipe Mission prospective stratégique VYV

Romain Guerry, Maud Ligeon, Anne Madelin, Valérie Sahuc

Coordination des travaux : Anne Madelin.

Conception et rédaction du rapport : Romain Guerry, Maud Ligeon, Anne Madelin, Isabelle Rondot, Valérie Sahuc, avec l'appui de Futuribles.

Conception graphique : Agence interne de communication Groupe VYV.

Contact : prospective@groupe-vyv.fr



— SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE - SOINS & ACCOMPAGNEMENT - LOGEMENT —

GRUPE
vyv

Pour une santé
accessible à tous

