

Intervention de M. Levasseur, directeur du PMO

Bonjour, bonjour à tous.

Merci beaucoup tout d'abord pour l'invitation. Effectivement, c'est la 2e fois que j'interviens à l'AIACE France et je dois dire qu'à chaque fois, j'accepte ces invitations avec plaisir.

Non pas pour le plaisir de visiter Strasbourg ou Paris, mais c'est l'occasion pour moi de rencontrer d'anciens collègues, de rencontrer des collègues et de rencontrer aussi des collègues qui me font part de leur expérience avec le PMO. Et c'est toujours très utile d'avoir ces retours d'expérience. Alors, je n'ai pas préparé de présentation visuelle, mais j'avais prévu de vous parler un petit peu de l'actualité du PMO.

Qu'est-ce qu'on fait au PMO et quels sont les grands sujets qui nous animent ? Évidemment, on parlera aussi de l'accès au système de soins en France. J'ai cru comprendre que c'était un sujet qui vous intéressait.

Mais je voulais peut-être dire d'abord quelques mots sur ce qui se passe au PMO. D'abord, quelques ordres de grandeur. On a entendu beaucoup de chiffres aujourd'hui.

Le PMO, aujourd'hui, pour la partie assurance maladie, est en charge de 154 000 affiliés et bénéficiaires, lorsqu'on compte les conjoints pour les personnels actifs. Et pour le personnel post-actif, on en est à 46 000 à peu près. C'est-à-dire qu'au total, aujourd'hui, l'assurance maladie doit s'occuper d'à peu près 200 000 personnes, avec un chiffre en croissance d'à peu près 1 % d'une année à l'autre, depuis 2025, pour les actifs, et une croissance de 3 % pour les post-actifs.

Et Dominique le disait ce matin, on a des projections d'Eurostat - parce qu'Eurostat calcule chaque année l'équilibre du régime de pension - pour savoir quel sera le taux de contribution aux pensions qui est payé par les actifs. Et dans ce calcul, Eurostat fait une projection de la croissance du nombre de pensionnés. D'ici quelques années, on compte sur 45 000 retraités dans notre système de pension, auxquels on ajoutera les ayants droit, parce qu'aujourd'hui on est à 46 000 (à peu près 34 000 pensionnés plus 12 000 ayants droit).

Et donc, d'ici quelques années, on sera à 45 000 plus les ayants droit. Et c'est intéressant de faire le lien avec ce que disait Mme la ministre ce matin, à savoir que la population de plus de 60 ans en France se situait à 25 % aujourd'hui et à 33 % à terme. Aujourd'hui, dans notre système, on a à peu près, je résume, 150 000 actifs et 50 000 post-actifs.

On est à peu près à 25 % aujourd'hui, et on va voir ce pourcentage évoluer dans le futur. Alors, ce chiffre, il est important pour nous, pour plusieurs raisons. D'abord, parce que ça soulève la question de comment nous gérons nos relations avec les usagers.

Nous ne gérons pas que des relations avec des petits jeunes de 22 ans qui communiquent par WhatsApp. Nous communiquons avec une population qui est de plus en plus âgée et qui, de façon assez normale, doit faire face à ce que Dominique appelait la fracture numérique. Nous en sommes conscients, nous voyons les chiffres, et nous savons que c'est un phénomène tout à fait présent.

Et c'est pour ça aussi que nous essayons de maintenir des mesures qui facilitent l'accès aux services du PMO. Toujours en matière de chiffres et de volumes, 200 000 personnes relèvent du régime commun d'assurance maladie dans 27 États membres, plus, évidemment, les actifs du personnel hors-Union, 34 000 pensionnés dont le PMO paie les pensions, et chaque mois 54 000 salaires pour du personnel actif.

On tarifie 120 000 missions par an, et on a une activité très marquée au niveau interinstitutionnel avec 40 % de notre activité environ qui est faite hors Commission. Évidemment, on sert le personnel de la Commission, mais dès qu'il s'agit de missions, de salaires, de fixation de droits et de pensions, on va bien au-delà du champ de la Commission et on travaille avec les agences, etc. Et peut-être pour rappeler ce que disait Dominique tout à l'heure, c'est très important dans la perspective du PMO, lorsqu'on parle d'accès à un système de soins de santé, ou même de DGE sur les soins de santé, notre réflexion doit s'articuler autour des pensionnés, qui sont une population extrêmement importante pour nous, mais aussi, de façon très naturelle, autour des actifs.

Donc, évidemment, en France, on a des personnels pensionnés, mais on a aussi des personnels du Parlement à Strasbourg, et on a des agences, vous les avez citées tout à l'heure ; on a ça dans tous les États membres. On doit avoir les deux côtés à l'esprit : à la fois le personnel en activité et le personnel post-activité.

Je m'étais noté, pour mémoire, un petit point sur les pensions, les ajustements, etc., et c'est un point très rapide : rien à signaler. Depuis l'adoption des changements de statut en 2013, les ajustements de pension se font de façon – évitons le mot automatique - conforme au statut et conforme aux calculs d'Eurostat. Donc, rien à signaler de ce côté-là.

Tout fonctionne et on est en ordre en termes de paiement. En 2025, lorsque j'étais venu vous voir, on venait de passer au nouveau système comptable SOUMA et on avait eu quelques petites péripéties. Maintenant, on est habitué à SOUMA et on est en train de changer le système comptable pour le régime commun d'assurance maladie, mais pour l'instant, ça a l'air de fonctionner et d'être en ordre.

Pour le reste de ma présentation, je pensais aborder deux sujets. D'abord, le sujet de l'accès aux services du PMO et ensuite parler de la substance. Je vais donc d'abord parler de l'interface, de notre front office, et je sais que c'est un sujet qui est extrêmement important pour les collègues.

Soulignons l'excellente coopération avec l'AIACE. Aujourd'hui, lorsque vous sortez de la salle, vous voyez côte à côte nos collègues de l'AIACE avec un collègue du PMO à qui j'ai demandé de venir aujourd'hui. Et c'est une coopération qui n'est pas juste symbolique pour une fois aujourd'hui, c'est une coopération qu'on a au quotidien.

Je voudrais remercier l'AIACE et les volontaires de l'AIACE qui travaillent sur ces sujets, parce que sans vous, on n'aurait pas réussi à faire ce qu'on a fait l'an dernier sur le EU-Login. Et sans vous, on n'aurait pas réussi à maintenir ce niveau d'accès pour les collègues. Donc, on coopère.

Et ce que disait Dominique sur la complexité du système où ce n'est pas moi, c'est l'autre, la Digit qui invente un truc, la DGHR qui invente un truc, finalement, je le vis aussi un petit

peu. Je ne vais pas entrer dans la gouvernance IT de la Commission, parce qu'on sera encore là demain matin, mais il y a des choses qui sont sous notre contrôle et des choses qui sont en dehors de notre périmètre de contrôle. Et ce qu'on essaie de faire, c'est d'être les porte-paroles des anciens et des actifs auprès de la DGHR et de Digit pour essayer d'assurer le meilleur service possible.

Ce n'est pas toujours évident. Il y a eu récemment un petit souci avec le changement pour le EU-Login. La politique en matière de password a changé.

Nous n'étions pas au courant. C'était une erreur, visiblement, parce qu'il y a différents domaines d'EU-Login. Ça ne devait pas être appliqué au domaine des pensions. Or, ça a été appliqué au domaine des pensions. On est revenu en arrière. Et maintenant, on va devoir définir une nouvelle politique de mots de passe.

Mais ça illustre un peu la situation où nous sommes. Nous nous réveillons un matin et nous découvrons une nouvelle politique en matière d'EU-Login. On essaie de la faire changer.

Le premier e-mail que j'ai envoyé à Dominique, c'était que ce n'est pas moi mais la Digit. Sur quoi Dominique m'a répondu, oui, mais c'est toi qui vas le régler. Et on essaie de le régler dans toute la mesure du possible.

Mais on est conscient de ça. Il y a eu aussi la présentation ; lorsque vous allez sur les sites Internet du PMO, vous avez ce fameux ServiceNow, qui n'a pas été choisi par le PMO, mais par la DGHR. Ce n'est pas moi, c'est l'autre.

Et là, nous essayons de restructurer la présentation. En gros, ServiceNow, c'est un système informatique qui n'est pas fait pour présenter les choses de façon claire. C'est fait pour plein d'autres choses.

C'est une finalité IT. Donc, ce qu'on essaie de faire, c'est un peu comme si vous aviez des petits-enfants ; vous voyez les petits-enfants qui essaient de faire rentrer le cube dans le rond et le triangle dans le rond. C'est ce qu'on essaie de faire avec ServiceNow.

Donc, on prend un système IT qui a été fait pour plein de choses, mais pas pour présenter joliment les informations. Et on essaie de présenter joliment les informations. Et alors, ça donne lieu à des articles, maintenant, les informations, ça s'appelle des « articles ».

Et puis, on a dû changer derrière tous les algorithmes de présentation, parce que quand on faisait une recherche là-dedans, il allait chercher le truc le plus populaire ou je ne sais pas ce qui lui venait à l'esprit. Et donc, je me souviens, mes premières recherches ServiceNow sur le statut, ça me remontait, je ne sais pas quel article de l'annexe 12 dont j'ignorais l'existence et qui, visiblement, était populaire. Donc, c'est un grand travail pour mes équipes d'essayer de remettre de l'ordre là-dedans et de structurer l'information de manière à ce que ce soit lisible.

C'est un problème qui est connu. On en parle régulièrement avec la DGHR, avec Christian Roques, qui pilote ça, et il le sait. Il fait les mêmes recherches que moi sur ServiceNow et on en est au même point.

Donc, on essaie de restructurer ça. On va y arriver, on a besoin d'un peu de temps. Sur l'interface client, vous utilisez, je l'espère, MyPMO.

On essaie de maintenir et de développer MyPMO. Pour les actifs, on a mis quelque chose en place qui est extrêmement pratique, qui est la génération de certificats. Chaque année, il y a des milliers de collègues qui nous demandaient des certificats de salaire pour les impôts.

Et maintenant, on génère ça automatiquement. Et la prochaine étape, c'est d'essayer de générer ça automatiquement aussi pour les retraités. C'est à un horizon de quelques mois avant la mise en production, mais on va essayer d'améliorer MyPMO et de faciliter la production autonome.

L'autre point qui est toujours un sujet, c'est le numéro de téléphone unique. Nous avons fait des progrès en 2025. On a changé l'architecture des menus. On a vu que les statistiques s'amélioreraient parce qu'on suit les statistiques. Je disais ce matin à Fátima, et on est d'accord, que nous n'y sommes pas encore.

C'est-à-dire que je sais que ça pourrait être mieux, d'abord en termes de disponibilité. Nous avons des horaires qui sont limités le matin. Et puis, en termes de taux d'appels pris, parce que c'est un indicateur.

Donc, combien de gens abandonnent après avoir été sur la boucle d'attente trop longtemps ? Et on voit que le taux d'abandon est encore trop élevé. Pour l'instant, je pense qu'on est à 85 % d'appels qui sont pris. Et quand on prend un appel, en termes de durée moyenne - parce qu'on mesure la durée moyenne sur chaque item de menu - on voit qu'on est bon.

Par contre, il y a trop de gens qui abandonnent. On est encore à 15 % d'abandons, et c'est encore trop élevé. Il faut qu'on réduise ce chiffre. Et on va y travailler avec les collègues.

Juste pour votre information, on va changer le système de back-office. Là aussi, ce n'est pas notre choix, c'est un choix de La Digit. Le logiciel qui supporte ce numéro unique va être changé dans les semaines qui viennent.

Ça n'aura pas d'effet sur les utilisateurs, me signale-t-on. Il y aura un effet normalement bénéfique sur nos back-offices, parce qu'il y aura une meilleure intégration avec ServiceNow. Donc, quand quelqu'un dira « j'ai fait un ticket la semaine dernière », nos opérateurs du front office pourront voir plus facilement le ticket.

Et puis, à une échéance de quelques mois, on va travailler sur l'identification du numéro appelant. C'est-à-dire que si le numéro qui nous appelle est connu dans nos bases, on pourra aller rechercher déjà l'identifiant de la personne et commencer à préouverir le dossier pour pouvoir répondre plus facilement aux agents. Et alors, le rappel, on y travaille aussi.

Les équipes ne sont pas très favorables au rappel, parce qu'il y a quand même un degré de complexité. On envisage une autre solution, qui serait plutôt la fixation de rendez-vous téléphoniques.

Et là, il faut voir comment ça se passe avec les équipes, comment on est capable d'articuler ça, sachant qu'on a une grande question aussi, c'est qu'aujourd'hui, le numéro unique est

utilisé par les actifs et les pensionnés. On pense que beaucoup d'actifs pourraient se contenter d'un ticket ServiceNow, sauf en cas d'urgence. C'est très difficile de réguler, parce que même si on dit à quelqu'un « vous n'appellez qu'en cas d'urgence », on va quand même avoir des gens qui vont nous appeler pour dire que c'est très grave, c'est très important, on ne leur aura pas remboursé une boîte de médicaments, il faut absolument qu'ils parlent à quelqu'un maintenant.

Et donc, on doit réguler ça. Mais en résumé, le message sur notre interface client, c'est qu'on y travaille, on suit ça de près et on essaie d'améliorer.

On maintient également le flux papier. Vous savez que c'était un sujet, je pense, il y a 2 ans, quand j'étais venu à l'Assemblée générale. Quelqu'un m'avait posé la question « est-ce que vous allez maintenir le papier ? ». On maintient le papier et on voit que le volume de papier continue de diminuer. Donc il y a une pente très douce de diminution. On continue de le maintenir et on travaille maintenant sur des nouveaux scanners.

On est en train d'acheter de nouveaux scanners. La prochaine étape, ce sera le scanner où, quand on met son numéro de pension, le scanner va lire le numéro de pension et va pouvoir trier le dossier, mettre dans le bon dossier directement. On travaille sur de la lecture de dossiers avec de nouvelles machines.

Et puis, dernier point - je sais que, quand on est en France, ce n'est pas toujours utile ou évident - mais pour ceux qui passent à Bruxelles de temps en temps, on maintient à Bruxelles aussi un guichet physique comme on a ici avec notre collègue. On a toujours la possibilité, à Bruxelles, de fixer des rendez-vous avec nos collègues de l'IT pour mettre à jour les machines, etc. Enfin, télécharger ou se connecter à MyPMO. On continue d'offrir ce service.

On fait aussi périodiquement des grandes séances où on invite tous les retraités ou actifs qui le souhaitent. La prochaine séance aura lieu le 26 juin. Je sais qu'il y a les assises le 23-24. Donc, si certains d'entre vous étaient encore à Bruxelles le 26, il y aura une grande séance. On va essayer de s'arranger aussi pour un atelier le mercredi.

Et si vous avez besoin de l'aide du PMO, on sera là pour aider et fournir un collègue à ce moment-là.

La prochaine étape, c'est une étape que vous rencontrez partout. Dans ServiceNow, on est en train de tester, avec la DGHR, les fameux chatbots avec l'intelligence artificielle derrière, où on pourra poser des questions.

Moi, je suis très dubitatif face à ces machines. La dernière fois que j'ai eu un chatbot, j'étais en panne devant la gare du Midi, je suis tombé sur une machine qui me disait « qu'est-ce que vous voulez ? ». J'ai dit : « je veux juste que vous me sortiez de là ». Et finalement, j'ai réussi à parler à un opérateur.

Donc, il y aura ça, ça sera une faculté. On verra comment ça se déploie. On est conscient du *digital divide* et de la nécessité de maintenir des outils qui soient fonctionnels pour tout le monde, pour garder le contact avec le PMO. Alors, vous avez beaucoup de chance si vous ne connaissez pas ServiceNow.

C'est la nouvelle interface qui est utilisée pour mettre ce qu'on appelle le Staff Matters Portal. Lorsque vous cherchiez quelque chose pour savoir quelles sont les règles en matière de remboursement, etc., vous alliez sur le site du PMO. Derrière ça, il y avait un outil technique qui était SharePoint.

Maintenant, ça a changé. Il y a un nouvel outil technique qui s'appelle ServiceNow et qui a une nouvelle interface, une nouvelle manière de présenter les choses. ServiceNow, N-O-W. Souvent, les réponses sont « no », mais là, c'est « now ».

Voilà, c'est la nouvelle devise du PMO, c'est ServiceNow, au sens de « maintenant ». Donc ne vous inquiétez pas, ce n'est pas nouveau. C'est là depuis déjà quelques mois. C'est là où vous allez pour poser des questions, pour faire des demandes. Sauf que l'organisation de l'information n'est pas très intuitive et on doit encore l'améliorer.

Le RCAM en ligne, c'est comme MyPMO, sauf que le RCAM, c'est sur ordinateur et MyPMO, c'est sur le GSM.

Donc tout reste comme avant. C'est juste qu'on va essayer de mieux structurer l'information. Je suis devenu trop technique.

Et pour continuer peut-être sur les dernières nouvelles, côté technologie et développement, c'est l'arrivée de l'intelligence artificielle. Donc on commence à déployer l'IA sur ce qu'on appelle le back-office, c'est-à-dire sur nos circuits de production.

On a déployé fin 2025 le premier outil IA qui va lire des documents. En soi, ce n'est rien de révolutionnaire. C'est ce que vous voyez aujourd'hui dans les trois quarts des parkings automobiles.

Lorsque vous sortez, la machine lit votre plaque et ouvre la barrière. Nous, on fait ça maintenant, pas pour les pensionnés, mais pour les personnels en activité qui se font rembourser les frais de transport quotidien, donc les tickets de métro, les abonnements de train.

Maintenant, on a déployé sur MyPMO un module d'intelligence artificielle qui va lire la pièce justificative automatiquement et qui va préremplir le formulaire de demande. Évidemment, la prochaine étape, avec tout ce qu'il faut en matière de conformité, de protection des données, de sécurité des données, etc., sera de déployer ça sur les frais médicaux. Pas tout de suite, il nous faut un peu de temps.

On va commencer à déployer ça sur d'autres domaines. Tout cela pour dire qu'on commence à déployer de l'intelligence artificielle et qu'en termes de philosophie générale du PMO, c'est quelque chose de très important parce que ça veut dire qu'on va essayer de libérer des ressources en termes de collègues qui en sont aujourd'hui à contrôler des pièces justificatives. On va essayer de libérer des ressources pour aussi accroître la part consacrée à ce que j'appelle des services à valeur ajoutée grâce à l'emploi de nouvelles technologies.

Le deuxième élément que je voulais citer, c'est qu'il y a là aussi des externalités qui touchent fortement le PMO. On a une externalité qui va nous toucher dès 2029 et qui sera l'espace européen sur les données de santé. Donc là aussi, c'est un règlement de la Commission qui

prévoit la possibilité d'échanger des données de santé entre États membres, et le PMO, en tant qu'assureur au sens de ce règlement, va devoir entrer dans ces schémas-là.

Je cite ça parce qu'au niveau national, lorsque vous lisez le règlement européen sur les données de santé, il prévoit que les patients soient identifiés, et dans l'identification des patients, il y a évidemment le nom, le prénom, la date de naissance, mais un des éléments aussi, c'est le nom de l'assurance. Et donc on devra veiller, nous, en tant que PMO, à ce qu'on soit reconnu dans cet espace européen de données de santé. On y travaille avec la DG Santé et avec la DG Connect qui s'occupe de la mise en œuvre.

La deuxième externalité sur laquelle on travaille et qui est importante, c'est le « wallet », le portefeuille de certificats que chacun pourra produire de façon électronique. Vous savez déjà maintenant qu'il y a des certificats de confiance qui sont postés sur certains éléments. Et donc on doit se préparer, nous, PMO, à lire les certificats qu'on va recevoir et aussi à émettre des certificats. Lorsqu'on parle à des opérateurs en France, on sait qu'il y a un certain nombre de gens qui falsifient leur fiche de paie pour obtenir un crédit plus facilement. Tout cela, ça va se résoudre avec la position par l'émetteur de la fiche de paie.

Vous voyez ces QR codes qui vont attester de la validité du document. Le PMO doit se préparer, toute la Commission doit se préparer à recevoir ce type de document. Ce peut être une fiche de paie, un diplôme, une attestation de travail, n'importe quel document qui va être certifié. Et nous devons aussi nous préparer à pouvoir émettre ce type de document, une fiche, un bulletin de pension avec un code QR qui permet d'attester l'authenticité des documents.

Tout cela passe aussi par des règlements de l'Union que nous devons mettre en place. Et pour le « wallet », je pense qu'on doit être prêt à recevoir des documents en 2027, c'est-à-dire demain matin. Là aussi, on travaille avec la DG Connect sur ces sujets-là.

Tout ça pour dire que, derrière les sujets d'interface, nous avons en ce moment une grande activité sur ce que vous ne voyez pas : c'est la production quotidienne, le traitement des demandes, comment optimiser notre production, comment nous conformer aux réglementations européennes en matière d'échanges de données, d'échanges de certificats, et comment nous conformer aux règlements européens en matière d'échanges de données de santé, le tout en étant pleinement conformes. Lorsque je parle d'intelligence artificielle, nous travaillons uniquement sur des modèles Commission qui sont hébergés sur des serveurs de la Commission.

Nous restons toujours à l'intérieur d'un univers sécurisé et nous sommes toujours complètement conformes. C'est la première chose qu'on fait quand on développe tous ces outils, c'est de regarder la conformité juridique avant même de penser à la solution technique. Et puis, dernier point que je voulais signaler, c'est la manière dont nous allons aborder la question du contrôle interne et de la fraude dans un univers où l'intelligence artificielle permet de falsifier des documents très facilement.

Vous voyez tous combien il est facile, lorsque vous regardez les informations, de produire un « fake », de faire un montage photographique. Il est aussi possible de faire un montage photographique avec une facture hospitalière surfacturée. On doit aussi intégrer ça dans notre équation, ce qui veut dire qu'on a un intérêt, d'abord pour des raisons de facilité

d'utilisateur, de faciliter tout ce qui relève de l'authentification de documents, tout ce qui relève des liens directs avec les systèmes de santé.

On a un intérêt en termes de confort d'usage, mais on a aussi un intérêt en termes de contrôle interne parce que l'ancien monde où on regardait un document en pdf en se disant, s'il y a un pdf, c'est que c'est vrai, cet ancien monde, il va disparaître progressivement, probablement beaucoup plus doucement dans l'univers Commission où la propension à la fraude est quand même assez faible. Mais on doit quand même intégrer ça dans nos réflexions.

Ça, c'était pour la partie technique et développement.

Sur la partie assurance maladie, plus spécifiquement, sur le fond, il y a deux sujets, je crois, qui sont intéressants. Le premier, ce sont les DGE, donc les règles en matière de remboursement de l'assurance maladie.

Dominique disait que les dernières DGE dataient de 2007, sauf le petit paquet où on a changé cinq seuils de remboursement en 2023. Donc, il y a lieu de revoir ça.

J'ai un peu honte parce que l'an dernier, à Strasbourg, je vous ai annoncé que vous auriez un texte la semaine prochaine. Un an et une semaine après, on n'y est toujours pas. Pourquoi ? Je peux être transparent là-dessus.

C'est parce qu'on avait proposé des idées assez novatrices dans les DGE. On est allé parler au Service juridique, parce qu'avant de sortir un texte et de le diffuser, j'aime bien quand même avoir une conformité juridique. Le Service juridique nous a dit qu'il y avait certaines de nos idées qui étaient décidément très novatrices.

Novatrices à un point tel que nous avons repris la plume. Et maintenant, je suis dans une phase de dialogue avec la DGHR avant de passer voir notre cabinet, de retourner au Service juridique et à la DG BUDG. J'espère en sortir, simplement pour illustrer un petit peu pourquoi ce texte est compliqué.

Ce texte est compliqué parce qu'on peut le voir simplement en disant « vous avez un texte, vous prenez les taux de remboursement de 2007, les plafonds de remboursement, vous les augmentez et puis vous avez fini ». Vous allez jouer au golf cet après-midi. Ça, c'est la version 1 que nous n'avons pas choisie.

La version que nous avons choisie, c'est un texte qui, s'il doit durer 20 ans, doit intégrer certains éléments. Premier élément qu'on a essayé d'intégrer, c'est de la simplification. Et ça, ça renvoie à la longue liste d'autorisations préalables que nous demandons maintenant. Ce que nous voulons faire, c'est supprimer tout un ensemble d'autorisations préalables. Nous avons travaillé avec nos équipes de tarificateurs du PMO pour construire le texte. Et c'est fascinant de voir le nombre de gens qui disent « mais il faut maintenir ça parce que sinon, les gens vont dépenser, exposer le régime à des frais, etc ». Et c'est intéressant, j'étais au comité médical.

Vous savez que le PMO est entouré de médecins-conseils. Je suis intervenu au comité médical le mois dernier et je leur disais « on va supprimer tout un nombre d'autorisations préalables ». Je citais par exemple celle qui m'amuse toujours énormément, c'est l'autorisation préalable pour se faire opérer de la cataracte avant 55 ans.

C'est un truc qui me dépasse toujours en me disant « mais qui va se faire opérer de la cataracte à 42 ans juste pour rire ». J'étais entouré d'une quinzaine de médecins, dont deux médecins autour de la table qui disent « non, on a des cas de gens qui font ça alors qu'ils ne devraient pas le faire ». C'est vous dire si les discussions sur le sujet sont animées et colorées. Moi, je suis plutôt pour l'abandon des autorisations préalables, d'abord parce que ça simplifie la vie des usagers et aussi parce que ça simplifie la vie du PMO car en matière de tarification, ça se passe beaucoup mieux.

Tout ça pour dire que ce n'est pas un long fleuve tranquille, ce changement de DGE parce qu'on a un nombre de stakeholders dans l'équation qui est absolument remarquable.

Deuxième axe de réflexion pour les DGE, c'est évidemment augmenter les plafonds de remboursement. Et là, on arrive à nouveau à une tension, à la tension court terme/long terme que mentionnait Dominique tout à l'heure.

À court terme, le régime commun d'assurance maladie est en pleine forme. Il y a un taux de contribution qui est dérisoire. On contribue à hauteur de 1,7 % de notre salaire ou de notre pension, ce qui n'est rien par rapport à des systèmes nationaux. Donc, on a un taux de contribution dérisoire en échange d'un service qui, en moyenne, n'est pas complètement mauvais.

La question, c'est « comment est-ce qu'on maintient cet équilibre à long terme ? » À court terme, l'équilibre va très bien parce que, grâce au Covid et grâce à l'absence d'ajustement des plafonds, actuellement, il y a à peu près 400 millions d'euros en trésorerie pour une dépense annuelle de 470 millions d'euros. Donc, on peut avoir une première approche quand on révisé ces DGE en se disant « on a 470 millions en caisse, on a un taux de contribution dérisoire, allons-y pour la cataracte à 32 ans et la chambre individuelle avec vue sur la mer dans tous les hôpitaux d'Europe ». Ça, c'est la première approche.

La deuxième approche, c'est qu'on dise : si on augmente la dépense de cette façon, vu la croissance aussi du nombre de pensionnés qu'on anticipe dans les prochaines années, on va arriver à quelque chose qui va être inexorable, c'est que le régime va tomber en déficit, parce qu'on peut faire open bar maintenant, mais dans 5 ans, dans 6 ans, dans 7 ans, mon successeur ou le successeur de mon successeur va se retrouver face à un déficit. Et là, vous avez une réponse simple : c'est une variable d'ajustement, c'est le taux de contribution, on paiera plus cher. La question, c'est est-ce qu'on veut aller dans cette direction-là ou est-ce qu'on dit on cherche quand même un ajustement qui soit suffisamment significatif pour qu'il y ait une amélioration pour les affiliés, mais qui ne nous mette pas dans une situation farfelue où on se retrouverait en déficit trop vite.

Et là, il y a autant d'avis qu'il y a de personnes dans une salle de réunion de la DGHR, et ce n'est que le début des consultations.

Le deuxième aussi qui crée une tension, c'est est-ce que le RCAM doit être vu comme un régime primaire ? J'entendais l'appel à l'intégration, on vise la sécurité sociale, etc. C'est très bien.

En attendant, le RCAM n'est pas un régime primaire. C'est un régime de mutuelle extrêmement luxueux. Lorsque vous voyez les remboursements des lunettes, etc., vous êtes bien au-delà de la sécurité sociale.

Et lorsque vous regardez la chambre individuelle à Chirac avec un prix multiplié par quatre, vous êtes assez loin de la surcharge des hôpitaux de Paris. Et donc la question, c'est est-ce qu'on dit OK, nous sommes un régime primaire d'assurance maladie, nous remboursons le tarif Inami en Belgique, parce que c'est là qu'on a 50 % de notre dépense. L'hospitalisation, c'est 115 millions d'euros sur 460 millions, soit à peu près un quart de la dépense. Donc là, se pose la question de l'attractivité de notre régime.

Est-ce qu'on dit « nous sommes un régime primaire, on rembourse le tarif Inami, il est public, c'est facile » ? Ou bien est-ce qu'on dit « non, on maintient l'attractivité de la fonction publique européenne parce qu'on veut attirer de nouveaux fonctionnaires, on a un problème d'équilibre géographique, on veut attirer de jeunes Danois, Suédois, Allemands avec leur famille, etc. » ? Et donc, on ne va pas juste rembourser l'Inami, on va rembourser un peu mieux. Là aussi, on peut avoir beaucoup d'avis. Est-ce que nous allons dans une direction a minima, ou est-ce que nous restons comme nous sommes ? Si nous restons comme nous sommes, on va dépenser 115 millions sur les hôpitaux.

L'autre question qu'on se pose, c'est qu'on n'est pas un pays, on doit travailler sur 27 pays. Il y a un exemple qui marche très bien, c'est les Pays-Bas. Aux Pays-Bas, pour aller voir un dermatologue, il faut passer par le généraliste. Le dermatologue paie une amende à la fin de l'année s'il a envoyé trop de personnes chez le spécialiste, etc.

Tout ça pour dire qu'on a des choix à faire et que ces choix ne sont pas tout à fait simples. Il y a l'option simple : « je prends les plafonds de 2007, je mets 15 % dessus et je vous remets un texte, un draft cet après-midi », ou bien on fait quelque chose de plus sophistiqué en disant « qu'est-ce qu'on fait des autorisations préalables, où est-ce qu'on va sur la dépense, quelle est la structure des plafonds et comment est-ce qu'on arrive à optimiser à la fois la situation du point de vue des usagers, parce que c'est quelque chose qui est central, et comment on arrive à optimiser aussi le côté PMO sur la production, etc. » pour être plus efficient. Donc, on en est là. Cette fois-ci, ce n'est pas une blague, j'espère sortir un texte bientôt. Ce n'était pas une blague l'an dernier non plus, mais cette fois-ci, j'y crois encore.

On va sortir un texte bientôt. J'ai des réunions la semaine prochaine avec la DG en charge, j'espère pouvoir passer au cabinet assez vite. Et quand on sera passé au cabinet, évidemment, on consultera le CGAM, l'AIACE, le comité du personnel.

Et n'oublions pas que le texte des DGE va s'appliquer à l'ensemble de la fonction publique européenne. Et donc, on va consulter le Parlement européen, à la fois l'administration et les représentants du personnel. On va consulter le greffier de la Cour de justice, à travers le collège des chefs d'administration, etc.

La somme des stakeholders est considérable.

Évidemment, la dépense médicale augmente avec l'âge. C'est partout. Et les statistiques du RCAM, c'est que la dépense moyenne pour un actif, c'est 2 500 euros par an, alors que la dépense moyenne pour un retraité, c'est 4 900. C'est le double.

C'est pour ça qu'on a aussi prévu dans le nouveau texte une section dans laquelle on demande périodiquement à Eurostat de faire 2 études.

D'abord, une étude actuarielle pour voir quel serait le point d'équilibre. Est-ce que 1,7 % est le bon point d'équilibre à long terme sur la contribution ?

Et ensuite, une étude budgétaire. C'est comment évolue le budget en tenant compte qu'on va passer de 34 000 à 43 000 pensionnés. On va arriver à une structure d'âge avec une dépense qui va augmenter fortement. L'équilibre actuel ou les bénéfices qu'on a pu faire aussi dans les dernières années ont été liés à la croissance de la taille de la fonction publique européenne.

La fonction publique européenne à travers les agences a énormément augmenté. On a eu un phénomène complètement atypique pour un régime de sécurité sociale. C'est que notre population active a énormément augmenté et notre population de pensionnés a augmenté aussi, mais on n'a pas encore atteint le point de rupture.

La grande question qui va aussi se poser à travers la discussion sur les perspectives financières 2028, 2034 ou 2035, c'est quelle est la projection de croissance de la taille de la fonction publique européenne. Pour l'instant, la Commission a demandé 2 500 postes supplémentaires pour l'ensemble des institutions et je pense que les discussions ne vont pas dans le sens d'un accroissement de la taille de la fonction publique européenne.

Les projections que nous faisons seront fortement dépendantes à la fois de la croissance du nombre de pensionnés, qu'on arrive à projeter assez facilement, et de la taille de la croissance de la fonction publique européenne, qu'on ne connaît pas.

Et ça, c'est la grande inconnue... Parce que si on est dans un univers en expansion infinie et qu'on n'est plus à 70 000 actifs, mais à 200 000 actifs dans 10 ans, alors on peut avoir la vue sur la mer autant qu'on veut. Si la fonction publique européenne se stabilise à 70 000 actifs et un nombre de pensionnés qui passe à 43 000, alors on va être en déficit assez rapidement.

Donc les enjeux, des tensions à résoudre entre court terme, long terme, entre simplification, maîtrise de la dépense, entre sommes-nous un régime primaire qui rembourse le tarif Inami ou est-ce qu'on rembourse la vue sur la mer ? Ce sont autant de questions qu'on doit résoudre et qui ne sont pas toutes philosophiques, mais qui donnent lieu à beaucoup de questions et beaucoup de points de vue. C'est pour ça que le texte met un peu de temps avant de mûrir, sachant que le texte doit aussi être conforme juridiquement, qu'on ne doit pas créer de discrimination, etc.

Dernier point, c'était l'intégration du RCAM dans les systèmes nationaux, last but not least.

Le RCAM agit dans 27 États membres. Il couvre 200 000 personnes. Et le RCAM fait face à des situations qui varient d'État membre à État membre. Nous avons un État membre comme l'Italie, où des affiliés n'ont pas la Carte sanitaire. La Carte sanitaire, c'est l'équivalent de la Carte Vitale. Le problème, en Italie, quand vous n'avez pas la Carte Vitale, ce n'est pas que vous payez éventuellement 30 % de plus ou une surcharge, c'est que vous ne rentrez pas à l'hôpital. J'étais à Ispra en décembre, j'ai rencontré les représentants du

personnel d'Ispra qui m'ont dit, M. Levasseur, on avait l'épouse d'un de nos affiliés qui était en train de mourir et qui avait besoin de bouteilles d'oxygène.

Elle s'est présentée à la pharmacie pour avoir des bouteilles d'oxygène. On lui a dit, vous n'avez pas la Carte sanitaire, on ne vous donne pas de bouteilles. Ça, c'est la situation en Italie.

Donc on essaie de résoudre ça et d'arriver à une solution en Italie. J'ai des problèmes similaires en Pologne et en Croatie.

Je n'ai pas de problème d'accès en Belgique. Et je dois dire, que ça plaise ou non, je n'ai pas de problème d'accès en France.

J'ai vu le résultat de votre sondage, mais en France, il y a des déserts médicaux, mais ça, ce n'est pas moi. Il y a besoin d'avoir une prescription médicale de temps en temps, etc., mais ça, ce n'est pas moi. Par contre, en France, vous rentrez, c'est un système bismarckien de sécurité sociale, vous allez chez le médecin, vous payez, vous ressortez, vous êtes soigné.

Moi, je ne connais personne en France qui m'ait dit « j'étais à la porte de l'hôpital, je n'ai pas pu rentrer ». Par contre, on a ça dans d'autres États membres. Après, c'est des problèmes d'argent.

Je parle de problème de principe d'accès.

Après, on règle toujours l'argent, je vais y venir. Le problème d'argent, on va le régler.

Et l'informatique, évidemment, c'est pénible, je sais. Mais je dois dire que dans la hiérarchie des problèmes, est-ce qu'il y a un problème fondamental d'accès en France où quelqu'un me dit « j'avais besoin de bouteilles d'oxygène pour mon épouse qui était en train de mourir et on ne me les a pas vendues » ? La réponse, c'est non. Et c'est très bien. Je ne peux que m'en féliciter.

Deuxième question, est-ce qu'on a un problème bureaucratique quand on arrive à l'hôpital et qu'il faut dire « je suis fonctionnaire européen, ancien fonctionnaire », et ils disent « qui vous êtes, qu'est-ce que c'est, c'est quoi le RCAM » ? Oui. Est-ce que je peux essayer de le résoudre ?

Essayons de le résoudre. Je ne suis pas opposé à l'idée de le résoudre, sachant que le problème est vaste. Il ne s'agit pas de résoudre un problème, il s'agit de faire que, quand quelqu'un va à l'hôpital à Sète ou à Vierzon, il soit reconnu.

Et vous comprenez que la question n'est pas un problème de moi écrivant à la Sécurité sociale en disant coucou, j'existe. La question, c'est comment est-ce que le réceptionniste à l'hôpital de Vierzon va savoir qu'on existe ? Et ça, ça risque d'être compliqué. Je peux être de bonne volonté, je veux bien essayer, je veux bien parler à plein de gens, mais la question, c'est comment est-ce que ça va fonctionner en pratique ? Et donc, en pratique, comment ça peut fonctionner ? Ça peut fonctionner, et j'entends déjà la réponse, si on porte une Carte Vitale.

C'est quelque chose dont on doit examiner la portée sous deux angles. D'abord, en termes juridiques ou d'interaction avec la Sécurité sociale, c'est comment ça peut fonctionner.

Et deuxièmement, c'est comment ça fonctionne techniquement. Les gens me disent « vous avez fait MyCarenet en Belgique, c'est merveilleux. » Alors oui, MyCarenet, c'est merveilleux, le PMO n'a rien fait.

Le PMO s'est connecté à un système qui a été mis en place par la Belgique, par les mutuelles belges, moyennant des efforts colossaux. Pourquoi avons-nous consenti ces efforts ? Parce qu'on a 50 % de nos affiliés en Belgique. C'est quoi MyCarenet en Belgique ? Ce sont les mutuelles belges qui font un réseau d'échanges de données et qui sont venues voir mon prédécesseur en disant « ça vous dirait de participer et d'être considéré comme la 9e mutuelle belge ? ». Mon prédécesseur a eu la bonne idée de dire oui, et MyCarenet a dit « pour la connexion IT, ça va vous coûter 1 million d'euros ».

Et on a payé, parce que le jeu en vaut la chandelle, c'est de la simplicité pour les usagers, etc. L'accord avec MyCarenet a été signé fin 2023. On est passé en production mi-2025.

Entre-temps, j'ai eu un an et demi de développement qui m'a encore coûté en interne quelques centaines de milliers d'euros. Tout ça pour faire des tables de correspondance entre les codes de tarification belges et nos codes de tarification des DGE. Maintenant, MyCarenet fonctionne pour les généralistes et les spécialistes. Pour les dentistes, ce n'est pas encore au point, parce que les logiciels des dentistes ne sont pas encore mis à jour. Ils seront mis à jour en juin et décembre. Mais en attendant, on développe les pharmacies.

Les pharmacies, j'ai mis du développement IT pour les tables de correspondance. J'ai dû acheter des bases de données de pharmaciens pour aller voir les codes des médicaments, que tout ça marche. Et MyCarenet vient me revoir en disant « c'est 400 000 euros pour vous connecter aux pharmacies ». Évidemment, je vais payer, parce que la facilité pour les usagers de pouvoir se brancher sur les pharmacies, ça vaut la peine quand même.

MyCarenet, ça fait 3 ans de développement. Ça a dû coûter 2 millions d'euros et je ne sais pas combien d'heures de développement.

Qu'est-ce que vous attendez pour vous connecter au système de la Sécu ? Vous n'avez que ça à faire cet après-midi. Oui, je veux bien. Essayons de le faire, mais j'appelle quand même votre attention sur l'équilibre que nous devons trouver entre les enjeux, les moyens techniques, le coût de toutes ces opérations et le bénéfice qu'en tirent les usagers.

Je voulais revenir aussi sur la question de la prise en charge.

L'APHP dit qu'il y a des factures impayées. Actuellement, mes équipes, que je remercie au passage parce que j'ai des gens extraordinaires au PMO, travaillent bien, les factures sont payées, il n'y a pas de retard de facturation. Il y a des hôpitaux qui refusent la prise en charge.

J'ai ici avec moi Fátima. Si vous avez des cas de refus de prise en charge, téléphonez au PMO. On va parler à l'hôpital, on va leur expliquer qui on est, on va expliquer qu'on est solvable, on va leur expliquer qu'on existe, etc.

J'ai entendu une question sur les devis. Certains acteurs du domaine des soins de santé refusent de produire des devis. Il y a une directive 2011-24 sur le droit des patients qui rend le devis obligatoire et qui est traduite dans la loi nationale.

Lorsque vous allez sur le site de la Sécurité sociale, vous trouvez les fiches clartés, les infos pratiques, vous avez le droit de demander un devis. C'est dans la loi nationale française. Donc l'acteur de soins de santé qui vous dit qu'il ne fait pas de devis n'est pas conforme aux dispositions de la loi sur la Sécurité sociale.

Là encore, je pense qu'il y a une règle, et c'est ce qui ressort aussi du sondage qui a été présenté tout à l'heure. Si vous avez des difficultés, appelez le PMO. On va essayer de vous aider à les résoudre. On est là pour ça.

Appelez les collègues de l'AIACE. Je sais qu'ils font aussi un travail extraordinaire.

Ensuite, la question de la surcharge. Il y a une surtarification qui est appliquée par l'APHP. Ça découle d'un article du Code de la Sécurité sociale qui a été mis en œuvre par la Ville de Paris. Nous, on a procédé par sondage. On a pris les plus grosses factures qui sont rentrées pendant une certaine période.

Sur 15 factures, on a vu 7 factures avec cette surcharge, 8 sans surcharge. Donc, de dire qu'il y a une application systématique par l'APHP, c'est faux. Il y a une application, dans certains cas, par l'APHP qui, à mon avis, est relativement aléatoire.

J'ai vu des factures de l'APHP sans dépassement. C'est très clair.

Le dépassement a 2 conséquences. D'une part, une conséquence pour l'affilié lorsqu'il y a un reste à charge. D'ailleurs, sur le cas des accouchements, il n'y a pas de reste à charge parce qu'ils sont remboursés à 100 %, donc ils ne sont pas dans l'excessivité.

Et en France, vu les tarifs, on n'est pas dans l'excessivité, loin de là. Donc, sur l'APHP, il peut y avoir un dépassement, effectivement. Il y a des dispositions juridiques qui pourraient être vues comme étant en contradiction avec les arrêts qu'on connaît, Ferlini, Wattiau, etc.

La taille du problème, d'après notre estimation, en termes d'impact sur le RCAM, est très modeste. Si je prends la somme des factures qui sont payées à l'APHP, je multiplie par 30 %, et je multiplie par la moitié, parce que j'admets qu'il y en a une sur deux qui portent la surcharge, on est dans moins de 100 000 euros par an sur un budget de 470 millions d'euros du RCAM. Et donc, oui, il y a un problème. Ce n'est pas bien de devoir payer trop. D'abord, pour les affiliés, et puis pour le PMO. Oui, on va aborder le sujet, mais ce que je voulais faire aujourd'hui, c'est remettre un peu l'église au milieu du village ou remettre les choses en perspective.

C'est-à-dire que nous devons, avec nos équipes, avec nos juristes, avec les collègues, à la fois résoudre la situation de la collègue en Italie qui n'arrive pas à acheter ses bouteilles d'oxygène, et nous devons régler 88 000 euros estimés de surfacturation par l'APHP. On va le régler, on va l'aborder. Je m'y engage, on va le faire.

Simplement, on doit fixer des priorités, et c'était un peu le sens de mon intervention.

Voilà, je peux prendre des questions.

Intervention de René Guth

Il y a un point d'ordre, et il faut savoir comment on va s'organiser. Le déjeuner est prévu de 13h à 14h30. Alors, je veux bien que l'on continue jusqu'à 13h, mais je vous rappelle que nous avons une assemblée générale statutaire à tenir.

Alors, si vous me promettez d'être de retour à 14h, 14h30, avant le début de la session de l'après-midi, on peut continuer, mais on ne terminera pas la journée sans qu'on ait eu l'assemblée générale statutaire, parce que c'est une obligation.

Je préfère continuer à débattre, parce que ce n'est pas tous les jours qu'on a le PMO avec nous, donc il faut en profiter. Mais alors, il faut qu'on abrège la pause déjeuner, parce qu'il nous faut l'assemblée générale statutaire.

Question

Merci beaucoup, monsieur Levasseur, de votre présentation. Et justement, sur la même thématique, puisqu'il est quand même important d'avoir des bénéfices à court terme, je reviens sur la question des plafonds. Est-ce qu'au fond, un mécanisme d'indexation, toujours révisable et améliorable, ne serait pas une mécanique simple, peut-être même efficace et rapide ? Parce que je rappelle que les augmentations de tarifs sont considérables, en particulier en Belgique où l'inflation est considérable.

S'il y a des décennies d'accumulation de retard dans l'actualisation des plafonds, je dois dire qu'on peut s'en réjouir en tant qu'assuré. On contribue à alimenter une trésorerie importante. Est-ce qu'il n'y a pas moyen quand même de scinder les problèmes et non pas de les mettre dans un ensemble extrêmement riche, extrêmement complexe, et simplement de faire un mécanisme d'indexation des plafonds ? J'aime la simplicité, parfois.

Réponse de M. Levasseur

Merci beaucoup pour cette question. Effectivement, vous avez raison.

Vous avez raison sur plusieurs points. Vous avez raison presque sur tous les points. Il y a un point quand même que je voudrais faire, c'est qu'on arrive à mesurer le taux de remboursement effectif.

Quand vous avez la réglementation commune qui dit que tel acte est remboursé à 85 %, c'est le taux théorique. On arrive à faire le rapport entre la dépense exposée et ce qui est remboursé. Et donc, ce qu'on arrive à voir, c'est que lorsque vous dites que les plafonds sont insuffisants aujourd'hui parce que l'inflation est passée par là, oui, dans certains domaines, mais pas dans tous.

Donc, on arrive à voir des taux de remboursement effectifs. On a beaucoup de taux de remboursement effectifs qui tournent autour de 75, 80 %, plutôt que 85. Donc, effectivement, l'affilié perd 5, 6 %, je ne le nie pas.

Et puis, vous avez des domaines, notamment dans le dentaire, où on est plus bas, où le taux de remboursement effectif est plus bas. Et on le voit, on a les statistiques. Alors, comment ajuster les plafonds ? C'est ce que je me suis fait retoquer par le Service juridique.

Parce que la grande idée que nous avons, c'était une idée non pas d'ajustement automatique, mais de délégation qui serait donnée au directeur du PMO. Et en l'occurrence, c'aurait été mon successeur, parce que d'ici que tout cela arrive. Mon successeur, lorsqu'il verrait que certains paramètres sont remplis, pourrait ajuster les plafonds pour que ça aille plus vite. Parce qu'il faut refaire toutes les nouvelles DGE, ça prend un certain temps.

Et là, le Service juridique, l'équipe institutionnelle qui a été consultée me dit « mais pas du tout, vous avez un texte qui est une décision du collège, et une décision du collège ne peut pas être amendée d'un trait de plume par un directeur, directeur général ou qui vous voulez, parce qu'il faut maintenir la hiérarchie des normes et le parallélisme des formes ». La réponse du Service juridique est de dire « si vous voulez modifier les plafonds, vous n'avez qu'à modifier les DGE ». Et alors, la réponse qu'on pourrait lui faire, c'est de dire « mais dans le statut, on a trouvé quelque chose d'extrêmement intelligent pour ajuster les pensions, de façon - le Conseil n'aime pas du tout le mot – automatique ».

Sauf que la subtilité de l'ajustement que nous avons sur nos salaires, c'est que l'ajustement n'est pas calqué sur l'inflation, mais sur les parités de pouvoir d'achat. Et qu'est-ce que c'est que les parités de pouvoir d'achat ? Ça définit, finalement, le pouvoir d'achat, ça définit, d'un côté, l'inflation, mais aussi comment les États membres ont réagi à cette inflation.

Est-ce qu'ils ont accompagné cette inflation ou est-ce qu'ils ont décidé de faire perdre du pouvoir d'achat à leurs agents ? L'indice sur lequel nous nous fixons pour ajuster les salaires et les pensions est donc plus sophistiqué que l'inflation. Ce n'est pas juste l'inflation. La question, c'est est-ce que nous pourrions ajuster les plafonds dans les nouvelles DGE et sur quel indicateur ? On a réfléchi à un mécanisme, par exemple ajuster, d'une part, en fonction de l'inflation et, d'autre part, en fonction de l'équilibre du fond.

Parce qu'en gros, si vous dites « OK, il y a une inflation des soins de santé, on a 400 millions en caisse et tout va bien, on va accompagner cette inflation ». Par contre, j'ai une inflation des soins de santé et je perds 20 millions, j'ai 20 millions de déficit chaque année, je ne suis pas sûr de vouloir ajuster. À long terme, on n'ajuste pas. Oui, à long terme, on est tous morts, c'est aussi une réflexion qu'on a eue. C'est-à-dire, quelle est la perspective dans laquelle on écrit ces DGE ? Est-ce que c'est un horizon temporel de 5, 10, 20 ans ? Est-ce que c'est un horizon temporel où on se dit que nos successeurs auront la capacité de les changer ? Et après, ça pose une autre question qui devient philosophique, c'est sommes-nous capables, aujourd'hui, de définir un texte qui a une durée de vie de 20 ans, sachant que, lorsqu'on regarde la législation dans les États membres, parfois l'horizon c'est plutôt la prochaine élection.

Nous, on est plutôt sur un horizon de long terme. C'est un système de soins de santé qui a une vocation de démographie où le temps joue un rôle important. Concrètement, quelle est la solution que vous avez proposée ?

La solution qu'on a discutée, c'est de faire le corps des DGE et puis l'annexe, en espérant qu'il sera plus facile à nos successeurs de modifier juste l'annexe.

Pour modifier l'annexe, on aura les études d'Eurostat et sur l'équilibre budgétaire.

Revenons-en à ce que vous disiez sur l'ajustement systématique. Ça aussi, c'est une difficulté, car on a un problème de circularité. Lorsque vous êtes à Bruxelles et que vous

dites que le plafond de remboursement des lunettes, ce n'est plus 150 euros mais 200 euros, je vous demande de faire le test et d'aller chez l'opticien qui est Rue Archimède et de voir combien il va vous demander pour vos lunettes.

Je pense que vous allez passer de 150 à 200 assez rapidement, parce que généralement, les acteurs du domaine des soins de santé autour du rond-point Schuman, ils connaissent mieux la tarification que moi.

C'est-à-dire qu'on peut mesurer l'inflation des frais médicaux, on peut mesurer l'évolution des tarifs Inami ou des tarifs sécurité sociale, par exemple, et ce ne sont pas les mêmes codes. La question, c'est est-ce que nous voulons rentrer dans un mécanisme qui soit basé uniquement sur l'inflation, et ça, pour moi, la réponse est non. Si demain, j'ai un déficit de 20 millions d'euros par an, que j'ai 3 % d'inflation, je vais rembourser les lunettes 3 % de mieux. Oui, mais les 400 millions qu'il y a actuellement en caisse, c'est une anecdote de l'histoire.

Ce n'est pas quelque chose de structurel ou de fondateur. Alors, ça renvoie à cette discussion. Vous pouvez dire, j'ai 400 millions en caisse, on va donner 500 euros pour les lunettes, 3 000 euros pour les cures thermales, et indexer sur l'inflation Belgique, Luxembourg, ce que vous voulez, et tout va bien.

Et quand il n'y aura plus 400 millions, quand il restera 100 millions en caisse, alors on réfléchira, mais on sera tous morts. Alors, ça sera nos successeurs et ils se débrouilleront. C'est un choix.

Je pense qu'on oublie quand même les indexations de nos pensions qui sont quand même... Ça aussi, c'est un facteur qui a joué dans le bénéfice actuel. C'est-à-dire que l'équilibre actuel du régime, c'est la somme de la croissance de la population plus des ajustements salariaux faramineux. Quand on a des ajustements à 8 %, ça se retrouve dans les contributions.

Mais vous avez parfaitement raison. Vous pouvez dire, j'ai 400 millions en caisse, demain, j'indexe sur l'inflation, je dépense 5, etc., ça va.

Question

Merci, Christian, pour cette présentation. Moi, j'ai 2 questions. L'année dernière, à Strasbourg, vous aviez parlé de la médecine préventive.

Là, vous n'avez dit strictement aucun mot. Il y avait une question d'accord avec le groupe Elsan, par exemple. Où c'est qu'on en est ? Est-ce qu'il y a d'autres groupes qui ont été aussi sollicités ?

Et puis la 2^e question, j'ai été impressionné par les chiffres entre les actifs et les retraités. 2 500 euros pour les uns et 4 900 pour les autres. Est-ce qu'on pourrait un jour, c'est peut-être iconoclaste, imaginer qu'il y ait une cotisation à géométrie variable selon la catégorie dans laquelle on se trouve ?

Réponse de M. Levasseur

Il serait tout à fait logique qu'il y ait un mandat donné par la Commission à quelqu'un ou un groupe, un directeur ou un négociateur pour que ce dernier prenne contact avec les autorités françaises. Mais il faut qu'il y ait ce mandat de la Commission. Donc s'il n'y a pas de mandat, il n'y a rien.

Question

Donc il ne va rien se passer. Est-ce que vous allez demander un mandat en ce qui concerne la discussion sur une intégration ou sur la reconnaissance, simplement, du RCAM par les autorités françaises ?

Réponse de M. Levasseur

Pour répondre à la 1re question sur le dépistage et la prévention, effectivement, c'est un sujet très important, j'ai des nouvelles.

Mais là, je dois lire mon briefing parce que c'est trop compliqué, il y a trop d'informations là-dessus. Alors je passe le micro à Fátima, qui connaît ça par cœur, c'est elle qui l'a écrit.

Réponse de Fátima

Par rapport à la question des accès au programme de prévention sous facturation directe, nous avons mis en place la possibilité de produire ces invitations, pour le parcours en facturation directe, pour les personnes en complémentarité, puisque c'était une problématique qui avait été soulevée la dernière fois. Donc exclusivement en France, cette possibilité est ouverte pour les personnes en complémentarité. Ce n'était pas possible auparavant.

Pour ce qui est des nouveaux centres, il y a des centres qui seront activés à Toulouse et à Nantes, fin juin à Toulouse et en fin d'année à Nantes.

Par contre, il y a eu des changements auxquels nous avons été confrontés par surprise récemment par rapport à Valenciennes, où ce n'est plus possible de faire fonctionner notre système dans le cadre de l'accord.

Nous avons signé un accord avec 6 centres de dépistage à Paris, Valenciennes, Saint-Herblain, Muret, Marseille et Lyon. Nous suivons les développements au jour le jour, chaque fois que vous avez besoin d'entrer dans un parcours de dépistage qui aujourd'hui est élargi avec plus de possibilités d'examen, etc., ou même de parcours parallèles que vous pouvez choisir, par exemple, pour les femmes, la gynécologie à part, etc.

Donc ça, c'est déjà mis en place.

Et si vous avez besoin d'une invitation en facturation directe ou en parcours libre, vous contactez nos collègues et ils vont mieux vous renseigner par rapport à la région dans laquelle vous habitez. Parce qu'il y a des évolutions constantes.

Il y a, de la part d'Elsan, des choses qui ont été modifiées à la dernière minute et qui échappent à notre contrôle. Ils proposent d'ouvrir d'autres options, mais pour l'instant, elles ne sont pas connues. Voilà, ça, c'est les dernières évolutions.

Le centre de Strasbourg ne s'est pas confirmé, alors que c'était prévu... Voilà. Mais ça, c'est par rapport aux changements qu'il y a eu en France, dans le groupe lui-même, et pas par rapport aux accords que nous avons entamés déjà.

Réponse de M. Levasseur

Il y a eu une question très intéressante, c'est est-ce qu'on pourrait faire payer plus les retraités. Je n'y avais pas pensé, mais merci beaucoup.

Le taux de contribution est défini à l'article 72 du statut. À l'article 72 du statut, vous avez une disposition qui prévoit que le taux de contribution est payé à la hauteur de deux tiers par le budget de l'Union. C'est une contribution qui est versée à hauteur d'un tiers par l'affilié, et le tiers payé par l'affilié ne peut jamais dépasser 2 % de son salaire ou de sa pension. Et le statut ne prévoit pas de distinction entre les actifs et les post-actifs.

Ce qui est très intéressant aussi, c'est que le statut ne prévoit pas de limite à la contribution, c'est-à-dire aux deux tiers versés par le budget communautaire. Ce qui fait dire aux actuaires et aux statisticiens que le système n'est pas un système... Il y a deux systèmes de soins, d'assurance auxquels on peut penser. Il y a ce qu'on appelle les *defined benefits* et les *defined contributions*.

Quand vous êtes dans un système à « bénéfices définis », vous avez droit à un certain nombre de bénéfices, de remboursements, indépendamment de l'équilibre financier du système. C'est le cas du régime de pension communautaire. Lorsque vous regardez la comptabilité de l'Union, vous avez la dépense pension qui est sans aucun rapport avec la contribution pension versée par les actifs.

Pourquoi ? Parce que c'est un système où il y a un équilibre à long terme, etc. Donc c'est un *defined benefits*.

Par contre, si vous êtes chez un assureur privé, il va vous dire qu'il vous rembourse tant qu'il fait du bénéfice. S'il n'a plus d'argent, il arrête de rembourser.

Le système de soins de santé que nous avons est donc défini comme un système à *defined benefits* qui est assez exceptionnel, au sens où on pourrait imaginer un monde - pour continuer sur la lancée de l'inflation et de la dépense - où on dépense tellement et on est dans un tel déficit qu'on va devoir augmenter le taux de contribution pour les actifs et les pensionnés, le placer au maximum à 2 %, mais ce qu'il faut pour couvrir la dépense, c'est 15 %, et donc les 13 % restants, ça sera le budget communautaire qui les payera.

Je souhaite bon courage au commissaire ou au directeur du PMO qui aurait expliqué ça au Conseil. Mais théoriquement, le système est conçu comme ça, et c'est intéressant de voir ça, sachant que vous avez une autre disposition dans la réglementation commune qui, très bizarrement d'ailleurs, prévoit qu'en moyenne ou sur une durée moyenne, le régime doit être à l'équilibre. C'est marrant, parce que pourquoi il doit être à l'équilibre si vous êtes dans un *defined benefits* d'un point de vue actuariel, ça ne fait aucun sens.

Donc la contribution actif-pensionné, c'est la même, et on ne va pas la changer tout de suite.

Sur la question du mandat, ce n'est pas tant une question de mandat qu'une question de fond. Qu'est-ce que je vais demander à la Sécurité sociale dans un monde où arrive le wallet ? Je vais arriver à un stade où j'aurai des documents certifiés, etc., et on va devoir définir dans les prochains mois comment la Commission européenne va pouvoir émettre des documents sécurisés, des documents certifiés et authentifiés.

Donc, est-ce que je pourrais faire une carte RCAM qui prendrait la forme d'un QR code et qui serait reconnue et authentifiée ? Comment va évoluer le wallet dans les prochains mois ?

Et la deuxième question qu'on va devoir aborder, c'est comment on va s'intégrer dans le système européen d'échange de données de santé.

La question que je dois poser à la Sécurité sociale, c'est comment je vais les aborder en disant, entre le wallet et l'intégration dans le système européen d'échange de données de santé, je voudrais quelque chose en plus. Et ce quelque chose en plus, c'est quoi ? C'est une Carte Vitale, spéciale pour nos affiliés.

Donc, pour résumer, la question, ce n'est pas tellement le mandat, parce que je suis en contact avec mon cabinet, je suis en contact avec la DG HR, on doit agir de façon coordonnée et structurée, mais ce n'est pas tellement le mandat. La question, c'est demander quoi ?

Donc, vous avez une première demande concernant la surtarification des 30 %, ça paraît assez clair.

La question de l'intégration dans le système de sécurité sociale, ça demande un peu plus de réflexion.

René Guth

Je tiens d'abord à remercier Christian pour le temps qu'il nous a consacré, toutes les infos qu'il nous a fournies. Sans fard, pas de langue de bois, c'est bien.

Pour revenir à la question du mandat, qu'est-ce qu'on va demander aux autorités françaises ? Moi, je voudrais simplement dire que, pour l'instant, nous sommes au point zéro. Il faudrait commencer au moins par le commencement, par un dialogue. Et le dialogue consistera en quoi ? À leur demander de bien vouloir relire, réviser la position française qu'ils ont vis-à-vis du RCAM.

Parce que ça, c'est le point de départ de tout dialogue et de toute discussion après. Qu'est-ce qu'on va leur demander ? Il faut faire sauter ce verrou technique, juridique.

Et d'un point de vue tout à fait secondaire, mais néanmoins important, on a un acte administratif qui définit clairement une politique de surcharge. Il faut le faire sauter. Parce qu'il y a des conséquences pour l'affilié.

Donc, si déjà, on obtient ça, et comme la ministre, ce matin, nous a fait des promesses d'ouverture de dialogue constructif et d'essayer de faire avancer notre cause, il faut que l'on commence, au moins, par parler avec les Français, les autorités françaises, pour leur dire, vous révisiez votre position vis-à-vis du RCAM, ou sinon, un jour, ça va être fait de façon jurisprudentielle dès qu'on aura un cas exemplaire à mettre sur la table. Donc ça, c'est déjà le point de départ. Sinon, tu ne peux pas dialoguer pour la suite.

Intervention de Jean-Pierre

Nous sommes en contact régulièrement avec les gens du PMO, RCAM, les « petites mains ». Vous connaissez tous leurs prénoms. Et donc, ce sont des personnes qui sont absolument remarquables.

Et je tiens à les féliciter pour leur réactivité. Nonobstant le fait que, je vous ai dit tout à l'heure, l'histoire du mandat, c'est très important, mais les gens qui travaillent, les petites mains, chapeau. Voilà.

Merci.