

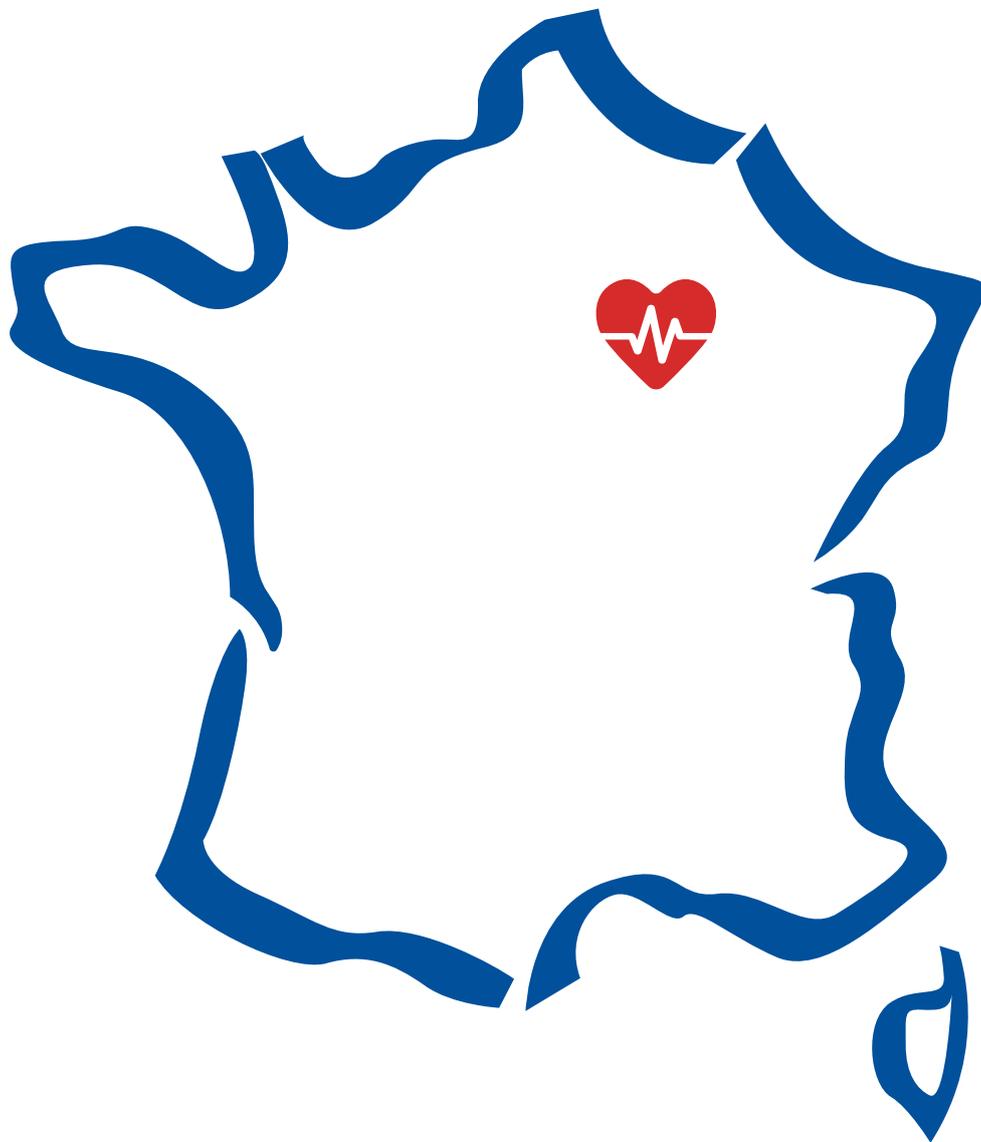
CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS N°7 JUILLET 2017

LA SANTÉ À L'ÉPREUVE DES TERRITOIRES

DOSSIER CENTRAL

avec la participation du CNEH



INTERVIEW EXCLUSIVE D'AGNÈS BUZYN

MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ P.8



- 04 - L'image :** Dîner-Débat - Nouveau monde, nouveau pacte social ?
- 06 - L'actu :** De nouvelles perspectives pour un think tank dynamique !
- 08 - Interview Exclusive :** Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé
- 12 - Le dossier :** La santé à l'épreuve des territoires
- 22 - Focus :** La commission des affaires sociales à la loupe !
- 24 - Les portraits :** Cap au Nord et Un combat pour nos aînés !
- 30 - Le fait historique :** 35 heures : qu'avez-vous fait de vos vingt ans ?
- 32 - Les tribunes :** Votre retraite est une dépense publique ! - L'auto-entrepreneuriat, un nouveau mode d'exploitation des travailleurs en France ?

Hommage à Simone Veil

«Pour être l'homme de son pays, il faut être l'homme de son temps», ainsi parlait René de Chateaubriand... et qu'est-ce que le XX^e siècle si ce n'est celui des impensables génocides, de la mise en œuvre de l'étourdissante idée européenne, de l'émergence légitime des femmes dans la société, d'abord en étant maître de leur propre destinée....

Incomplètes pour être synthétiques, partielles car partiales, simplistes face à la complexité d'un monde en perpétuel renouvellement, ces deux fulgurances en guise de définitions illustrent néanmoins, autant que faire se peut, ce que le roman historique, livre d'or de la Nation, a retenu comme critères pour conférer à l'un de ses enfants, futurs impétrants, le droit d'entrer dans le long cortège des héros républicains qui remplissent les pages d'une Histoire éternelle.

Assurément Simone Veil était de ceux-là.

Est-ce utile de retracer, non pas sa carrière, mais sa vie ?

Déportée, Magistrate, Ministre d'Etat, Première Présidente du Parlement Européen, Membre du Conseil Constitutionnel, Académicienne...

Témoin, et le témoignage est un combat¹, Mémoire, et la transmission est un devoir, Autorité morale, et la dignité humaine est une valeur absolue, Référence, et savoir qui on est, au service de qui, est le sens d'une vie...

J'ai eu au cours de ma carrière l'immense privilège et ai mesuré l'honneur d'échanger

avec Simone Veil de nombreuses fois quand elle était Ministre d'Etat, Ministre des affaires sociales, de la santé, et de la ville. J'étais alors Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Que retenir ?

Assurément Simone Veil parlait peu. Elle privilégiait l'élévation et développait, à n'en pas douter, « l'incommensurable distance qui dans la mythologie situait le héros à mi-chemin des hommes et des dieux !² ». Calme et déterminée, elle imposait d'emblée à son interlocuteur une retenue, ne lui permettant que de s'exprimer, comme disent les juristes, qu'au fond !

Maintes et maintes fois, Simone Veil a eu « le visage de la France³ ». Déportée, elle a incarné cette France martyrisée mais droite, n'abdiquant rien et surtout pas l'essentiel. Ministre d'Etat, elle a représenté cette France moderne revendiquant le progrès moral et social face à l'éternel conservatisme arrogant, habitée ce jour-là par des hommes nourris de certitudes et de préjugés, cyniques et vulgaires. Première Présidente du Parlement européen, elle a revêtu cette France qui depuis la Révolution porte inlassablement les valeurs démocratiques que sont la Liberté, l'Egalité, la Fraternité. Membre du Conseil Constitutionnel, elle a personnifié cette France qui, à la suite du siècle des Lumières, ne s'exprime qu'à travers l'Etat de droit...



Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS

Et par ce qui pourrait paraître une formidable inversion des valeurs, le dernier mot que Simone Veil prononça fut « merci⁴ » !

Non madame, ne dites pas merci. Ne nous dites pas merci ! Votre vie faite de combats multiples pour que l'Humanité soit à tout jamais plus forte que la barbarie, pour que chacun puisse s'épanouir naturellement en disposant de libertés fondamentales, pour que la notion même de solidarité à travers la Protection sociale soit garante à tout jamais de progrès, pour que l'éthique personnelle se mue en éthique sociétale, pour que le « je » devienne « nous », nous oblige tant dans notre quotidien qu'à travers nos choix à perpétuer ce que vous nous avez appris : ne jamais renoncer, croire en l'Homme, espérer pour agir, agir pour l'Histoire... •

¹ Cf. Jean Lacouture. Germaine Tillon, le témoignage est un combat. Seuil.

² Patrice Gueniffey. Napoléon et De Gaulle. Deux héros français. Page 145.Perrin.

³ André Malraux. Oraisons Funèbres. Jean Moulin. Décembre 1964.

⁴ Cité par son fils.

Journal trimestriel d'information et de réflexion du CRAPS

Directeurs de publication : Jean-Claude Mallet et Fabien Brisard

Directeur du comité de rédaction : Hervé Chapron - Crédits photos : shutterstock.

CRAPS : 54, René Boulanger 75010 Paris - 01 73 75 41 09 - accueil@association-craps.fr

Conception et réalisation : Pierre-Maxime Claude

Avec la participation de : Valentin Aubry et Renéo Maleombho





Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale

PROTECTIONSOCIALE2017.FR

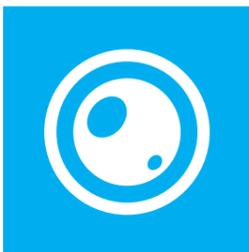


on-craps.fr



Dîner-débat organisé par le CRAPS à la Maison des Polytechniciens, le 22 mars 2017 sur le thème : «Nouveau monde, nouveau pacte social ?».

Gérard Larcher, Président du Sénat, à côté de Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS, répond aux questions des participants.



Ils ont dit !

"Aucune femme ne recourt de gaieté de coeur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes."

Simone Veil - Ex-Ministre de la Santé, le 26 novembre 1974, à l'Assemblée nationale.

"En matière de santé et de solidarités, nous devons laisser les territoires trouver les solutions adaptées à leurs spécificités locales."

Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, le 17 juillet 2017 lors de la 1^{ère} Conférence Nationale des Territoires.

"La suppression des cotisations salariales sur l'assurance maladie et l'assurance chômage, financée par un transfert sur la CSG, redonnera dès 2018 du pouvoir d'achat à plus de 20 millions d'actifs."

Edouard Philippe, Premier Ministre, le 4 juillet 2017 lors de son discours de politique générale à Versailles.

L'actualité du CRAPS

De nouvelles perspectives pour un think tank dynamique !

Le CRAPS vient de clôturer un premier semestre exaltant par la publication d'un nouvel ouvrage, Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !. Finalisation d'un travail de longue haleine entamé lors des élections présidentielles par lequel notre think tank a nourri le débat Républicain sur l'avenir de notre Pacte social : mise à disposition d'un site internet dédié, réalisation de sondages en partenariat avec l'IFOP, publication de plus d'une dizaine de cahiers de propositions à la fois point de situation et prospective.

Des débats toujours plus prestigieux. Ce premier semestre fut extrêmement dynamique. Le 1^{er} février, nous recevions au Sénat le Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), Thierry Beaudet qui intervenait sur le sujet « Les mutuelles, pivot d'un système de Protection sociale métamorphosé ? ». Le 22 mars, ce fut autour du Président du Sénat, Gérard Larcher, de nous faire l'honneur de sa présence. Devant une salle comble, il s'exprima avec sa passion et sa verve légendaire sur une thématique que nous lui avons soumise, « Nouveau monde, nouveau Pacte social ? ». Enfin, le Vice-Président du Medef, Thibault Lanxade, le 20 juin, s'est exprimé sur la nécessité du dialogue social.

Un nouveau siège social. Une nouvelle étape a été franchie : notre think tank a transféré au mois de mars son siège social à Paris,

plus précisément au 54 rue René Boulanger à deux pas de la symbolique et mythique place de la République. Tout un symbole pour le CRAPS qui souhaite par son action faire vivre cet idéal Républicain !

Une activité internationale toujours plus dense ! Depuis la création d'une Vice-Présidence dédiée à l'action internationale, le CRAPS à travers de nombreux contacts pris notamment auprès des ambassades, développe son réseau étranger. Ainsi le partenariat signé le 22 mars dernier avec la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle Marocaine (CMIM), représentée par son Président Abdelaziz Alaoui dans l'optique de la création d'un CRAPS marocain entre dans une phase opérationnelle à l'occasion du voyage d'études organisé par le CRAPS à Casablanca et à Rabat du 10 au 14 septembre 2017. À cette occasion, la délégation du CRAPS rencontrera notamment le Président du CESE marocain et le Ministre de la Santé. Fin Août, une délégation se rendra à Lomé à l'invitation de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) togolaise. Par ailleurs, le Président du CRAPS, Jean-Claude Mallet et le Délégué Général Fabien Brisard, se rendront du 16 au 22 septembre à l'invitation de Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH), au Japon, afin d'expertiser l'organisation hospitalière nipponne.

Le CRAPS en tournage tout l'été ! Il n'y aura pas de trêve estivale pour le CRAPS qui réalise au cours de l'été un court métrage sur l'appareillage,

bien loin de notre imaginaire nourri par les films hollywoodiens, par la littérature de science-fiction. Ce film documentaire mettra à mal les idées reçues et autres clichés pour montrer la réalité au quotidien des intéressés. Celui-ci sera présenté lors des 1^{ères} Assises Nationales de l'Appareillage que nous organisons le 13 novembre au Sénat en partenariat avec l'Union Française des Orthoprothésistes. Enfin, la fin de l'année sera également marquée par la présentation de vidéos d'animation sur les grands thèmes de la Protection sociale française. Réalisés en partenariat avec la Fondation Charles de Gaulle et le Réseau Canopé (Education nationale), ces outils pédagogiques seront présentés aux lycéens afin d'enrichir leur connaissance voire leur réflexion sur ce système unique au monde ! •



Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !

Cliquez sur le bouton

Le coup de coeur du CRAPS

Après *Pôle emploi : autopsie d'un naufrage*, le 1^{er} Vice-Président du CRAPS, Hervé Chapron a repris la plume afin d'analyser la viabilité des politiques de l'emploi menées en France depuis 40 ans dans un nouvel ouvrage intitulé *Emploi : Tout va très bien, Madame la Marquise !*.

L'auteur exprime synthétiquement les éléments suivants... Pendant près de quarante ans, la définition et la mise en œuvre des « politiques de l'emploi » sont progressivement devenues le monopole de bureaucrates, qui au-delà des partis, ont reproduit systématiquement les mêmes recettes et dispositifs.

Parallèlement à la déconnection grandissante de politiques devenues « hors sol » au fur et à mesure que l'Etat voyait l'économie échapper aux logiques de planification qui l'ont structurée après-guerre, deux nouvelles logiques, apparemment paradoxales sont apparues : globalisation et proximités.

Deux enjeux que l'Etat est devenu incapable de comprendre pour être à même de mieux les accompagner.

Les politiques menées sont devenues en elles-mêmes des « éléments de langage » presque religieux, dessaisissant les citoyens de cette pierre angulaire de la vie de la cité : l'emploi. Les mots et les chiffres ont été vidés de leur sens... et de leur valeur. 32 milliards destinés à la formation ? L'atomisation et l'inefficacité d'un dispositif français de formation professionnelle incapable d'irriguer l'économie de demain.

Ubérisation ? Entrepreneurat ? TPE – PME ? De quoi s'agit-il ? Les politiques de l'emploi dans ces domaines sont devenues un Léviathan, ne faisant in fine que produire de la précarisation de masse sans pour autant protéger les acteurs et soutenir la

prise de risque.

Territoires ? Les transferts de compétences, notamment aux Régions, ont été l'une des illustrations après 35 ans de décentralisation, des lois Deferre à la loi NOTRe, de la faillite de « l'Etat-stratège ». Entre financements figuratifs et politiques cosmétiques, l'Etat n'aura pas su tirer les conséquences du changement d'ère sociétale et économique pour restituer aux territoires les clefs de leur avenir.

Europe ? Stratégie de Lisbonne ? Horizon 2020 ? Le nom d'Europe qui a longtemps été une promesse de croissance structurelle, de performance sociale... et de plein emploi est devenu résonance d'amertume pour des Français désenchantés. Et pire : synonyme d'échec technocratique et anti-démocratique.

Désormais une seule possibilité d'après Hervé Chapron : rendre l'emploi à l'économie, et la politique à tous ! •



Emploi : Tout va très bien, Madame la Marquise !, Hervé Chapron, Éditions Docis, 22€.



Les GHT, quel avenir ?

Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé



Biographie

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris, Agnès Buzyn a réalisé la majeure partie de son parcours de clinicienne hématologue et d'universitaire à l'Université Paris V-Hôpital Necker où elle a été responsable de l'Unité de soins intensifs d'hématologie adulte et de greffe de moelle de 1992 à 2011.

Son parcours de chercheur l'a notamment conduite à diriger une équipe Inserm travaillant sur l'immunologie des tumeurs à l'Institut Cochin-Paris V (2002-2006).

Agnès Buzyn a enseigné l'hématologie et l'immunologie des tumeurs et de la transplantation dans plusieurs modules universitaires et est actuellement Professeur d'hématologie à l'Université Pierre & Marie Curie – Paris VI.

Elle a été nommée par décret du Président de la République en date du 27 mai 2011, Présidente de l'Institut National du Cancer (INCa). Elle a occupé ces fonctions jusqu'en février 2016.

En mars 2016, elle a été nommée présidente du Collège de la HAS (Haute Autorité en Santé).

Le 17 mai 2017, Agnès Buzyn entre au gouvernement, elle est nommée ministre des Solidarités et de la Santé.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) participent à une évolution des relations entre les acteurs publics de santé, pensez-vous utile d'élargir aux cliniques privées et aux médecins libéraux ?

Les GHT sont un outil parmi d'autres, au service des parcours patients. Le parcours optimal d'un patient, c'est lorsqu'il commence au domicile et se termine au domicile. Aussi, **les GHT ne traitent que d'une séquence de ce parcours** : la séquence d'hospitalisation publique. Il serait donc vain de vouloir résumer la structuration de l'offre de soins aux seuls GHT.

Les GHT ont donc un impératif: celui de s'ancrer dans leur territoire. Cela doit bien évidemment passer par une articulation avec les autres acteurs de l'offre de soins. Vous évoquez les cliniques et médecins libéraux. On peut également citer les hôpitaux d'instruction des armées, les établissements médico-sociaux, les centres de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé, les établissements privés d'intérêt collectif, parmi lesquels figurent par exemple les centres de lutte contre le cancer, etc.

De nombreux accords d'association et de partenariat ont déjà vu le jour, afin de donner une juste place à ces acteurs dans la « dynamique » GHT. On peut citer le GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes qui a déjà formalisé des conventions de partenariat avec une clinique privée et un établissement de santé privé à but non lucratif. D'autres GHT ont fait preuve d'innovation aussi dans leur gouvernance, pour créer une place adaptée à ces partenaires : je pense au GHT des Deux Sèvres qui a créé un comité de partenaires.



Interview exclusive

Il est donc d'ores et déjà possible d'associer cliniques et libéraux à la structuration des GHT, en respectant les identités et statuts de chacun. Aller plus loin en permettant à un offreur privé de devenir « membre plénier » d'un GHT pourrait par exemple avoir pour incidence de le soumettre au droit de la commande publique. Je ne crois pas que ce soit une formule à privilégier. Je ne crois pas non plus qu'il faille systématiser ou rendre obligatoire cette intégration des offreurs privés. **La souplesse laissée à ce jour est le meilleur moyen de répondre à la variété des réalités territoriales.**

« La souplesse laissée à ce jour est le meilleur moyen de répondre à la réalité territoriale. »

Les GHT sont pour les établissements publics de santé un moyen de coopération, pensez-vous leur donner la personnalité morale pour ceux qui le souhaitent ?

Il nous faut veiller, dans la construction des outils juridiques de la coopération, **à rechercher toujours la simplification.** C'est un devoir que nous avons à l'égard des professionnels de santé qui suffoquent de la lourdeur des montages qu'on leur demande parfois de mettre en œuvre. Ce qui compte, ce n'est pas de créer une

9ème personne morale, en sus des presque 900 entités juridiques déjà existantes dans le champ de l'hospitalisation publique. Le dispositif des GHT n'a pas été conçu pour dupliquer et répliquer des personnes morales.

Le dispositif GHT a été conçu, dans ce souci de simplification, pour permettre à l'une des personnes morales déjà existantes (celle de l'établissement support en l'espèce), de porter les opérations et activités mises en commun (grâce, notamment à la création d'un budget annexe dédié).

Outre ce souci permanent de simplification, il nous faut rester pragmatique. Ce qui compte, ce n'est pas tant le nombre de personnes morales mais plutôt le processus de décision au sein du GHT. Nous avons 135 GHT de configurations très différentes. Certains comptent 2 établissements, d'autres 20. Certains représentent une masse budgétaire inférieure à 100 millions d'euros, d'autres une masse supérieure à 2 milliards d'euros. Le pragmatisme, c'est la flexibilité laissée par le dispositif pour construire une gouvernance sur mesure : la latitude laissée pour définir le nombre de participants à chaque instance, les modalités de vote (ou non), les compétences confiées à chaque organe, etc.

Dans la répartition des activités et plus exactement dans la détermination des filières de soins les établissements vont se spécialiser, comment envisagez-vous ces répartitions des compétences ? Plus précisément, envisagez-vous des nominations

de praticiens hospitaliers dans les GHT ?

Compte tenu de l'hétérogénéité des 135 GHT, qui couvrent des territoires de 100.000 à 2,5 millions habitants, les schémas de partage d'activité entre établissements vont être variés. Il est donc difficile de dire a priori quelle sera cette spécialisation que vous évoquez. Néanmoins, **il est assez vraisemblable que les GHT conduisent à une spécialisation des sites par niveau de gradation de prise en charge**, plutôt qu'une spécialisation par activité médicale. En effet, l'objectif de cette réforme, d'ailleurs inscrit dans les premières lignes de la loi, c'est d'organiser la gradation des soins hospitaliers, afin de garantir des soins sécurisés, de qualité et accessibles à tous. Les enjeux en matière de répartition d'activité vont donc concerner, par exemple, le développement des consultations avancées, afin d'éviter au patient de se rendre jusqu'à l'établissement de recours pour rencontrer le médecin qui l'opérera ou l'a opéré. Autre exemple : l'accès à des examens diagnostics, qu'il s'agisse des examens d'imagerie ou de biologie.

Pour mettre en œuvre ces nouvelles organisations, **de nouveaux outils et leviers ont été introduits avec la réforme des GHT :**

- Les établissements concernés, s'ils ont défini une nouvelle répartition des emplois médicaux dans le cadre de leur projet médical partagé, vont pouvoir **organiser une publication prioritaire des postes** auprès des médecins exerçant au sein du GHT ;

- Les établissements peuvent aussi désormais **mettre en place des**

pôles inter-établissements pour regrouper des équipes qui vont être concernées par la prise en charge des mêmes patients ;

- Les établissements peuvent également **constituer un laboratoire de biologie médicale commun**, multi-site s'ils le souhaitent, sans avoir à recourir à des formules plus lourdes comme le groupement de coopération sanitaire ;

- Les établissements vont prochainement pouvoir **organiser des sous-traitances entre leurs pharmacies** afin de spécialiser celles-ci et permettre le développement de la pharmacie clinique.

Mais les GHT peuvent aussi s'appuyer sur nombre d'outils déjà existants :

- Les fédérations médicales inter-hospitalières qui se déploient aujourd'hui pour structurer des activités dont la coordination ne relève pas nécessairement de l'établissement support ;

- Les postes d'assistants partagés ou la mise à disposition partielle de professionnels médicaux, socle des équipes médicales partagées.

Ces leviers permettent aujourd'hui de satisfaire les nouvelles organisations envisagées dans les GHT. Aussi, il ne paraît pas nécessaire de revisiter les règles d'affectation et de nomination des praticiens.

La réforme des GHT après sa formalisation interroge les hospitaliers avec des risques

de blocage d'une collaboration médicale mais aussi un partage de moyens, fonction support indispensable à la réussite du projet. Quel est votre sentiment général sur cette réforme ?

Il s'agit d'une **réforme exigeante :**

- C'est une réforme exigeante **quant au périmètre** des établissements concernés : tous les établissements publics de santé (hormis un nombre limité de dérogations provisoires et le cas particulier de l'AP-HP), et, à ce jour, 58 établissements publics médico-sociaux. On parle donc de 891 établissements publics au total.

« Les professionnels hospitaliers ont collectivement relevé ce défi grâce à une mobilisation remarquable depuis un an et demi. »

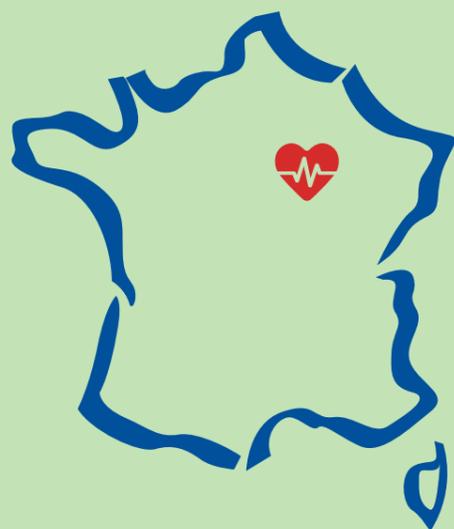
- C'est une réforme exigeante **quant au rythme** défini. Les périmètres et règles de gouvernance ont été arrêtés environ 5 mois après la promulgation de la loi, et environ 2 mois après la parution du premier décret d'application. Les filières des projets médicaux partagés ont été identifiées un an seulement après la promulgation de la loi. Les projets médicaux et projets de soins partagés sont en train d'être déposés auprès des ARS, à peine un an après

la stabilisation des périmètres.

- C'est une réforme exigeante **quant aux effets produits.** Les GHT ont fait bouger les lignes de partage de compétences entre établissements, en particulier sur une série identifiée de fonctions supports : principalement la gestion de l'information médicale, le système d'information, les achats et les politiques de formation.

Les professionnels hospitaliers ont collectivement relevé ce défi, grâce à une mobilisation remarquable depuis 1 an et demi. Ce travail se concrétise aujourd'hui dans les projets médico-soignants partagés. Plus d'un millier de filières de prise en charge des patients ont été structurées, autour de thématiques cruciales, pour ne pas dire vitales, pour les populations : les urgences, le cancer, l'AVC, la prise en charge des aînés, la périnatalité, etc. Plusieurs équipes de territoire et pôles inter-établissements sont en train de voir le jour dans presque toutes les régions. Les premiers schémas de convergence des systèmes d'information, au service des professionnels et patients, ont été élaborés.

Des questionnements peuvent néanmoins demeurer, d'autant plus qu'il ne peut exister un modèle unique qu'il s'agirait de répliquer dans tous les territoires. Ces questionnements requièrent de notre part un accompagnement à la hauteur de la mobilisation des équipes hospitalières. Nous serons dans cette logique de facilitation en veillant à toujours garantir simplicité, flexibilité et pragmatisme dans la mise en œuvre. •



LA SANTÉ À L'ÉPREUVE DES TERRITOIRES

La constitution des GHT, une réforme à bas bruits mais bien réelle.

En 2015, la consommation de soins et biens médicaux atteignait 194,6 milliards d'euros. 90,8 milliards d'euros étaient consacrés aux dépenses hospitalières (70,1 pour le secteur public et 20,7 pour le secteur privé). Ces dépenses représentent près de 47 % de la consommation totale de soins médicaux. Les dépenses du seul secteur public hospitalier, quant à elles, représentent 36% de cette consommation totale.

bon sens voudrait que l'on restructure l'offre de soins en fonction des besoins réels de la population et de l'évolution du progrès médical. La nécessité s'impose à tout le monde de regrouper les plateaux techniques. Le maintien de petites structures dispersées, peu performantes est souvent responsable d'une inégalité d'accès aux soins. En effet, les patients modestes qui n'ont pas les moyens de se déplacer, seront pris en charge dans ces structures où la qualité des soins n'est pas garantie. Une étude française publiée récemment dans une revue internationale montre qu'il y a encore des équipes chirurgicales qui opèrent moins de 10 cancers du poumon par an avec un risque de décès en postopératoire multiplié par 1.5.

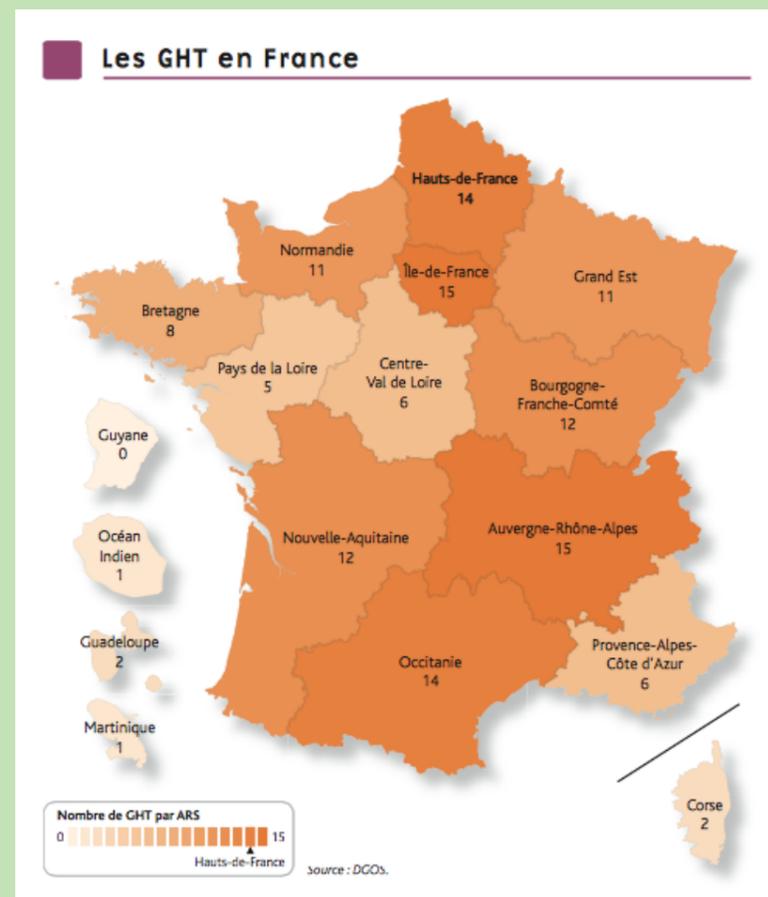
Le secteur public hospitalier avec près de 1000 structures hospitalières publiques, dotées chacune d'une pleine autonomie juridique en qualité d'établissement public, la France présente un ratio nombre d'établissements / nombre d'habitants très élevé en Europe.

Le nombre de plateaux techniques est trop important en France en regard des besoins réels de la population. Ils obligent de maintenir du personnel soignant et des médecins qui sont parfois sous utilisés. Pour certains établissements, cela passe par le recrutement des fameux médecins mercenaires qui coûtent une fortune à l'établissement. L'autre effet pervers peu évoqué, c'est le sentiment d'isolement de certains praticiens responsable d'une démotivation pour leur métier.

Depuis 20 ans donc, la recomposition

En 2015, la consommation des soins et biens médicaux atteignait **194,6** milliards d'euros.

90,8 milliards d'euros étaient consacrés aux dépenses hospitalières.



voire la rationalisation de l'offre publique de soins a été une préoccupation constante de tous les gouvernements successifs. Elle a pu prendre différentes formes, selon des modèles de plus en plus intégrés.

- Développement d'une culture qualité et gestion des risques ;
- Evolution des modes de gouvernance des établissements publics que sont les hôpitaux publics.

Depuis l'une des ordonnances « Juppé » du 24 avril 1996, l'hôpital public a connu de profondes mutations :

- Régionalisation de la gouvernance de l'offre de soins avec la création en 1996 des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) devenues en 2009 les Agences Régionales de Santé (ARS) ;
- Introduction de la tarification à l'activité qui s'est substituée à un financement par dotation globale ;

Ces évolutions ont permis d'engager une adaptation du système hospitalier français aux contraintes économiques du pays et aux modifications intervenues dans les modes de prise en charge des patients, à l'aune par exemple de l'activité ambulatoire.

Aujourd'hui, plusieurs axes doivent permettre de poursuivre cette adaptation voire d'opérer une transformation du système hospitalier. Parmi ceux-ci figure une vision territoriale nouvelle de l'organisation hospitalière.

Depuis 20 ans, transcendant les alternances politiques, 3 textes (ordonnance du 24 avril 1996, loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires dite « loi HPST » du 21 juillet 2009 et loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016) ont porté l'objectif d'une réforme territoriale de l'offre hospitalière publique.

Aux 3 textes précédemment relevés ont correspondu des dispositions législatives puis réglementaires de recomposition/rationalisation de l'offre publique de soins :

- 1996 : création des communautés d'établissements de santé (abrogé en 2009) ;
- 2009 : création des communautés hospitalières de territoire (abrogé en 2016) ;
- 2016 : création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), qui constitue le dispositif aujourd'hui en vigueur de recomposition/rationalisation de l'offre publique de soins.

La France présente un ratio nombre d'établissements/ nombre d'habitants très élevé en Europe avec près de **1 000** structures hospitalières publiques.



L'interview



Entretien avec François-Emmanuel Blanc, Directeur Général de l'AHNAC

La mise en place des GHT participe à un mouvement plus large de regroupement des acteurs de santé sur une base territoriale, comment analysez-vous ce mouvement et comment appréhendez-vous la place des GHT ?

Pour les raisons que l'on connaît (nombre d'hôpitaux en France, rationalisation et gradation de l'offre, efficacité et coût, qualité et sécurité, accès aux soins) il est d'abord tout à fait légitime que l'opérateur hospitalier public cherche à se regrouper en territoire pertinent.

L'analyse médico-économique et l'orientation patients continuent de plaider en ce sens. L'effet ciseau revenus/charges, comme les plans ONDAM sont par ailleurs de puissantes incitations à agir.

L'engagement des équipes dirigeantes et des communautés médicales est d'ailleurs manifeste, et le travail accompli en une année est considérable.

L'engagement des équipes dirigeantes et des communautés médicales est d'ailleurs manifeste, et le travail accompli en une année est considérable.

Les périmètres géographiques choisis pour les GHT peuvent cependant surprendre par leur hétérogénéité : qu'y a-t-il de commun en termes d'enjeux entre le GHT d'un département vaste et très peuplé aux nombreux établissements de grande taille et celui réunissant 2 établissements hospitaliers de proximité autour de l'hôpital de préfecture d'un tiers de petit département ?

Cette différence de pertinence au regard des objectifs poursuivis et spécialement du service à la population, est en fait très évocatrice de la difficulté de la conduite d'un tel changement, qu'il a fallu rendre obligatoire par la loi pour qu'il s'amorce partout sur le territoire, malgré quelques beaux succès antérieurs de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et les multiples Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) opérationnels depuis des années. L'«affectio societatis» qui est indispensable aux GHT pour prospérer ne se décrète pas, quelque soit par ailleurs l'intérêt reconnu par tous à leur constitution, et la consolidation de la place de l'hôpital public qui en résultera grâce à la révision de ses activités et de ses fonctions support.

On le voit aujourd'hui au moment où les GHT viennent d'arrêter la première version de leur projet médical : la combinatoire des relations entre les principales forces de l'hôpital (Présidences, Directions,

corps médicaux, organisations syndicales et personnelles non-médicales, représentations des usagers) est telle que la réalité des avancées semble parfois poser question au delà du rendu de la copie demandée pour le 1^{er} juillet.

Accompagner en situation la conduite de ces évolutions est donc d'une grande actualité. Les ressorts habituels du changement peuvent y contribuer.

Mais la question qui reste posée à mes yeux est de savoir si des changements touchant la gouvernance politique et syndicale de l'hôpital ainsi que les statuts des personnels seront ou non nécessaires pour faciliter le management opérationnel de cette évolution. La réponse ne devra pas trop tarder, en lien avec l'évaluation des résultats obtenus.

Comment voyez-vous la collaboration publique privée et la collaboration avec le monde libéral ?

Elle pourrait être plus complémentaire qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Les contrats d'association avec les GHT ne sont pas rares, et heureusement. Leurs travaux préparatoires sont l'occasion de partager le diagnostic territorial, de combiner les visions stratégiques des acteurs publics et privés et de compléter les relations structurées déjà existantes.

Mais les différences de culture santé et de construction de l'expérience patient d'une part, et surtout d'encadrement

économique et financier d'autre part, qui paraissent s'être accrues ces dernières années, rendent parfois leurs logiques d'action quasiment incompatibles, en tout cas beaucoup plus difficiles à rapprocher.

C'est tout d'abord le cas pour les établissements qui ont une offre 100% service public - sans secteur privé ni dépassement d'honoraires - et qui relèvent du privé non lucratif : le différentiel de charges avec l'hôpital public quoiqu'on en dise - malgré le Crédit d'Impôt de Taxe sur les Salaires (CITS) qui ne le couvre que partiellement - reste une vraie question d'égalité de traitement.

C'est alors bien un surcroît d'engagement des dirigeants en faveur de la coopération territoriale qui est nécessaire pour faire prospérer cette dernière, alors même qu'elle peut être perçue comme une source de difficulté financière et de restructuration incompressible.

Il serait donc urgent, ne serait ce que dans l'optique de la réussite de la mise en œuvre d'une meilleure offre territoriale, que les règles du jeu terminent d'être égalisées pour les établissements à gestion privée du service public.

C'est aussi le cas pour le privé lucratif, qui a eu quelques raisons de relever un tropisme public idéologique au cours des dernières années, alimenté notamment par les rédacteurs du premier projet de loi Touraine au titre de leur vision du «service public territorial de santé» et partant, de leur conception «impériale» de l'hôpital public.

Certes, la conduite du changement dans le privé n'est pas aussi aisée qu'on peut parfois le penser trop rapidement : la loi d'airain des contrats privés vaut parfois

bien celle des actes unilatéraux et des statuts publics, mais la sanction de l'échec y est assurément plus directe, qui a incité le secteur à se regrouper massivement et à créer avant l'heure des sortes de GHT privés à sa mesure.

Dans un contexte où les règles du jeu économiques ne sont pas identiques, une concurrence agressive peut alors prendre le pas sur la coopération car c'est tout simplement une question de survie.

Il importe donc que les efforts tarifaires et la maîtrise des charges soient bien équitablement assurés, mais aussi stabilisés dans une logique pluriannuelle, qui est indispensable au pilotage efficace du secteur.

Pour le monde libéral ambulatoire, l'essentiel de la problématique au regard de la restructuration territoriale de l'offre hospitalière, publique ou privée, est surtout que cela fonctionne !

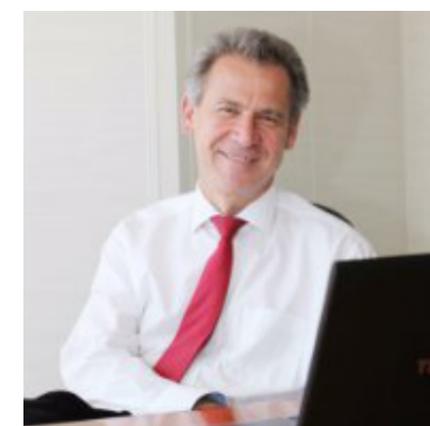
Qu'une offre à tarifs conventionnels reste accessible pour ses patients, que les parcours soient plus fluides, et que la charge logistique de leur organisation pèse du coup moins sur leur activité en cabinet qu'aujourd'hui, voilà ce qui est attendu par ceux qui vivent au quotidien dans leur cabinet que l'hôpital accessible en territoire est véritablement une condition du maintien de l'offre de premier recours.

Quels sont les points qui mériteraient d'être revus pour réformer le dispositif actuel ?

En plaisantant à peine, je dirais qu'il faut saisir l'opportunité de la consolidation des GHT pour faire converger la sanction concrète du déficit de l'hôpital public et celle du privé associatif ou commercial !

Au delà de l'exercice de style réthorique, l'interdiction de fait du déficit pourrait être un puissant moyen d'action complémentaire.

Participant de l'homogénéisation des règles du jeu entre les secteurs public et privé dont on voit au quotidien combien elles pèsent sur les opportunités de réorganisation territoriale, ne pourrait elle pas contribuer aussi par la culture médico-économique, à alléger la pression interne aux GHT en cours de constitution, sur les acteurs porteurs du changement ? •



François-Emmanuel BLANC
Directeur Général de l'AHNAC

Il serait donc urgent, ne serait ce que dans l'optique de la réussite de la mise en œuvre d'une meilleure offre territoriale, que les règles du jeu terminent d'être égalisées pour les établissements à gestion privée du service public.



Le dossier

Près d'un an après l'entrée en vigueur du dispositif, l'on constate qu'il s'agit d'une recombinaison / rationalisation à bas bruits (en tout cas pour l'opinion publique) du tissu hospitalier public. A bas bruits, mais bien réelle.

Tout en respectant l'autonomie juridique de chaque établissement public de santé, ont été constitués depuis 2016, 135 GHT, à savoir... une nouvelle carte hospitalière, avec en germe la recombinaison / rationalisation de l'offre publique de soins.

Qu'est-ce qu'un GHT ? Chaque établissement public de santé a l'obligation d'adhérer à un GHT et à un seul. Seuls une vingtaine d'établissements ont obtenu une dérogation. Le dispositif est donc global. L'obligation est effective et sera pleinement opérationnelle le 1er janvier 2018.

Tendanciellement, le GHT s'étend sur un périmètre géographique qui correspond peu ou prou à un département et regroupant en moyenne 8 hôpitaux publics.

Le GHT n'est pas doté de la personnalité morale ce qui le distingue tout à la fois, dans la sphère hospitalière, d'une fusion d'hôpitaux et, hors la sphère hospitalière, des Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI).

Le législateur a entendu compenser cette absence de personnalité morale par la dévolution à l'un des établissements du GHT, le plus important, le caractère d'établissement dit support. Il revient à cet établissement, pour le compte des autres, de mener tout à la fois réflexion stratégique et rationalisations opérationnelles dans des champs définis par le législateur.

Le directeur de l'établissement support est doté de prérogatives nouvelles en particulier par rapport aux autres directeurs d'établissements du GHT afin de disposer des moyens pour l'action.

Surtout, et c'est bien là l'essentiel voulu par le législateur, un projet médical partagé de l'ensemble des établissements constitue le cœur du GHT, en ce sens que ce projet doit structurer l'offre de soins publique

dans le périmètre du GHT. À terme, le projet médical du territoire a vocation à recomposer/rationaliser l'offre de soins publique sur ce territoire. L'activité de soins est le cœur de métier des établissements publics de santé, le projet médical partagé est donc le cœur du réacteur GHT. Les projets médicaux partagés doivent être finalisés au courant de cet été 2017.

Un an après leur création, quelles premières interrogations peut-on tirer de la constitution des GHT ? Temps 1 : les GHT ont été créés, il y a un an, à l'été 2016. La volonté de recombinaison / rationalisation de l'offre publique de soins a emporté l'adhésion (réelle ou certes quelque peu contrainte) de l'ensemble des acteurs hospitaliers publics. En tout cas, elle a réduit, au moins en apparence, ceux des établissements publics hospitaliers qui se vivaient tels de potentiels villages gaulois. Au moment où les pouvoirs publics vantent les mérites de la nouvelle organisation au niveau des territoires de l'offre hospitalière, comment une bonne idée soumise à la pensée jacobine et dévoyée par les enjeux de pouvoir se transforme en

Pas de subordination, pas d'uniformisation : chaque GHT devra s'adapter aux réalités de son territoire, et le projet médical est au cœur de cette dynamique. Mon ambition, c'est que face aux inégalités territoriales, que chacun reconnaît, les GHT soient une réponse efficace, en inscrivant les hôpitaux publics dans une vision partagées de l'offre de soins. L'enjeu, c'est bien de maintenir et de consolider l'égalité d'accès aux soins pour tous, en tout point du territoire.

Marisol Touraine, Ex-Ministre des Affaires sociales et de la Santé, le 17 mars 2016, lors du premier comité de suivi de la mise en place des GHT.



L'interview



Entretien avec le Dr Jean-Paul Ortiz, Président de la CSMF

La mise en place des GHT participe à un mouvement plus large de regroupement des acteurs de santé sur une base territoriale, comment analysez-vous ce mouvement et comment appréhendez-vous la place des GHT ?

La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) permet la mise en cohérence des différentes structures hospitalières publiques. La loi définit ces GHT en excluant l'hospitalisation privée et l'ensemble de la médecine libérale. Certains GHT s'ouvrent sur la médecine de ville dans certains territoires, mais ils ne peuvent être, ni juridiquement, ni dans le concept, la base du regroupement des acteurs de santé au niveau d'un territoire. En effet, ceci reviendrait à centrer la santé dans les territoires sur les structures hospitalières, alors qu'il faut au contraire construire l'organisation des soins au plus près des populations, donc en se reposant sur la médecine de proximité qui constitue un maillage très fin.

Certains préconisent l'ouverture des GHT à la médecine de ville : ceci ne peut s'envisager qu'après des modifications réglementaires indispensables ou dans l'attente, très ponctuellement sur des thèmes ou des exemples particuliers. Il faudrait donc, à côté des Groupements Hospitaliers de territoire, permettre le regroupement des acteurs de la médecine de ville de façon à aboutir à la réunion de regroupements des différents offreurs de soins : les structures hospitalières publiques d'un côté, et les offreurs de soins privés et libéraux de

l'autre, réunis dans une seule et même structure que certains appellent de leurs vœux sous forme de groupements de santé.

La médecine libérale doit-elle avoir une place dans les GHT ?

Les GHT sont construits réglementairement sans la médecine de ville. Toutefois, ceci ne n'est pas incompatible avec les relations de coopération existantes entre les structures hospitalières publiques et la médecine libérale déjà construites dans les territoires et qu'il faudrait certainement développer. Ces relations ne peuvent se concevoir que dans le respect mutuel et au regard des caractéristiques de chacun. Ces coopérations issues des relations locales dans les territoires sont certainement à développer afin d'ouvrir l'hôpital sur la ville.

Une nouvelle ministre vient d'être nommée, quelles sont vos revendications pour une offre de soins plus efficiente et mieux répartie ?

La médecine libérale souffre d'une dérive bureaucratique de son exercice, et d'un manque criant de moyens. Elle a un défi à relever : celui de sa réorganisation, autour du nécessaire regroupement afin d'assurer une continuité des soins et un accès aux soins pour tous, tant d'un point de vue géographique que temporel. Ce mouvement a déjà été amorcé en médecine générale avec les maisons de santé pluriprofessionnelles,

ou en médecine spécialisée en particulier pour accéder à des plateaux techniques lourds. Mais il doit être renforcé et se développer partout. C'est ainsi que nous aurons une offre de soins accessible qui évitera un recours à l'hôpital à la fois désordonné et coûteux tout en maintenant une offre de soins de proximité. •



Dr Jean-Paul ORTIZ
Président de la CSMF

La médecine libérale souffre d'une dérive bureaucratique de son exercice, et d'un manque criant de moyens.



Le dossier

LE CALENDRIER

FÉVRIER
2016

Publication du rapport intitulé «Mission Groupements Hospitaliers de Territoire», demandé par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, à Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau.

JUILLET
2016

Publication de la carte de France des GHT.

17
MARS
2017

Installation du premier comité de suivi de la mise en place des GHT.

1^{ER}
JUILLET
2017

Tous les GHT doivent avoir défini leur projet médical partagé, et donc défini leurs filières de soins.

une réorganisation administrative et qui oublie à la fois le malade et les acteurs ?

La DGOS annonce régulièrement des formations spécifiques destinées aux directeurs pour la gestion des GHT appliquant un vieux réflexe pavlovien de l'administration centrale de créer une strate supplémentaire pour un projet qui était censé améliorer le fonctionnement entre les hôpitaux. Nous évoluons inévitablement vers une situation où les contraintes réglementaires vont prendre le pas sur les différents projets médicaux essentiels au bon fonctionnement d'un projet de territoire.

La création d'un GHT n'aura aucun effet opérationnel si elle n'obtient pas l'adhésion forte des acteurs concernés et ne répond pas aux besoins des malades.

Le dispositif actuel apparaît imparfait dans le sens où il génère une insécurité juridique pour les acteurs. Qui sera responsable de quoi au 1er janvier 2018 ? Cela devrait poser à nouveau, à terme, l'octroi de la personnalité juridique au GHT soit directement, si les esprits sont mûrs, par fusion des établissements (la totalité des membres ne fait plus qu'un) soit indirectement par création d'une structure de type EPCI (la totalité des

membres plus un).

Un autre point essentiel : pourquoi avoir exclu les établissements privés des GHT ? Dans de nombreuses villes, ils participent activement à l'offre de soins et pratiquent une médecine de qualité. Il est inconvenable de mettre en place une organisation territoriale sans proposer aux établissements privés de participer à cette offre de soins. L'argent du contribuable va continuer de financer des doublons dans la même ville alors que pour les besoins de la population un seul plateau technique serait suffisant.



L'interview



Entretien avec David Gruson, Délégué Général de la FHF

La mise en place des GHT participe à un mouvement plus large de regroupement des acteurs de santé sur une base territoriale, comment analysez-vous ce mouvement et comment appréhendez-vous la place des GHT ?

Le déploiement des Groupements Hospitaliers de Territoire répond à la proposition ancienne de la FHF de permettre le déploiement d'une «stratégie de groupe publique». La loi de santé de 2016, à la suite des préconisations de la mission HUBERT-MARTINEAU, a donné une concrétisation opérationnelle à cette idée. Les acteurs hospitaliers - à qui je veux rendre hommage - se sont mobilisés en un temps très contraint pour engager effectivement cette recomposition majeure. La plateforme présidentielle de la FHF rendue publique au mois de février dernier a porté cette ambition à un niveau plus global et ouvert en l'ancrant dans la notion de responsabilité territoriale et populationnelle en santé.

Comment voyez-vous la collaboration publique privée et la collaboration avec le monde libéral ?

La plateforme dont je parlais a été très nette sur ce point : nous souhaitons que la médecine de ville soit systématiquement associée aux Groupements mais en laissant les acteurs de terrain libres de définir les modalités de cette association.

Plus largement, nous encourageons les Groupements à s'ouvrir sur les autres acteurs de l'offre soins, notamment en

diffusant des modèles types supplémentifs d'accords de partenariat mis au point avec les représentants du secteur privé.

Pour autant, cette volonté déterminée d'ouverture sur l'ensemble des acteurs de la santé à l'échelle d'un territoire ne doit pas faire méconnaître la nécessité de l'objectif de recomposition de l'offre de soins publique en tant que telle. D'où notre demande résolue de stabilité législative et réglementaire pour donner de la constance au dispositif. Je me félicite que le ministère vienne de prendre position en ce sens.

Comment intégrer le social et le médico-social dans les GHT ?

C'est un enjeu absolument essentiel pour dépasser les effets de fracture entre sanitaire et medico-social dans les parcours de prise en charge des patients.

Les modalités d'engagement du secteur medico-social dans les Groupements (adhésion mais aussi formes de partenariats contractuels plus souples) sont d'ores et déjà plus nombreuses et diversifiées qu'attendues. Il faut respecter cette diversité et cette souplesse mais il faut aller nettement plus loin dans les incitations positives à l'engagement des acteurs du secteur médico-social dans cette nouvelle territorialité. Ce sera l'un des thèmes majeurs de l'université d'été de la FHF de début septembre. •



David GRUSON
Délégué Général de la FHF

« Nous encourageons les Groupements à s'ouvrir sur les autres acteurs de l'offre de soins, notamment en diffusant des modèles types supplémentifs d'accords de partenariat mis au point avec les représentants du secteur privé. »



Le dossier

À aucun moment dans la mise en place des GHT, n'est évoquée la place du médecin généraliste dans la permanence des soins.

Le modèle qui est proposé, préfère ne pas modifier les services d'urgence plutôt que de repenser la permanence des soins en mettant au centre le médecin généraliste.

La mise en place des GHT montre que la France souffre de trois maux :

- La défiance : contre la confiance il faut leur donner des marges de liberté, ce sont les contrats de pôle et la délégation de gestion et l'autonomie hospitalière ;

- La complexité : contre celle-ci il faut simplifier et donc libérer les hôpitaux des règles publiques comme des marchés publics ;

- Les corporatismes : contre ceux-ci il faut libérer des statuts et autoriser les contrats, et ainsi permettre pour les établissements volontaires d'expérimenter des GHT sur des projets innovants en les autorisant à déroger aux règles actuelles. L'attractivité de l'hôpital ne se résume pas uniquement à l'aspect financier mais à la possibilité de pouvoir travailler dans des équipes suffisamment nombreuses et d'accéder à des plateaux de haute technologie par l'intermédiaire des coopérations inter-hospitalières.

Ce que nous proposons. Une démarche contractuelle qui permette aux établissements volontaires d'expérimenter ces nouvelles organisations. La convention constitutive de cet établissement de territoire précisera les modalités juridiques et expérimentera des modalités modernes de gestion.

Une démarche fédérative qui regroupe sans nier la reconnaissance des établissements. Chaque établissement sera représenté au sein des instances de l'établissement de territoire en fonction de la convention constitutive. Cette organisation évitera la création d'une strate administrative supplémentaire.

Une démarche économique qui vise à réduire les frais de gestion des établissements notamment administratifs et logistiques. Les services administrations et logistiques seront fusionnés sous la forme d'un budget de prestations associant le privé.

Une démarche évaluative sera réalisée par l'ARS au bout de deux ans de fonctionnement. •

Dossier réalisé avec la participation amicale du CNEH



L'interview



Entretien avec François Zocchetto, Sénateur-Maire de Laval et Président du groupe centriste au Sénat

La mise en place des GHT participe à un mouvement plus large de regroupement des acteurs de santé sur une base territoriale, comment analysez-vous ce mouvement et comment appréhendez-vous la place des GHT ?

Il s'agit d'abord d'un mouvement de coopération inter-hospitalière obligatoire, et contraignant, pour que les professionnels médicaux travaillent mieux ensemble. C'est un mouvement nécessaire pour éviter les doublons dans certains territoires, et pour pallier la rareté médicale dans d'autres. La place du GHT est centrale dans l'offre de soins du territoire, y compris en lien avec l'offre libérale des cliniques avec lesquelles très souvent des coopérations structurées existent. Le rôle du GHT est également central en amont et en aval de l'hospitalisation avec les médecins généralistes et les paramédicaux de proximité pour simplifier le parcours des patients.

Les hôpitaux connaissent avec les GHT leur étape de regroupement à l'exemple de l'intercommunalité, quelles sont vos réactions ?

Effectivement, ça y ressemble. Sauf que le législateur n'a pas voulu que les GHT soient des superstructures juridiques, et que l'objectif réel n'a pas été clairement défini. Ce qui fait que la gouvernance et les mutualisations restent au bon vouloir des acteurs. Mais c'est une étape de découverte et de coopération nécessaire qui préfigure sans doute une seconde plus intégrative.

La peur des petits Centres Hospitaliers de se voir fondre dans les GHT dirigés par les gros Centres Hospitaliers a-t-elle du sens ?

Tout dépend des acteurs eux-mêmes et de leur philosophie partagée ou non. Avec le GHT nous passons d'un projet médical non plus «commun» mais «unique». Ceci n'est pas neutre, car cela souligne tout l'aspect contraignant du dispositif.

Cependant, il faut que le maillage territorial subsiste et se renforce dans ce contexte, ce qui peut paraître paradoxal. Les élus ont ici toute leur place pour veiller à une juste répartition des rôles dans le cadre d'une réelle mutualisation des professionnels et des plateaux techniques. Si ces conditions sont réunies, alors les hôpitaux de proximité peuvent en tirer bénéfice et renforcer leur offre. •



François ZOCCHETTO
Sénateur-Maire de Laval
Président du groupe centriste
au Sénat

« C'est un mouvement nécessaire pour éviter les doublons dans certains territoires, et pour pallier la rareté médicale dans d'autres. »

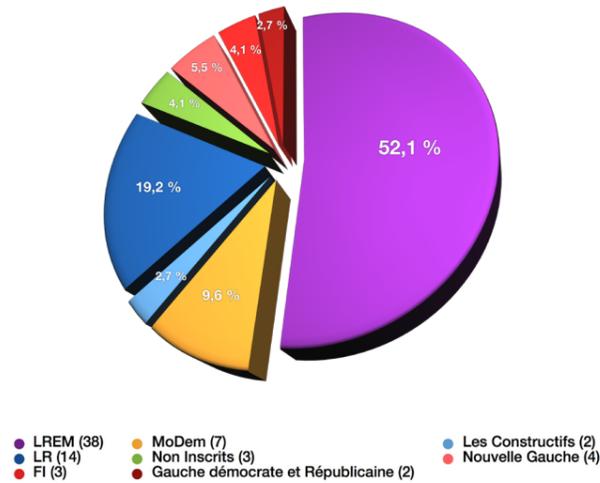


La commission des affaires sociales à la loupe !

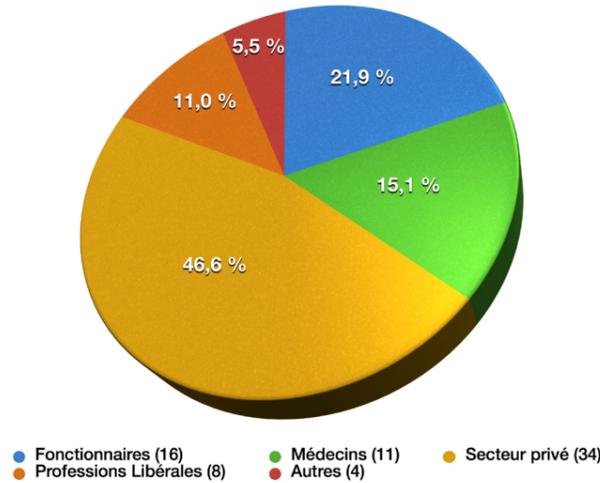
73 députés

38 femmes et 35 hommes

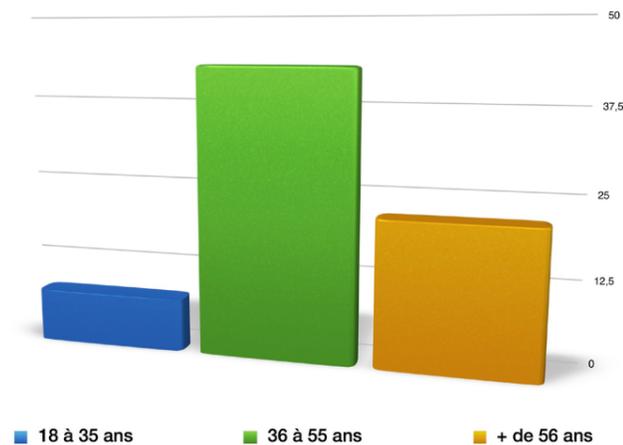
Représentation de la commission des affaires sociales par rapport aux étiquettes politiques de chaque membre



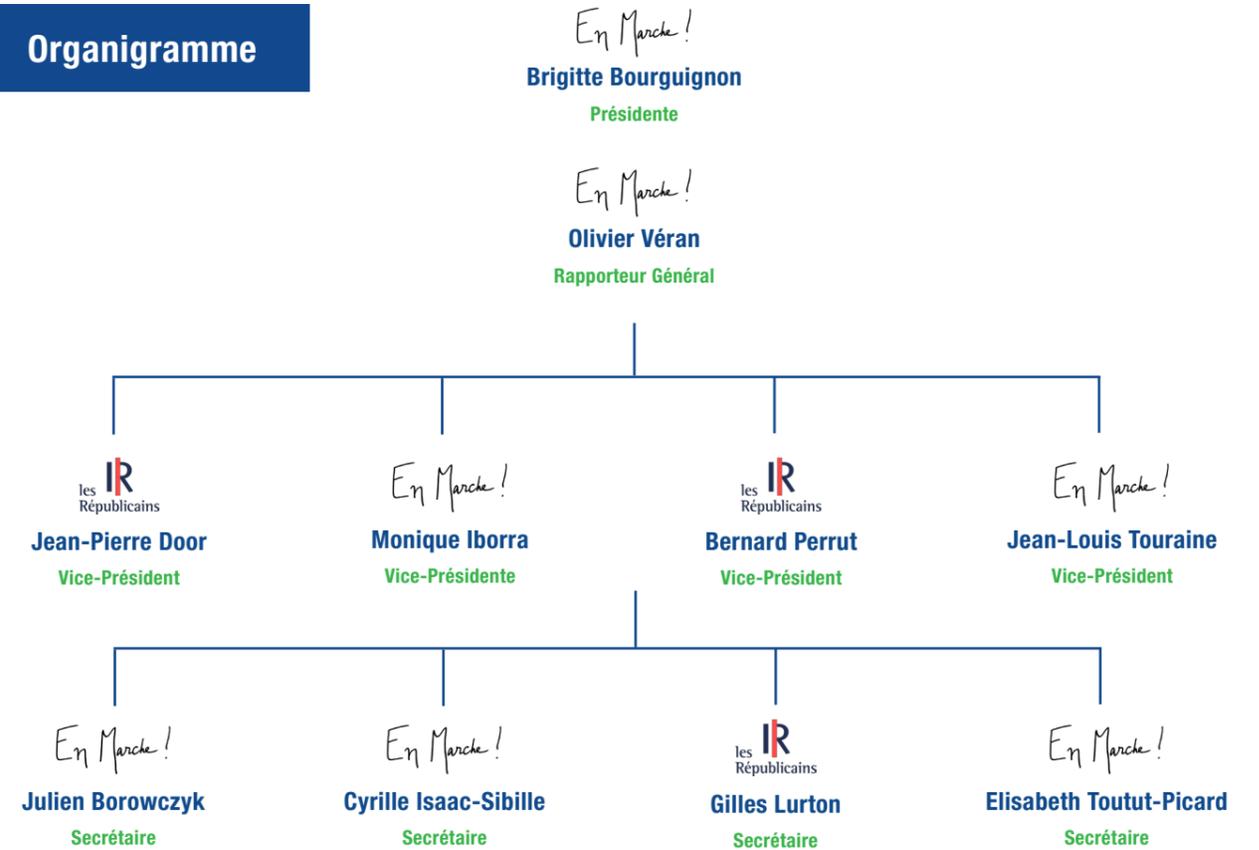
Représentation de la commission des affaires sociales par rapport à la profession de chaque membre



Représentation de la commission des affaires sociales par rapport aux tranches d'âge de chaque membre



Organigramme



Brigitte Bourguignon

Présidente de la Commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale

Née le 21 mai 1959 à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais).

Brigitte Bourguignon a débuté sa carrière professionnelle très jeune en tant que secrétaire médicale puis elle est devenue fonctionnaire territoriale au Conseil départemental du Pas-de-Calais. Militante du Parti Socialiste, elle s'est engagée en politique dans sa ville natale de Boulogne-sur-Mer où elle a été Maire-Adjointe dans l'équipe de Frédéric Cuvilier, Maire de l'époque. En parallèle de sa nouvelle vie politique, elle a créé «Le Panier de la Mer», une association qui a pour objectif de recycler les invendus de la criée pour en faire de l'aide alimentaire et qui a créé une dizaine d'emplois. Suite à l'affaire Vincent Lambert, elle s'est engagée auprès de l'association «Faut pas rêver» qui milite pour le combat afin de mourir dans la dignité. En juillet 2016, elle est nommée Présidente du Haut Conseil du Travail Social. Député socialiste depuis 2012, elle a rejoint le mouvement En Marche ! en 2017 et est devenue Présidente de la commission des affaires sociales.



Olivier Véran

Rapporteur Général de la Commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale

Né le 2 avril 1980 à Saint-Martin-d'Hères (Isère).

Médecin neurologue, Olivier Véran a débuté sa carrière au CHU de Grenoble. Il s'est engagé en politique aux élections législatives de 2012 où il a été le suppléant de la candidate Geneviève Fioraso. Il a connu les bancs de l'Assemblée nationale pour la première fois en juillet 2012 quand Geneviève Fioraso s'est vue attribuer le poste de Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. En 2015, il est retourné dans la vie civile suite au départ de Geneviève Fioraso du gouvernement. En juin dernier, il est devenu Député sous l'étiquette En Marche ! et rapporteur général de la commission des affaires sociales. Plusieurs activités ont caractérisé son parcours : en mars 2013, il est chargé par le Premier Ministre, Jean-Marc Ayrault, d'une mission de filière de sang en France ; en 2014, il a été rapporteur du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour la période 2015, pour le volet Assurance maladie ; enfin en 2016, la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, l'a chargé du pilotage du comité de réforme du mode de financement des établissements de santé.



Le portrait

Cap au Nord !

Fabien Brisard - Délégué Général du CRAPS



Fabien Brisard - @Fabien_Brisard

S'il y a bien un trait commun à tous les acteurs de la Protection sociale que le CRAPS rencontre depuis sa création, c'est bien celui de la passion ! Passion pour la Protection sociale, passion pour l'intérêt général, passion pour une grande œuvre.

Aujourd'hui, c'est à l'invitation du groupe AHNAC (Association Hospitalière Nord - Artois - Cliniques), de son Président Dominique Diago et de son Directeur Général François-Emmanuel Blanc, qu'il nous a été possible une nouvelle fois de mesurer - était-ce encore nécessaire ? - ce formidable engouement fait d'abnégation et de persévérance pour cette idée d'avenir qu'est la Protection sociale à la française !

Les deux hommes nous avaient donné rendez-vous à Liévin. Ville de moins de 32 000 habitants mais ville emblématique de cet archipel noir que serait le Nord !

Notre mémoire collective façonnée à l'école de la République nous a très tôt décrit, sous forme d'images d'Epinal, à travers le naturalisme social teinté des luttes qui allaient marquer à tout jamais notre Histoire, une terre de labeurs, d'efforts, de persévérance. C'était il y a plus d'un siècle... Aujourd'hui, s'il reste des corons, s'il reste quelques plaies de cette histoire généreuse et collective à qui nous devons beaucoup, le Nord a su donner l'image d'une terre d'accueil, préserver merveilleusement sa culture et ses coutumes propres pour, du haut de ses beffrois, transmettre le soleil le plus rare qui soit, celui façonné par l'intelligence du cœur...

C'est ici, dans ce sanctuaire mérovingien que ce groupe hospitalier - acteur majeur de santé publique en région Hauts-de-France (18 établissements) a installé son siège. Avec plus de 3 000 collaborateurs, l'AHNAC, à but non lucratif, qui fête son quarantième anniversaire cette année, renforce l'offre de santé du territoire en proposant un accompagnement tout au

long de la vie.

1. Les Hauts-de-France

Une région particulièrement sinistrée. Les Hauts-de-France, territoire régional légèrement plus vaste que celui de nos voisins belges accueille une population légèrement supérieure à celle du Danemark avec six millions d'habitants. Région de l'hexagone particulièrement sinistrée, affichant notamment un taux de chômage toutes catégories confondues particulièrement élevé (12,9% contre 9,9% en France métropolitaine). À ce titre les moins de 25 ans sont dramatiquement touchés (18,7% contre 15,2% en France métropolitaine).

Un état de santé dégradé et un taux de mortalité supérieur à la moyenne des régions de l'hexagone. Tant chez les hommes que chez les femmes la mortalité est supérieure à 20% par rapport aux valeurs nationales. Les Hauts-de-France connaissent de loin la plus forte mortalité des régions hexagonales avec un différentiel de + 13% chez les hommes et + 16% chez les femmes. Cette surmortalité générale se traduit par une espérance de vie sur la période 2006-2013 de 2,8 ans inférieurs à celle de la France chez les hommes (75,3 ans versus 78,1 ans) et de 2,1 ans chez les femmes (82,7 ans versus 84,8 ans).

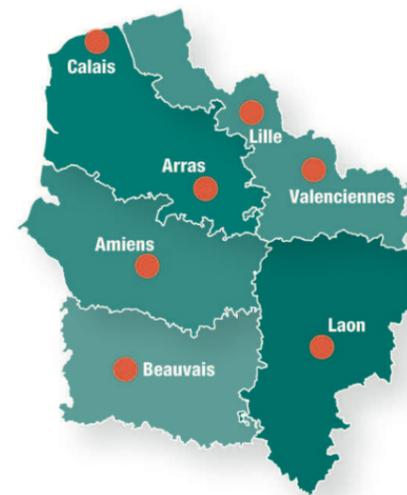
Des comportements à risques. Les admissions en ALD (Affection Longue Durée) sont très élevées en Hauts-de-France notamment celles liées aux pathologies en lien avec l'alcool ou encore le tabac. Ainsi, sur toujours la même période 2006-2013, on a enregistré un peu plus de 2 800 décès (dont 75% d'hommes) en lien avec les principales pathologies générées par la consommation d'alcool. Si la mortalité en lien avec l'alcool a diminué de moitié depuis les années quatre-vingt, la différence avec le reste de l'hexagone n'a cessé de croître. Par ailleurs, malgré une mortalité en baisse depuis les années 2

000, un peu plus de 8 300 décès liés au tabac ont été recensés entre 2006 et 2013.

Une offre de soins qui doit s'adapter au territoire. La région se caractérise par une population plutôt jeune. Toutefois une évolution notoire est apparue ces dernières années concernant les plus de 75 ans. Autre élément marquant : la fragilité sociale plus prononcée que sur le reste du territoire, quel que soit l'indicateur retenu. Enfin, tant en termes de mortalité que de morbidité (au regard notamment au travers des affections de longue durée), la région présente des indicateurs d'état de santé dégradés par rapport au reste du pays. La consommation de soins de médecine générale y est donc plus élevée que la moyenne nationale. Pour autant, la densité de médecins généralistes est comparable à la moyenne nationale. Toutefois, il existe de fortes disparités à l'intérieur de la région, avec des difficultés d'accès aux soins plus marquées dans certains territoires, notamment dans les départements de l'Aisne, de l'Oise et du Pas-de-Calais. Afin d'endiguer ce phénomène l'Agence Régionale de Santé a mobilisé, dès 2012, les leviers du pacte territoire santé. Elle s'est particulièrement attachée, grâce au dispositif du « correspondant installation », à offrir un accompagnement privilégié et personnalisé aux futurs professionnels de santé, notamment en direction des étudiants ayant souscrit un contrat d'engagement de service public (CESP), à soutenir et promouvoir les dynamiques de maisons de santé pluri-professionnelles et la signature de contrats de praticien territorial de médecine générale



Les Hauts-de-France et la santé en quelques chiffres



6 006 156
habitants

Soit légèrement plus que le nombre d'habitants au Danemark

31 800
km²

Soit légèrement plus que la superficie de la Belgique

Les dépenses de santé

18 milliards d'euros dont 4 milliards alloués par l'Agence

Le nombre de médecins

18 000 dont la moitié de médecins généralistes

Le nombre de pharmaciens

6 380 pharmaciens et plus de 2 100 officines pharmaceutiques

Le nombre d'infirmiers et de masseurs-kinés

56 600 et **7 100** respectivement

Le nombre d'établissements de santé

120 dont 59 publics et 61 privés

Le nombre de places pour adultes et enfants

52 000 dans près de 1 200 établissements et services

Le nombre de places dans les Ehpad

45 000 places dans 570 Ehpad

Le nombre de places pour personnes âgées

72 000 dans 1 073 établissements et services (SSIAD, USLD...)

Source : Regards de l'ARS Hauts-de-France

https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PLAQUETTE_ARS_HDF_web2.pdf



Le portrait

(PTMG). Aux mesures spécifiques du pacte territoire santé s'ajoutent par ailleurs plusieurs innovations et expérimentations menées par l'ARS Hauts-de-France.

2. L'AHNAC

Un siècle d'histoire. La genèse du groupe AHNAC s'inscrit naturellement dans l'histoire de la région, c'est-à-dire celle des mines. Les « Houillères » du Nord et du Pas-de-Calais créaient dès 1904 la clinique chirurgicale d'Archelle (clinique à laquelle sera ajoutée une maternité en 1950). D'autres cliniques sont ensuite ouvertes : en 1910 à Hénin-Beaumont, en 1922 à Bully-les-Mines, en 1924 à Oignies, en 1925 à Fouquières-lès-Lens, en 1927 à Liévin (l'hôpital maternité), en 1932 à Valenciennes, et en 1933 à Bruay-en-Artois (Bruay-la-Buissière). Ces établissements initialement prévus pour accueillir la population minière s'ouvrent peu à peu à l'ensemble de la population. La baisse de la population minière et les difficultés rencontrées par certains établissements amènent l'Union Régionale des Sociétés de Secours Miniers du Nord Pas-de-Calais, les Houillères et Charbonnage de France à s'unir afin de créer, en 1977, l'Association Hospitalière Nord Artois Cliniques (AHNAC) regroupant les cliniques chirurgicales, médico-chirurgicales et les maternités du bassin minier. Les cliniques transférées à l'AHNAC bénéficient alors du statut d'établissement hospitalier.

Un groupe privé mais à but non lucratif. Le Groupe AHNAC participe aux missions de service public du Hainaut à l'Artois en confortant et développant le meilleur de l'offre de soins sans dépassement d'honoraires, composé de 18 établissements : 8 établissements sanitaires (polycliniques, cliniques, centres de réadaptation, centres de psychothérapie et HAD), 9 établissements médico-sociaux (EHPA, EHPAD, CSAPA et SSIAD), 1 centre d'études des pneumoconioses et 1 centre de formation. Le groupe accueille ainsi annuellement 49 450 patients aux urgences, 22 000 patients en séjours avec interventions chirurgicales et accompagne plus de 1 000 naissances. Doté depuis plusieurs années d'un matériel technique de pointe et d'équipes extrêmement compétentes, le Groupe AHNAC

développe des filières d'excellence dans plusieurs domaines, telles que la pneumologie, l'obésité, la gériatrie ou encore la réadaptation cardiaque et fonctionnelle et l'ambulatoire.

Quelle place dans les GHT ? Une place de choix pour l'AHNAC ! Depuis le 1^{er} juillet 2016, les groupements hospitaliers de territoires (GHT) refondent la carte hospitalière française et l'offre de soins autour de « projets médicaux partagés ». Objectifs affichés ? Une meilleure qualité de l'offre via une réorganisation des soins et une rationalisation des modes de gestion. Avec des dimensions variables sans personnalité juridique propre, la région Hauts-de-France compte aujourd'hui 14 GHT. La liste, arrêtée le 1^{er} juillet par le Directeur Général de l'ARS de l'époque, Jean-Yves Grall, est hétérogène puisqu'elle compte des GHT allant de deux à douze établissements. Et ceci parfois sur un même territoire. Les cliniques privées peuvent être concernées par ces GHT dans le cadre de contrat d'association, ce qui est le cas de l'AHNAC ayant signé avec la GHT Artois Ternois le 5 juillet 2017, un accord cadre pour encadrer les différents projets de

coopération. La première concrétisation de cet accord porte sur la filière neurologique. Les chefs de service des urgences de la Polyclinique de la Clarence à Divion (AHNAC) et du service de neurologie du CH d'Arras ont défini des modalités de coopération pour améliorer la filière et la prise en charge des patients pour le bénéfice de la population locale. D'autres opportunités de coopération sont envisagées sur le secteur de la maternité/gynécologie. Une preuve supplémentaire -s'il en était nécessaire- que la collaboration public / privé ça marche !!!

Résolument tourné vers l'avenir. Le Groupe AHNAC a résolument pris le parti de la modernité dans ses prises en charge en prenant le virage de la chirurgie ambulatoire. La polyclinique de Divion fait partie des établissements avant-gardistes en la matière avec déjà 85% des gestes marqueurs réalisés en ambulatoire soit 60% de l'activité chirurgicale. La Polyclinique de Clarence, fait figure de pionnier dans le genre. Elle écrivait il y a déjà 10 ans les premières lignes de son engagement en la matière et a même été retenue parmi les 15 établissements les plus

performants pour participer à un Benchmark réalisé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), en vue de la rédaction de recommandations nationales. Grâce à des techniques innovantes et moins invasives, la chirurgie ambulatoire - outre ses avantages financiers - est d'abord bénéfique pour le patient. Il est en effet constaté qu'en passant moins de temps dans un établissement de santé, celui-ci relativise l'importance des soins et se rétablit plus rapidement. Ce mode de prise en charge requiert toutefois une extrême rigueur dès la phase préopératoire. Cela se traduit par un très grand travail de préparation et d'information auprès du patient, ainsi qu'une très grande coordination entre les services. L'activité ambulatoire est passée de 1 000 patients en 2006, à plus de 6 000 patients en 2016.

Une communication fièrement affichée. Doté d'un nouveau site internet, le groupe AHNAC investit également dans une communication dynamique à destination des patients et partenaires médicaux, paramédicaux ou institutionnels. Celui-ci a également vocation à mettre en place des services interactifs. Un annuaire des praticiens a ainsi été intégré de même qu'un outil de recherche permettant de trouver le spécialiste souhaité dans l'établissement du groupe. Au fil du temps, des fonctionnalités seront même ajoutées : prise de rendez-vous en ligne, dossier de préadmission etc... Les réseaux sociaux sont également un outil utilisé par le groupe. Ainsi, il est désormais possible de suivre l'actualité sur le réseau social Facebook et d'interagir, mais également sur des outils sociaux plus professionnels tels que LinkedIn ou Viadeo. Enfin la multiplication

des vecteurs permet également de visionner des vidéos sur la chaîne Youtube. Un branding maîtrisé pour valoriser l'action quotidienne du Groupe.

L'AHNAC affiche une détermination exemplaire à travers une action permanente visant à réduire les déserts médicaux en engageant des échanges suivis avec la médecine de ville. Le groupe que nous avons découvert développe considérablement son activité à la fois toujours plus dense et plus spécialisée au sein d'un territoire qu'elle connaît parfaitement. Celui-ci a intégré dans son dispositif très rapidement les grands enjeux liés aux progrès médical et technique afin d'offrir à ses patients une prise en charge adaptée et efficace sans dépassement d'honoraires et à tarif opposable. •

Les GHT des Hauts-de-France



L'AHNAC en quelques chiffres

3 000 collaborateurs

18 établissements

plus de 1 000 naissances par an

22 000 séjours avec interventions chirurgicales par an

70 000 passages aux urgences par an

50 600 séjours par an

1 571 lits et places



Un combat pour nos aînés !

Fabien Brisard - Délégué Général du CRAPS  [Fabien Brisard - @Fabien_Brisard](#)

Amour ! Anne et Georges, couple ordinaire comme il en existe tant, subissent au soir de leur vie, l'inéluctable déclin physique que certains nomment sans détour, naufrage. Rien de plus banal ! Rien de plus poignant !

Le génie de Michael Haneke, le réalisateur de ce film, palme d'or au festival de Cannes en 2012, réside certes à mettre en scène avec subtilité, tout en finesse, par touches dégradées, le face à face douloureux de deux monstres sacrés du 7^e Art que sont l'incomparable Jean-Louis Trintignant et la divine Emmanuelle Riva, redoutables l'un et l'autre de précision. Mais c'est aussi, et peut-être surtout, loin des clichés habituels, du galimatias réchauffé dégoulinant de bons sentiments donnant facilement bonne conscience, d'une pitié bon marché, de braquer avec justesse son objectif et son œil acéré sur la dépendance de fin de vie, technocratiquement dénommée 5^{ème} risque (sic), cyniquement référencée de silver économie.

Anne et Georges sont nous ! A la fois tendres et désenchantés, lucides et désespérés, enfermés malgré eux dans une dramaturgie d'autant plus angoissante qu'elle est inéluctable et que nous en sommes d'autant plus tous conscients qu'elle sera nôtre !

Un lien intergénérationnel ! Mais bien sûr... Force est de constater qu'après des décennies d'Etat Stratège et d'Etat Providence, les politiques publiques ont vocation non seulement à prévoir mais à répondre aux besoins des administrés... Certes et pourtant chacun dans sa propre vie, son propre quotidien s'aperçoit qu'entre concept et réalité, qu'entre objectif et résultat l'écart est précisément la mesure de la détresse, le poids du désespoir de celles et ceux qui statistiquement n'existent pas !

Le supplétif de l'Etat Providence désormais défaillant,

situation économique oblige ! c'est bien évidemment la société civile, celle constituée des sans grades, des invisibles sans qui rien ne serait possible, ceux qui ne possèdent que l'intelligence du cœur !

Maud, 22 ans, - notre interlocutrice - en est un exemple frappant. D'une allure déterminée, d'un tempérament passionné, d'une vision humaniste, elle nous expose sans détour son engagement en faveur de nos aînés : « Vieillir, hélas ! disait mon père, mais c'est le seul moyen que j'ai trouvé de ne pas mourir jeune ». Nous voici plongés dans l'univers de la Fée Carabine, paradoxalement dans la poésie de Daniel Pennac. Pour autant, rien ne peut nous faire oublier qu'un quart de nos aînés souffrent d'isolement... Quel sens accorder au progrès médical, au progrès social, au progrès au sens le plus large si, ceux à qui nous devons la liberté, l'égalité par leur engagement quel qu'en soit la nature au cours de leur vie au sein d'un siècle pour le moins complexe, la fraternité leur est refusée...

C'est précisément à ce combat, celui de la reconnaissance intergénérationnelle, celui en faveur de la création d'un lien indéfectible, protéiforme dans sa mise en place, chaleureux dans son quotidien, sociologiquement évident, entre celles et ceux qui ont tellement à donner et celles et ceux qui ont tant à recevoir.

Le rythme de la vie et la vie rythmée ! 3 600 battements de la plus belle trotteuse, inimitable et indispensable à offrir à l'Autre et sans doute à soi-même : Donner-Recevoir, simplement, avec évidence, naturellement... Donner-Recevoir, deux verbes, deux verbes d'action, deux verbes de plaisir... un sens à l'action, un quotidien enrichi de rien mais qui résonne de tout... 1 heure, 3 600 secondes par semaine, rien... une présence, un regard, un sourire c'est-à-dire tout. La renaissance, la sensation d'exister, un réconfort, un espoir... La vie continue. Pas comme

avant, mais elle continue !

Véritable « Tinder » de la solidarité intergénérationnelle, Donner Recevoir, une simple association, une de plus... Pas sur ! Vous choisissez « votre partenaire » selon vos affinités. Regarder Maud exprimant à sa manière, avec sa sensibilité sa rencontre avec une nonagénaire isolée prénommée Marylou, « sa grand-mère affective ». Pendant près de 5 ans Maud a accompagné celle qui deviendra au fil des discussions, des balades, son amie, mieux... sa complice ! Maud aura été pour Marylou tout à la fois une amie, une confidente mais aussi un formidable soutien dans sa découverte de cette machine bizarre et rebutante que la jeunesse vénère et qu'elle appelle « outil informatique ».

Marylou voit désormais quotidiennement enfants et petits-enfants... « L'art d'être grand-père » mais à la sauce XXI^{ème} siècle... Facetime, Skype et bien d'autres trucs, machins, bidules mystérieux qui abolissent les distances, réchauffent le monde, partagent les joies, les fous rires et les petits tracas. Marylou voit désormais le Monde et l'Humanité différemment...

Donner-Recevoir, deux verbes, deux verbes d'action, deux verbes de plaisir... un sens à l'action, un quotidien enrichi de rien mais qui résonne de tout.

Moi je t'emmènerai... Déguster une douzaine d'huîtres en Normandie, se balader sur les grands boulevards parisiens, visiter le château de Versailles... A la fois fort de sa créativité et de sa simplicité, Donner-Recevoir, réseau du cœur, organise une multitude d'activités visant à divertir les personnes vivant actuellement dans plus de 30 EHPAD partenaires ! Et parce que le toucher est un sens vital à la fois pour découvrir, pour redynamiser, l'association a mis en place la « papouillothérapie »... Réveiller les sensations, retrouver le goût de vivre, c'est pourquoi Donner-Recevoir propose les services de masseuses et d'esthéticiennes une fois par trimestre et naturellement bénévolement pour les personnes âgées !

Adhérer ou soutenir : c'est facile ! Pour continuer à faire vivre cette si belle idée de la vie, il faut des moyens humains et financiers ! Comment en serait-il autrement ? Créée en 2003, comptant aujourd'hui plus de 160 bénévoles, de tous horizons et tranches d'âges, Donner Recevoir cherche à développer géographiquement et à renforcer en termes d'effectif son réseau. Basée actuellement en Région parisienne, l'association ne manque pas d'ambition pour sensibiliser notamment les EHPAD et les Conseils départementaux à ses objectifs et actions. Si ce qui rayonne peut parfois éblouir, ce qui illumine ne peut qu'éclairer... L'on ne peut alors que se satisfaire d'en faire l'écho. •



Marylou et Maud.

Pour plus d'informations
<http://www.donner-recevoir.fr>



Le fait historique

35 Heures : Qu'avez vous fait de vos vingt ans ?

« De la croissance, encore de la croissance, toujours de la croissance » pourrait-on s'époumoner, comme le révolutionnaire Danton qui lui, proposait de l'audace, toujours de l'audace, encore de l'audace pour asseoir la Révolution. De la croissance pour « inverser la courbe » ! Encore de la croissance pour maintenir et plus encore garantir un niveau élevé de Protection sociale à nos compatriotes, toujours de la croissance pour réduire les inégalités ! Par un pied de nez dont seule l'Histoire a le secret, n'y aurait-il pas de l'audace à réclamer cette croissance, à comprendre enfin, après tant d'errements, d'entêtements, d'expériences stériles que seule l'Economie et non le Social et encore moins l'Administratif est la solution tant attendue ! Nicolas Sarkozy alors Président de la République, voulait aller la chercher avec les dents et son successeur, François Hollande à l'optimisme légendaire comptait sur « l'alignement des planètes » pour, en fin de compte, résoudre ce problème né dans les années 70... On sait ce qu'il en est advenu !

En réalité, au regard de 40 ans de politique publique de l'emploi ce ne fut qu'une succession de choix plus surprenants les uns que les autres, uniques en Europe... La France ne vivrait-elle que par exception ? A commencer, à travers celle de la préférence pour le chômage.

« Nous avons assumé la crise, depuis le milieu des années soixante-dix, grâce à un consensus social fondé sur le partage des revenus à travers les transferts sociaux plutôt qu'à travers le travail : les hauts niveaux de rémunération (salaires et cotisations) et de productivité des actifs occupés favorisaient la progression du chômage non qualifié... Le chômage était et demeure l'effet d'une préférence collective, d'un consensus inavoué... ».

Et très logiquement ensuite par celle du partage du temps de travail, pour continuer !

Certes, la baisse du temps de travail s'inscrit dans une tendance historique. Vieille idée que de partager le

travail au nom du progrès social guidé par l'heureuse mise à mal de l'exploitation de l'Homme par l'Homme, tant pour le repartir égalitairement au sein de la société, devant la montée du chômage, que donner du temps libre à chacun pour son épanouissement personnel¹. Déjà More et son Utopie² avaient jeté les bases de ce qui allait être des siècles plus tard en France pour les uns le remède miracle au fléau de notre société, pour les autres une escroquerie intellectuelle et une aventure économique suicidaire... Traduction politique : « Une des plus graves erreurs économiques produites dans notre pays³ », « un bilan positif⁴ »

C'est donc le gouvernement Jospin, bénéficiant d'une croissance digne des Trente glorieuses, il y a près de 20 ans qui va mettre en place cette mesure issue plus de l'idéologie, de la certitude à tout le moins de la conviction que de la science économique. Car bien malin à ce jour celui qui oserait affirmer que l'objectif de création d'emplois dont les instigateurs se prévalaient à hauteur de 350 000, a été atteint durablement. Et bien malin celui qui serait en capacité de démontrer que cette mesure en a détruit 100 000 !

Psychodrame au Medef avec le départ précipité de son Président Jean Gandois, refus obstiné de la CGT-FO au nom du sacro-saint pouvoir d'achat, satisfaction béate des syndicats dits d'accompagnement, les 35 heures sont entrées avec fracas dans le débat politico syndical français pour ne jamais, en 20 ans, en ressortir, faute d'une classe politique ayant peur d'elle-même !

Force est de constater que malgré cette mesure spectaculaire, le chômage n'a jamais cessé de croître sur la période, en parallèle et en dépit de contrats aidés massifs, toujours numériquement en progression, coûteux par essence, exorbitants financièrement par nature, en parallèle et en dépit d'une politique d'allègement des coûts du travail qui atteindra quelques 40 milliards par an, quel qu'en soit les dispositifs choisis, en parallèle et en dépit d'une politique de formation à hauteur de 35 milliards à connotation plus consumériste que diplômante !

Ce que l'on sait également, par empirisme, c'est que les 35 heures ont désorienté des pans entiers de notre

économie à commencer par l'Hôpital - la santé est la deuxième préoccupation des Français ! -, ont creusé les inégalités déjà criantes entre grandes entreprises et PME/PMI. Ce que l'on sait également par expérience, c'est que les programmes politiques qui prévoient le retour aux 39 heures hebdomadaires n'ont jamais été appliqués et que finalement au-delà de tout, la véritable richesse est désormais de bénéficier d'un travail !

En réalité, les 35 heures n'ont pas réduit le chômage mais ont contribué d'une part à la désorganisation des organismes publics en portant un mauvais coup à la conception même du service public à la française et ont coïncidé au décrochage du secteur privé au sein de la concurrence internationale.

Finalement, les 35 heures ne seraient-elles pas un dernier soubresaut de l'hérésie économique que constitue la préférence française pour le chômage en s'inscrivant pleinement dans son traitement social. Partager le travail ou partager le chômage ? Ne répondant en rien à la première préoccupation des français (le chômage), portant préjudice à la deuxième préoccupation (la santé) la question, loin d'être une figure de style devrait trouver une réponse dans la rénovation politico-économique que les français ont appelé de leurs vœux lors des derniers scrutins nationaux. •

Hector Strebby

¹ Cf. dossier central d'Hector Strebby « Nécessaire mais pas suffisant ». CRAPSLOG du 16 janvier 2015.

² Denis Olivennes. Revue le débat. « La préférence française pour le chômage ». 1994.

³ On notera la simultanéité de la création d'un ministère du temps libre et le passage aux 39 heures hebdomadaire - 1981 -.

⁴ 1516

⁵ Nicolas Sarkozy

⁶ François Hollande

Quelques dates clés de l'évolution du code du travail jusqu'au 35h

ROI LOUIS-PHILIPPE 1^{ER}
Jean-de-Dieu Soult, Duc de Dalmatie



. Interdiction du travail des enfants de moins de 8 ans dans les entreprises de plus de 20 salariés.

ARMAND FALLIÈRES
Ferdinand Sarrien



. Pour tous les ouvriers et salariés, promulgation de la loi sur le repos hebdomadaire.
. Le 25 octobre 1906, création du premier ministère du travail. René Viviani devient le premier Ministre du Travail.

RAYMOND POINCARÉ
Georges Clémenceau



. Adoption des 3 fois 8h - 8h de travail, 8h de repos et de loisirs, 8h de sommeil - pour tous les salariés.
. La durée légale du travail est de 48h par semaine.

RENÉ COTY
Charles de Gaulle



. Création d'un revenu de compensation en cas de perte d'un travail (l'assurance chômage)

VINCENT AURIOL
Georges Bidault



. Mise en place du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) qui garantit à chaque salarié un revenu minimum sauf pour l'Algérie et l'Outre-Mer correspondant à 16% des travailleurs.

ALBERT LEBRUN
Léon Blum



. Victoire aux législatives des grands partis de gauche, ce qui entraîne :
- L'adoption des 2 semaines de congés payés pour tous les salariés ;
- L'instauration de la semaine de 40h sans diminution de salaires.

CHARLES DE GAULLE
Georges Pompidou



. Signature des Accords de Grenelle qui prévoient notamment l'augmentation du SMIG.
. En 1969, adoption de la 4^{ème} semaine de congés payés.

FRANÇOIS MITTERAND
Pierre Mauroy

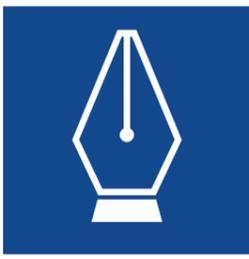


. La durée légale du travail passe de 40h à 39h par semaine.
. Instauration de la 5^{ème} semaine de congés payés.

JACQUES CHIRAC
Lionel Jospin



. La durée légale du travail passe de 39h à 35h par semaine.



La tribune

Patrice Corbin - Vice-Président du CRAPS, Conseiller Maître Honoraire à la Cour des comptes, Avocat

Votre retraite est une dépense publique !

Curieusement pendant toute cette campagne présidentielle, un chiffre a été répété à longueur d'interview et de programme sans jamais avoir été analysé ou commenté d'un peu plus près... et pourtant : il s'agit du montant des dépenses publiques par rapport au PIB (Produit Intérieur Brut : mesure des richesses nouvelles créées dans l'année par le système productif) soit, en France, 56%, l'un des taux les plus élevés d'Europe.

Pour toute une pensée, plutôt de droite, ce chiffre est une abomination, puisqu'il démontre que la France est, sans le savoir, devenu un pays socialiste, et que l'effort essentiel doit donc tendre à le faire diminuer.

Personne (sauf le remarquable Dictionnaire passionné de la Protection sociale édité par le CRAPS l'année dernière) ne s'est penché sur le fait que ce chiffre des dépenses publiques ne signifie rien sur le plan économique et n'est que le fruit d'une convention statistique.

Le seul chiffre qui économiquement a un sens est celui de la part du PIB qu'un pays donné consacre à la Protection sociale (vieillesse, maladie, famille...) soit 33% pour la France ; La plupart des pays développés consacrent des montants comparables à ces différentes fonctions sociales, dont l'importance est davantage liée au niveau de développement qu'aux choix politiques.

À titre d'exemple, la part des dépenses de santé aux USA où la protection des individus est principalement assurée par des mécanismes relevant du marché est bien supérieure à ces mêmes dépenses, presque totalement socialisées en France.

En revanche, le chiffre de la part des dépenses publiques par rapport au PIB n'a pas grand sens et cela pour deux raisons : ce chiffre met dans le même sac des dépenses aussi différentes que d'une part les grandes dépenses régaliennes de l'État comme les dépenses de défense, de police ou de justice et

des dépenses extrêmement individualisées comme les dépenses de retraite ou de santé ; bref il mélange des choux et des carottes.

Combien de Français savent que la pension qu'ils perçoivent, après avoir cotisé toute leur vie est considérée comme une dépense publique, contribuant ainsi au fameux 56%. Cela leur paraîtra d'autant plus curieux qu'ils ont acquis des « droits à la retraite » au sens le plus patrimonial du terme.

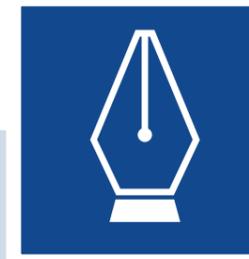
Combien de Français savent que la pension qu'ils perçoivent, après avoir cotisé toute leur vie est considérée comme une dépense publique, contribuant ainsi au fameux 56% ?

L'explication de cette curiosité se trouve dans une convention statistique. Pour faire des comparaisons internationales entre des pays ayant des systèmes différents, les statisticiens ont choisi un critère simple : celui de la dépense obligatoire : est considérée comme dépense publique toute dépense obligatoire. Prenons un exemple : si vous avez une voiture vous êtes obligés de vous assurer, mais vous n'êtes pas obligés d'avoir une voiture donc cette dépense n'est pas obligatoire donc ce n'est pas une dépense publique. En revanche, vous ne pouvez pas échapper au paiement de votre cotisation vieillesse sur votre feuille de paye, c'est une dépense obligatoire, donc une dépense publique.

Mais cette cotisation « obligatoire » ne l'est pas par sadisme mais simplement parce que de nombreux pays, dont la France ont fait le choix, pour leurs mécanismes de pension, de la répartition (les actifs payent pour les retraités) et un tel système ne peut fonctionner sans obligation de cotiser.

Il y a donc deux types de décision qui s'enchevêtrent : la France n'a pas un jour décidé que les retraites étaient des dépenses « publiques » mais elle a fait le choix de la « répartition » c'est-à-dire de ne pas faire reposer son système de retraite sur les aléas du marché, et les statisticiens ont de leur côté décidé que le critère à retenir était celui de la dépense obligatoire. Mais vous aurez du mal à expliquer aux Français que leur retraite est une dépense publique !!

Imaginons un instant que la France abandonne le système par répartition et que chacun soit libre de cotiser ou non pour sa retraite et de choisir l'organisme auprès duquel il veut cotiser. Imaginons également que par sagesse tout le monde continue de cotiser comme maintenant (même si ce n'est plus obligatoire). Donc économiquement rien ne change par rapport à la situation actuelle sauf que ce sont des compagnies d'assurance qui encaissent les cotisations. Par ce seul fait (toutes choses restant égales par ailleurs), la dépense publique diminue, instantanément, en France de 15%. Si nous poursuivons l'exercice avec les dépenses de santé : vous n'êtes plus obligés de cotiser, vous choisissez librement votre assureur mais comme vous êtes raisonnable vous continuez à cotiser comme maintenant : Instantanément la dépense publique (toutes choses restant égales par ailleurs) diminue encore de 11%. Elle n'est plus en France que de 30%, soit à peu près le niveau des USA, alors là bravo !! •



La tribune

Benjamin Fourcade



Benjamin Fourcade - @FourcadeB

L'auto-entreprenariat, un nouveau mode d'exploitation des travailleurs en France ?

Avec la hausse constante du chômage, de nouvelles formes d'emplois salariés sont apparus (télé-travail, travail partiel, ...). Le statut d'auto-entrepreneurs, créé en 2008 (loi du 1^{er} janvier 2009) avait pour objectif de favoriser la création d'emplois par la création d'entreprises sans augmenter le nombre des emplois salariés.

Ce statut s'applique aux personnes physiques qui veulent créer ou possèdent déjà une entreprise individuelle dans le but d'exercer une activité commerciale, artisanale ou libérale. Les obligations déclaratives sont limitées sur le plan administratif, social et fiscal.

Pour bénéficier de ce régime, l'auto-entrepreneur peut se déclarer par internet (www.lauto-entrepreneur.fr) ou auprès du centre de formalités des entreprises (CFE), de la chambre de commerce (activités commerciales), de la chambre des métiers (activités artisanales) ou des Urssaf (activités libérales).

Cette déclaration vaut déclaration d'activité auprès du régime social des indépendants (RSI) et déclaration d'activité aux services fiscaux (avec, le cas échéant, l'option pour le régime du versement libératoire de l'impôt sur le revenu).

L'auto-entrepreneur qui crée son activité commerciale doit s'immatriculer au registre du commerce et des sociétés (RCS) ou au répertoire des métiers (RM) pour les activités artisanales, qu'il s'agisse d'activités principales ou complémentaires (loi n°2014-626 du 18 juin 2014).

Sur le plan fiscal. L'auto-entrepreneur peut bénéficier du régime fiscal de la micro-entreprise s'il réalise un chiffre d'affaires annuel ne dépassant pas un certain seuil qui s'élève à :

• 82 200 € pour les activités commerciales de vente

de marchandises.

• 32 900 € pour les activités de prestations de services et les professions libérales Ces seuils sont réévalués chaque année dans la même proportion que le barème de l'impôt sur le revenu.

En outre, l'impôt sur le revenu généré par l'activité de l'auto-entrepreneur peut, lui aussi, être payé forfaitairement sur la base du chiffre d'affaires réalisé.

Sur le plan social. L'auto-entrepreneur est affilié à la Sécurité sociale et valide des trimestres de retraite. Il s'acquitte forfaitairement de ses charges sociales et de son impôt sur le revenu uniquement sur ce qu'il encaisse. S'il n'encaisse rien, il ne déclare rien et ne paie rien !

Un versement unique mensuel ou trimestriel règle les charges sociales et fiscales. Le forfait concerne l'ensemble des charges sociales (cotisation d'Assurance maladie - maternité et la cotisation supplémentaire d'indemnités journalières, cotisation d'allocations familiales, cotisation d'assurance vieillesse du régime de base, contribution sociale généralisée (CSG), contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), cotisation au titre de la retraite complémentaire obligatoire, cotisation au régime d'invalidité et de décès).

Selon les activités, le versement unique des contributions est :

• Pour les activités de vente de marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place ou les prestations d'hébergement le versement unique est de 13% du chiffre d'affaires (social + fiscal).

• Pour les activités de prestations de services commerciales ou artisanales

autres que celles relevant du seuil de 82 200 € le versement unique est de 23% du chiffre d'affaires (social + fiscal)..

• Pour les prestations de services délivrées par les professionnels libéraux qui relèvent de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) le versement unique est de 20,5% du chiffre d'affaires (social + fiscal).

Le transport est le premier secteur économique utilisateur d'auto-entrepreneurs.

L'activité peut être exercée à titre principal ou complémentaire (salariés d'une autre entreprise, retraité,...).

Depuis sa création, le nombre d'auto-entreprises n'a cessé d'augmenter. En 2010, 190 000 personnes ont déposé une demande d'immatriculation d'auto-entreprise. Fin juin 2015, il a été recensé par les URSSAF 1 075 000 auto-entrepreneurs inscrits (sources ACOSS/INSEE).

La moitié de ces entreprises ne déclarent aucun chiffre d'affaires !

Les créations d'entreprise sous cette forme concernent principalement les secteurs des transports, du bâtiment et de la construction, du soutien aux entreprises, de l'enseignement, l'action sociale et le secteur



La tribune

des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Le transport, est le premier secteur économique utilisateur d'auto-entrepreneurs. Le transport est l'un des plus gros pourvoyeurs d'emplois du pays. Son organisation s'est métamorphosée ces 10 dernières années avec l'aire du numérique. Transports de voyageurs longues ou courtes distances, transports de marchandises, livraison à domicile, l'ensemble des services de transport a été revu grâce aux nouvelles technologies. Il existe aujourd'hui différentes applications numériques permettant d'accéder à ces services. Une grande partie de ces donneurs d'ordres nouvelle génération font appel à des auto-entrepreneurs pour effectuer les prestations.

«UBER» est la première plateforme de mise en relation entre voyageurs et transporteurs pour du transport local. Il en existe d'autres comme, «Allo Resto service » (livraison de plats à domicile), « TOK TOK TOK » (service de commande de produits divers en livraison de proximité). Les services rendus « séduisent » un peu plus chaque jour les utilisateurs, principalement les jeunes qui maîtrisent les outils numériques permettant d'avoir recours à ces services (réf au principe de l'économie collaborative).

Le secteur du bâtiment et de la construction est le deuxième secteur professionnel le plus concerné par la création d'entreprises sous statut d'auto-entrepreneurs. Des compétences professionnelles sont toutefois exigées pour la réalisation des travaux du bâtiment. L'auto-entrepreneur doit attester d'une qualification. L'absence de contrôle rend aléatoire la vérification de cette qualification avec les risques liés notamment pour le client..

Les start-up du secteur de l'économie numérique ont souvent recours à des travailleurs sous statut d'auto-entrepreneurs. Les entreprises spécialisées dans les services à l'utilisateur ou aux entreprises utilisent des auto-entrepreneurs pour réaliser des prestations en offrant un « service rapide et simple d'utilisation ».

Un statut favorable aux donneurs d'ordres. Une entreprise faisant appel à des auto-entrepreneurs peut externaliser certaines de ses missions. Elle peut ainsi réduire ses charges d'exploitation (réduction des coûts,

réduction de la masse salariale, etc) et ainsi augmenter ces marges. Cela pourrait s'apparenter à une nouvelle forme de sous-traitance (le fait de faire appel à un prestataire externe pour effectuer une opération). Une entreprise qui ne fait appel qu'à des auto-entrepreneurs pour effectuer les opérations dont elle a la charge peut réduire considérablement ses charges d'exploitation (30 à 40% de charges en moins) en ne versant plus la moindre cotisation sociale. Elle rend un service moins cher que ses concurrents traditionnels. Cela pourrait s'apparenter à de la concurrence déloyale notamment dans le cadre des professions réglementées.

Des dérives dans l'embauche. En théorie, l'auto-entrepreneur, comme tout entrepreneur, est indépendant. Il doit pouvoir organiser son activité comme il l'entend à partir du moment où il respecte les obligations fixées dans le contrat signé avec le donneur d'ordre.

La réalité est toute autre. Ces travailleurs sont souvent totalement dépendants du donneur d'ordre qui impose, dans le détail (délais, coût de la prestation imposé,...) l'organisation des missions à effectuer.

L'absence de contrat de travail, de protection juridique du prestataire comme du client poseront des problèmes juridiques qu'il serait nécessaire d'anticiper.

L'auto-entrepreneur a quelquefois un contrat d'exclusivité avec son donneur d'ordre. Ils ne disposent pas de clients propres sans l'appui technique de l'application numérique dont est propriétaire le donneur d'ordre.

Enfin, il faut noter qu'il est bien plus facile de rompre un contrat avec un auto-entrepreneur que de licencier un salarié titulaire d'un contrat de travail (CDD, CDI).

S'agissant des professions réglementées, des dérives encore plus inquiétantes apparaissent. C'est le cas dans le secteur du transport. Le métier de transporteur (voyageurs, marchandises) est un métier réglementé, nécessitant des autorisations spéciales pour exercer la profession. Des auto-entrepreneurs doivent reverser un loyer à leur donneur d'ordres pour effectuer la prestation en échange du prêt du matériel nécessaire à l'exercice (véhicules, téléphones, codes pour application, licence de transport, etc).

Certains donneurs d'ordres contournent la réglementation en ne faisant appel qu'à des auto-entrepreneurs non motorisés, la réglementation des transports ne s'appliquant qu'aux véhicules motorisés (les bicyclettes ne sont pas des véhicules motorisés et les transports en vélos ne sont donc pas visés par la réglementation,...).

Exemple du cas de « Take Eat Easy ». La Start-Up belge « Take Eat Easy », spécialisée dans la livraison de plats à domicile par des livreurs à vélo, demande son placement en redressement judiciaire le 26 Juillet 2016 après 3 années d'activité et près de 16 millions d'euros de levées de fond. « Take Eat Easy » avait 160 salariés, intervenait dans 20 villes françaises, travaillait avec 3200 restaurants fournisseurs de repas et avait 350 000 clients. Elle avait fait livrer 1 million de commandes depuis la création. Elle utilisait les services de 2500 livreurs en France, tous auto-entrepreneurs.

Sur chaque commande, « Take Eat Easy » facturait au restaurant une commission de 25- 30%, et des frais de livraison au client de 2,5 €. La fermeture subite de la société a laissé les livreurs sans emplois, pas payés pour les courses effectués entre le 1er et le 25 Juillet. Certains livreurs avaient du verser une « caution » à leur donneur d'ordre avant de commencer à travailler pour lui (175€ pour le matériel housse et téléphone portable).. Un recours collectif a été engagé pour réclamer les sommes non versées et requalifier le contrat en contrat de travail entre le livreur et le donneur d'ordre.

D'autres recours ont été engagés à l'encontre de la société « TOK TOK TOK ». Elle est assignée aux prud'hommes par l'un de ses livreurs qui demande à être requalifié en tant que salarié.

La question de la requalification de ces

auto-entrepreneurs en tant que salariés est au cœur du débat. Dépendance économique, interdiction de travailler pour la concurrence, liens de subordination, contrats de partenariat, location de matériels par les donneurs d'ordres, sont des éléments qui poussent à croire que ces auto-entrepreneurs ne sont pas des travailleurs indépendants comme veulent le faire croire ces nouvelles entreprises « innovantes ».

Les nouvelles technologies bouleversent considérablement l'organisation du travail. L'évolution juridique autour de ces nouveaux services n'a, quant à elle, pas évolué aussi vite. Il s'est alors installé un flou juridique autour de ces nouvelles activités. Mais, ces pratiques protègent-elles réellement les utilisateurs des services ?

Les dérives autour de ce statut n'ont fait qu'accroître la précarisation du salariat en incitant à l'externalisation des activités jusque là exercées au sein de l'entreprise en tant que salarié.

Elles instaurent des distorsions de concurrence entre ceux qui payent la totalité des cotisations (les entreprises «normales») et les auto-entrepreneurs notoirement sous taxés sur le plan social comme sur le plan fiscal. Ce statut peut même conduire à la disparition d'entreprises déjà existantes qui pourraient être fragilisées par une concurrence « déloyale » du fait des charges moindres. Le principe initial était de créer un statut simplifié pour les nouveaux entrepreneurs avant la création d'une véritable entreprise.

Les dérives autour de ce statut n'ont fait qu'accroître

la précarisation du salariat en incitant à l'externalisation des activités jusque là exercées au sein de l'entreprise en tant que salarié. En période de crise, à un moment où la reprise est « molle », le risque est grand de voir des entreprises demander à des « éventuels collaborateurs » de se déclarer auto-entrepreneur afin de les utiliser comme sous-traitant plutôt que de les embaucher.

L'absence de contrat de travail, de protection juridique (accident du travail, responsabilité, assurance professionnelle, assurance chômage, cotisations retraite) du prestataire comme du client poseront des problèmes juridiques qu'il serait nécessaire d'anticiper. Sur le plan financier, les bénéfices tirés par les auto-entrepreneurs (rappel : la moitié ne déclare aucune recette donc aucun bénéfice) restent peu élevés. Un «jeune chauffeur d'UBER» expliquait dans une interview à la télé, qu'il percevait 6 000 euros par mois de recettes pour 55 à 60 heures de travail par semaine, principalement la nuit et le week-end. Sur ces recettes, après versement des redevances à UBER, la location de son véhicule et le paiement des charges diverses, son revenu net mensuel était inférieur à 2 000 euros. Mais, « il est libre »...

« Libre » mais privé de droit comme de prestations (voir situation des « livreurs de « Take Eat Easy ») auxquelles les salariés, par leurs luttes, ont accès aujourd'hui (prestations en cas de cessation d'activité de l'entreprise,...).

En effet, en dehors d'une protection sociale « à minima », les auto-entrepreneurs disposent de beaucoup moins de droits pour les arrêts de travail, le chômage ou la retraite.

Les cotisations minimales qu'ils versent par ailleurs ne manqueront pas de peser sur les ressources de la protection sociale du fait des réductions de cotisations accordées.

Conformément à la volonté exprimée par le gouvernement à travers l'adoption de lois récentes, de « libérer » les activités économiques, les prestations de service assurées par les auto-entrepreneurs doivent, en tous cas, être « organisées » pour protéger aussi bien le consommateur que le marché.

La qualification juridique de ces activités est donc

impérieuse pour proposer un cadre réglementaire permettant d'assurer une concurrence loyale entre les opérateurs économiques.

S'agissant notamment du secteur du bâtiment, et malgré les quelques contraintes fixées dans la Loi, les compétences de l'auto-entrepreneur difficiles à évaluer avant l'engagement des travaux, devront faire l'objet d'une réglementation afin de permettre, au client de contester les malfaçons. Il faut rappeler qu'il n'existe aucun contrôle a priori des diplômes de l'auto-entrepreneur pas plus que sa souscription d'assurances professionnelles couvrant les risques.

Enfin, le côté « déclaratif » des documents sociaux et fiscaux déposés favorise la fraude (sous déclaration du CA réalisé) aucun contrôle n'étant prévu. Le risque de non imposition des rémunérations perçues est important à un moment où la collectivité a des difficultés à trouver des ressources pérennes. •



Partenariat

L'atout COEUR de notre réflexion :

Avoir une ou des idées c'est bien ! Rassembler des femmes et des hommes qui partagent la même volonté de faire évoluer notre pacte social, c'est extraordinaire ! Mais quand on a des partenaires qui ont accepté de participer à notre réflexion et de la soutenir humainement et financièrement, c'est primordial ! Nous savons pertinemment que sans eux, nous n'aurions pas réussi à lancer et à poursuivre cette aventure. De jour en jour, ils deviennent plus nombreux et participent à toutes nos actions. Toutes nos perspectives se concrétiseront avec eux. Ils prouvent, au quotidien, que le dialogue social n'est pas une ineptie mais un fondement de notre avenir et de notre démocratie.

S'engager aux côtés du CRAPS, c'est :

- Participer à une réflexion sur l'avenir de notre protection sociale
- Être une force de propositions
- Rencontrer et débattre avec les acteurs de ce système républicain
- Promouvoir le débat démocratique

Devenir partenaire, c'est :

- Être visible sur l'ensemble de nos supports
- Être au coeur d'une réflexion primordiale pour notre société

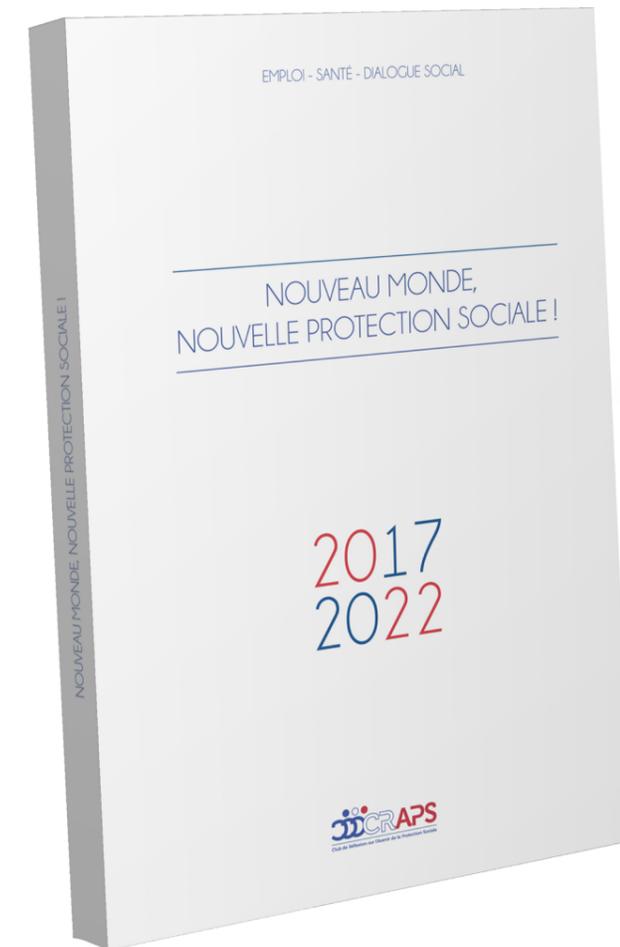




Contact

Fabien Brisard

Délégué Général du CRAPS
54 rue René Boulanger, 75012 Paris
01 73 75 41 09 / 06 37 55 89 59
f.brisard@association-craps.fr



«La Protection Sociale,
une idée d'avenir.»