

# CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°4 MARS 2016

## ÉTUDE EXCLUSIVE

La télémédecine dans les territoires en partenariat avec Intériale Mutuelle et SFT-Antel

# Le numérique au chevet de la médecine ...



## Tribunes

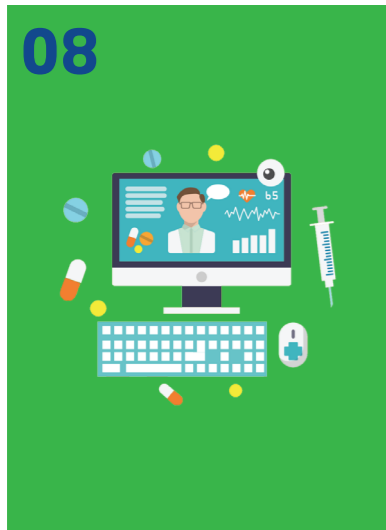
Jean-Paul Segade  
Guillaume Hannoun

## Parole d'experts

Hector Streby & Vlad Tsepesh

## Fait Historique

Frédéric Fogacci  
Frédéric Tristram



08



11



14

- 04 - L'image : Michel Yahiel, lors de la présentation du dictionnaire passionné
- 06 - L'actu : L'année 2016, un millésime prometteur !
- 08 - Le dossier : Le numérique au chevet de la médecine...
- 11 et 14 - Interviews : Pascal Beaubat et Franck Baudino
- 15 - Le fait historique : Il y a 70 ans, les ordonnances de 1945...
- 16 - Parole d'Experts : L'Assurance chômage : ni vache à lait, ni vache sacrée
- 18 - La tribune : Mieux construire pour mieux protéger
- 20 - La tribune : Le manager hospitalier et les TIC

## «A» comme Avenir...



Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS

**S**i, comme l'a écrit Bernanos, « on ne subit pas l'avenir, on le fait », alors le CRAPS dont le « A » de son sigle rappelle ce pourquoi il a été créé, est fidèle à sa vocation. Au delà, de la rubrique « Actus » qui liste nos nombreux engagements et travaux depuis le dernier trimestre 2015 et que vous trouverez dans ce nouveau numéro du CRAPSLLOG, notre think tank a choisi, en ce début d'année, de mener une réflexion approfondie sur la télémédecine. En publiant ci-après un dossier de fond, objet de ce numéro et en organisant avec nos partenaires (Intériale Mutuelle et SFT-Antel) un colloque au Sénat le 7 mars auquel participeront tous les experts et précurseurs de ce nouveau mode opérationnel de délivrance de soins, le CRAPS a la conviction de faire oeuvre de prospection.

Un sondage que nous dévoilerons lors de notre colloque, réalisé grâce à la disponibilité des adhérents de la mutuelle Intériale, révèle sans équivoque les besoins et les multiples sensibilités de nos concitoyens. Persuadé que la

télémédecine est l'opportunité de détecter plus tôt une pathologie, d'apporter une réponse adaptée à la désertification médicale, d'offrir ainsi à tous la même qualité de traitement face à la maladie, c'est-à-dire de maintenir notre protection sociale dans son acception humaniste, le CRAPS entend participer à travers des propositions réalistes à l'intégration de ce nouveau mode de pratique médicale tout à la fois dans le quotidien de chacun et à un cadre juridique pertinent, sécurisant entre autre un financement durable et efficient.

Dans une société que nous espérons progressiste, nous devons non seulement prévoir ces évolutions séquencées mais également sensibiliser nos compatriotes à cette nouveauté afin de prévenir chez eux un phénomène de rejet. La télémédecine : c'est à la fois le présent et l'avenir !

La santé est un enjeu crucial pour une civilisation à la recherche de toujours plus de sécurité pour ses membres. Le CRAPS s'inscrit depuis 6 ans dans ces mutations qui seront décisives, structurantes, pour sauvegarder notre pacte social, pour préserver l'égalité devant les risques de la vie. •



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 : 68, rue de Nantes 53000 Laval - 02 43 37 17 61 - accueil@association-craps.fr

Conception et réalisation : Pierre-Maxime Claude et Ghislène Annamri

Nos partenaires :





**Cérémonie de présentation du dictionnaire passionné «La Protection Sociale en 500 mots», le 13 octobre 2015 au Cercle de l'Union Interalliée à Paris.**

**Michel Yahiel**, Conseiller Social du Président de la République, rend hommage aux travaux du CRAPS pour l'édition du dictionnaire passionné.



## Ils ont dit !

*"J'ai bien l'intention, si j'accède aux responsabilités auxquelles je prétends, d'abroger la loi Touraine"*

Alain Juppé, Maire de Bordeaux - Ex-Premier Ministre, le 9 décembre 2015 lors du congrès de la FHP.

*"Nous ne faisons pas le pari du chômage qui dure"*

Christophe Castaner, Député PS, rapporteur spécial pour le travail et l'emploi, le 28 octobre 2015 dans le supplément «les Echos».

*"Il ne faut pas opposer la performance économique à la performance sociale"*

Myriam El Khomri, Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social dans l'émission «La Nouvelle Edition», le 25 janvier 2016.

## L'actualité du CRAPS

### L'année 2016, un millésime prometteur !

Qui a dit que le « surmenage était l'hygiène des forts » ? Pour ne pas reprendre à notre compte cette affirmation pour le moins provocatrice, il n'en demeure pas moins vrai que le CRAPS a connu ces derniers six mois un regain d'activité... Lancement du dictionnaire passionné, étude et sondage sur la télémédecine menés en partenariat avec Intérieure Mutuelle et la SFT-Antel, organisation d'un colloque au Sénat sur cette nouvelle approche de délivrance de soins, participation active aux différentes séances du séminaire co-organisé avec la Fondation Charles de Gaulle sur le thème « le Gaullisme et la Protection Sociale », optimisation de nos supports de communication avec notamment la sortie du nouveau CRAPSBOK et préparation de deux dîners-débats. À n'en pas douter, 2016 sera pour le CRAPS un millésime abondant et de qualité !

Ainsi, le 13 octobre dernier, sous les ors du prestigieux Cercle de l'Union Interalliée, le CRAPS, devant « le tout Paris de la Protection Sociale », par l'entremise de son Président Jean-Claude Mallet a dévoilé son dernier ouvrage, « La Protection Sociale en 500 mots » : travail de vulgarisation au service de toutes celles et ceux conscients que la Protection Sociale est en péril, des défenseurs de ce patrimoine exceptionnel ou des simples curieux, des utilisateurs d'un système à la manière de monsieur Jourdain faisant de la prose, travail

de bénédictins pour les membres du CRAPS salué à travers des discours vibrants de Gérard Larcher, Président du Sénat et de Michel Yahiel, Conseiller Social du Président de la République venu en voisin.

A peine terminée cette brillante soirée, le CRAPS a relevé un nouveau challenge : organiser un colloque sur la télémédecine au Sénat. Parce que la télémédecine est l'avenir de la pratique médicale en prolongeant les idéaux des fondateurs de la Protection Sociale, en réduisant les inégalités face aux besoins de soins de chacun, en redonnant aux territoires l'instrument médical indispensable à la lutte contre les déserts médicaux. Suite à une étude réalisée en partenariat avec Intérieure Mutuelle et la SFT-Antel, le CRAPS s'est appliqué à organiser une soirée sur le thème « La télémédecine dans les territoires ». Entourés d'intervenants de qualité, les participants ont apprécié ce débat sur ce concept innovant dans le but d'optimiser l'offre de soins.

Mais les événements exceptionnels ne doivent pas faire oublier ce qui est devenu au fil des ans une activité traditionnelle. Le CRAPS se réjouit d'ores et déjà de pouvoir vous inviter à deux dîners-débats. Tout d'abord nous recevrons la Députée Michèle Delaunay, Présidente de l'Alliance contre le Tabac et ancienne Ministre Déléguée, le 7 mai et Nicolas Revel, Directeur Général de la CNAMTS, le 10 juin.

Par ailleurs, dans le cadre du séminaire annuel « le Gaullisme et la Protection Sociale », notre collaboration avec la Fondation Charles de Gaulle s'est renforcée. Notre Président en tant qu'expert et témoin a été invité à présider la séance du 9 novembre sur le thème : « Gaullisme et modèle français de Protection Sociale » avec comme co-débatteurs Nicolas Baverez, essayiste et Dominique Barjot, historien. Pas moins de quatre réunions, enrichies par les membres du CRAPS à travers leur questionnement ou leur témoignage, ont déjà eu lieu en ce début d'année, réunissant des chercheurs, politiques, enseignants et personnalités reconnues.

Last not the least, notre think tank a le plaisir depuis fin février de disposer d'un nouveau CRAPSBOK. Plus esthétique et plus concis, ce support de communication est disponible sur le site internet du CRAPS •



Pour télécharger le CRAPSBOK, cliquez sur l'image, ci-dessus.

## Le coup de coeur du CRAPS

Le 18 février 2016, alors que le ciel décidait d'afficher ouvertement sa morosité, c'est un véritable rayon de soleil qui éclairait notre vision passionnée de la Protection sociale et de la santé en particulier. C'est au 7 rue Danton, dans le 6ème arrondissement de la capitale que notre hôte nous avait invité à le rejoindre pour découvrir une cabine de télémédecine, étrangeté assumée : la médecine peut dorénavant se pratiquer numériquement... « Sous des airs de photomaton » comme l'écrivait « Le Quotidien du Médecin », cet appareil est l'oeuvre du docteur Franck Baudino, Président Directeur Général de la société H4D. Cette cabine installée dans une agence de la Mutuelle Intérieure LMDE permet à chacun de leurs adhérents de réaliser des bilans de santé grâce à de nombreux objets connectés. Tous ces services sont gratuits et pris en charge à 100% par la mutuelle afin de donner accès à la médecine 3.0. Ce bilan comprend le calcul de l'indice de masse corporelle, la tension, la saturométrie c'est-à-dire le niveau d'oxygène dans le sang et la pulsation cardiaque ou encore un bilan auditif et visuel. Toutes les données sont traitées de façon confidentielle et anonyme et peuvent être partagées avec leur médecin traitant. Belle initiative de la Mutuelle Intérieure que notre comité éditorial tient à souligner, car en plus de donner accès à une médecine de proximité et gratuite, l'agence qui s'occupe en majorité d'étudiants leur permet de réaliser régulièrement un bilan santé, auquel ils s'adonnent habituellement que trop rarement, faute de moyens ou de temps. Forte de plusieurs brevets, H4D, est une entreprise responsable et innovante. Elle est soutenue dans ses efforts de recherche et de développement par plusieurs partenaires institutionnels : BPI France, le PRIDES



Arts et Métiers ParisTech et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). En 2010, H4D est choisie pour participer à l'Exposition Universelle de Shanghai avec déjà un objectif de développement international. H4D s'agrandit et s'installe avenue Kléber à Paris. Le projet entrepreneurial suscite, en France comme à l'étranger, l'intérêt de multiples acteurs, privés et publics, dans le secteur des nouvelles technologies et de la santé. En 2015, l'entreprise est lauréate du Concours Mondial de l'Innovation. A l'origine de H4D, il y a la vision d'un médecin passionné, confronté dans sa propre expérience à l'isolement médical. « Dès le départ, notre ambition a été d'assurer, grâce aux progrès de la télésanté, une présence sanitaire de premier recours au cœur des zones isolées », raconte le Dr. Franck Baudino. Peu à peu naît l'idée de développer des solutions pratiques, permettant de faire accéder le plus grand nombre de personnes à un médecin. C'est en toute logique que le CRAPS attaché aux grands projets de société soutient cette mesure innovante, qui apportera, à ne point douter, une solution concrète aux milliers de français qui doivent faire face sur leurs territoires, à une désertification médicale de plus en plus préoccupante. (voir interview, Dr Franck Baudino, p. 14) •



## Le numérique au chevet de la médecine ...

Analyse du docteur Pierre Simon, Past-Président de la SFT-Antel sous-tendue par l'étude sur le thème «La télémédecine dans les territoires», réalisée en partenariat par le CRAPS, Intériale Mutuelle et la SFT-Antel.

En ce début du XXIème siècle, l'ensemble des pays développés connaît les innovations technologiques de l'ère numérique. Celle-ci conduit à des changements de notre société qui vit de plus en plus au rythme de l'immédiateté et de l'urgence dans toutes ses activités qu'elles soient sociales, économiques, financières, etc.. La santé n'échappe pas à cette évolution. C'est un changement complet de paradigme qui touche aussi bien la vie civile du citoyen que l'exercice de son activité professionnelle. Il en va de même pour la médecine, dont les pratiques doivent évoluer et s'adapter à de nouveaux besoins de soins et de nouvelles demandes sociétales. Depuis sa création, la médecine a toujours su s'adapter aux évolutions technologiques et aux nouvelles connaissances scientifiques. Avec l'ère numérique, la médecine du XXIème siècle devient Prédictive, Préventive, Personnalisée, Participative et reposant toujours sur les Preuves d'un service médical rendu. C'est la médecine 5P. L'an 2000 fut marqué par l'ouverture au grand public d'internet et la naissance du concept de la santé en ligne (e-health).

L'année 2007 vit l'apparition des premiers smartphones et avec eux le concept de la santé mobile (mobile health). Ce concept est devenu celui de la santé connectée avec l'arrivée d'un véritable tsunami d'objets connectés et d'applications mobiles de santé. Ainsi tous ces objets permettent l'éclosion de la médecine 5P, correspondant aux attentes sociétales. Pour conserver la rigueur scientifique, la médecine devra donc distinguer parmi les objets connectés et applications mobiles de santé ce qui relève du bien-être d'une personne et de son désir de se quantifier (quantified self) de ce qui relève de la médecine en ligne ou télémédecine. Enfin, à l'image de la fronde des taxis, le phénomène d'ubérisation touche également la santé. Le schéma classique d'une offre de soins proposée par des établissements et des professionnels de santé est aujourd'hui bousculé, d'une part par une demande sociétale qui dépasse le besoin de soins, d'autre part par une offre de services de santé ou de soins qui n'est plus le monopole des établissements et professionnels de santé, mais également celui des industriels

et des start-ups de la santé numérique. L'organisme régulateur de la profession médicale (le CNOM) s'est saisi du sujet et vient de faire des propositions innovantes pour mieux accompagner, mais aussi encadrer, ce phénomène d'ubérisation de la médecine. Toutes ces évolutions conceptuelles de la santé et de la médecine, liées à l'ère numérique, peuvent-elles répondre à tous les défis sanitaires actuels ? Celui de la démographie médicale et de l'inégalité d'accès à l'offre de soins primaires, celui de la croissance des maladies chroniques liées en grande partie à l'allongement de l'espérance de vie, celui des comptes sociaux qui dépassent depuis tant d'années les moyens financiers réels de notre pays, et bien d'autres défis. Les débats éthiques ne manqueront pas d'apparaître pour que le progrès technologique demeure d'une part une bienfaisance pour les personnes et n'évolue pas vers la malfaisance, d'autre part pour qu'il assure une justice dans la répartition des ressources en santé ainsi qu'il respecte le droit des personnes à vivre leur santé avec humanité, ce qui est un des

biens les plus précieux. C'est dans cet esprit que le CRAPS, la SFT Antel et la Mutuelle Intériale ont souhaité allier leur expertise, afin de mieux connaître la vision des français face aux évolutions technologiques de l'ère numérique, qui ont permis l'émergence de la télémédecine. Cette enquête a été conduite sur quatre thèmes essentiels afin de mieux appréhender les attentes des citoyens vis-à-vis de la médecine en ligne, leurs réserves éventuelles, leurs craintes d'une deshumanisation de la relation traditionnelle du médecin avec son patient, mais aussi leur appétence à mieux connaître les nouvelles pratiques portées par la télémédecine.

### La télémédecine est-elle une réponse aux déserts médicaux?

Une ambiguïté subsiste quant à l'utilisation de la télémédecine dans les territoires ayant une basse densité en médecins, qualifiés de déserts médicaux. Cette vision est caricaturale. Elle suggère que cette offre numérique pourrait se substituer à la présence physique de médecins. Il n'en est rien. La cause de la désertification de certaines zones isolées par les médecins étant en grande partie du au phénomène d'urbanisation qui touche tous les pays développés ou en développement. La télémédecine peut apporter des réponses d'amélioration d'accès aux soins pour les populations isolées. Tout projet de télémédecine doit reposer sur un projet médical consensuel qui décrit les objectifs à atteindre et les usages professionnels auxquels devra répondre la technologie numérique. La télémédecine est une pratique légale en France depuis la loi HPST (21 juillet 2009) et réglementée depuis le décret d'application du 19 octobre 2010. Dans cette enquête, nous avons volontairement ciblée trois pratiques de la télémédecine : la téléconsultation, la télésurveillance et le téléconseil médical personnalisé. La téléconsultation est un acte médical à distance utilisant les TIC. Elle vient généralement en complément de consultations classiques en face à face, notamment dans le cadre du

suivi de patients atteints de maladie chronique. La télésurveillance médicale est la possibilité offerte aux patients atteints d'une maladie chronique de bénéficier d'une surveillance de certains indicateurs entre deux consultations en face à face afin de prévenir précocement d'éventuelles complications à l'origine d'hospitalisations. Le téléconseil médical personnalisé est la possibilité donnée à nos concitoyens d'avoir une information immédiate sur un problème de santé ou de bien-être, et d'être orienté dans un parcours de soins vers une consultation de soin primaire ou une venue aux urgences hospitalières. Il est évident que la télémédecine, par ses pratiques, peut contribuer à améliorer les difficultés d'accès aux soins dans les territoires avec une faible densité de médecins (île, montagne, zone rurale) à la condition que les infrastructures de réseau numérique soient compatibles avec ces pratiques de télémédecine. Malheureusement, encore trop souvent, ces zones isolées à basse densité médicale sont aussi des zones blanches pour le numérique. Il importe d'équiper ces régions avant de proposer un programme de télémédecine. Il est intéressant aussi de se pencher sur les raisons qui ont conduit au dépeuplement de ces régions et par voie de conséquence à la désertification de nombreux métiers, dont celui de médecin. Au dernier recensement effectué par le CNOM, la France n'a jamais eu autant de médecins inscrits auprès de l'organisme ordinal. Avec 334 médecins pour 100 000 habitants, la France a une densité moyenne parmi les plus élevées d'Europe. Il est par contre reconnu depuis de nombreuses années que la liberté d'installation pour les professionnels de santé en général (excepté les pharmaciens) a conduit à une répartition inégale de ces professionnels sur le territoire national, avec un gradient important entre le nord et le sud (ex : régions PACA et Picardie). Les zones géographiques ensoleillées sont plus attirantes pour les jeunes professionnels en particulier. C'est humain puisque l'installation est libre. Les 12 mesures

incitatives, annoncées par la Ministre le 13 décembre 2012 pour que des jeunes ou moins jeunes médecins aillent s'installer dans ces zones à faible densité médicale n'ont pas eu le succès attendu. La télémédecine était l'une de ces mesures, mais l'absence de financement des pratiques de télémédecine dans le secteur ambulatoire constitue un frein à ce développement pourtant souhaité par les pouvoirs publics. Pour autant, l'appétence des citoyens aux pratiques de télémédecine est intéressante à évaluer. C'est ce qu'a réalisé cette enquête auprès des adhérents d'Intériale Mutuelle. L'échantillon, constitué de 774 métropolitains et 230 habitants des DOM-TOM, bien que non représentatif de la population française mais s'en approchant, révèle un intérêt accru pour les pratiques de télémédecine. Cet intérêt est très nettement associé à la difficulté d'accéder à un médecin de soin primaire, intérêt renforcé d'ailleurs chez les personnes ultra-marines. L'ambition de son développement est donc partagée et montre que la télémédecine doit être intégrée au sein des territoires de santé.

### La pratique libérale de la télémédecine est-elle financée en France?

Ce questionnement peut être étrange quand on sait que la télémédecine est une priorité nationale voulue par les pouvoirs publics. Pourtant plus de quatre ans après cette décision politique, les acteurs de terrain, tels que les directeurs d'établissements hospitaliers ou professionnels de santé libéraux, affirment haut et fort qu'ils pratiquent aujourd'hui un acte de télémédecine « bénévolat », c'est-à-dire sans rémunération ciblée sur cette activité. Si on veut caricaturer cette situation, on dira qu'aujourd'hui la télémédecine serait comparable à l'investissement d'un ménage pour une magnifique voiture, sans avoir les moyens financiers de payer l'essence pour la faire rouler... Effectivement, il y eu plusieurs centaines de millions d'euros qui ont été débloqués par les pouvoirs



## Le dossier

**72 %**  
ont entendu  
parler de la  
télémédecine

**21 %**  
déclarent  
connaître le  
concept

**6,5 %**  
déclarent avoir  
eu recours à la  
télémédecine

publics depuis 2011, pour la santé numérique et plus particulièrement pour le déploiement de la télémédecine, ce financement étant distribué par les Agences Régionales de Santé (ARS), ayant en charge le Programme Régional de Télémédecine (PRT). À partir de 2012, les frais de fonctionnement des projets inscrits dans le PRT sont pris en charge par le Fond d'Intervention Régionale (FIR). En clair, pour que les médecins libéraux bénéficient d'une rémunération par les FIR, il faut que leur projet figure dans les PRT. L'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) prévoit qu'à partir du 1er Janvier 2014 et pour une période n'excédant pas quatre ans, que des expérimentations soient menées pour des patients pris en charge, d'une part, en ville et d'autre part, en structure médicosociale. L'exposé des motifs de cet article précisait que l'expérimentation, fondée sur un cahier des charges national défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité Sociale, porterait sur «des activités de télé-expertise, de téléconsultation et de télésurveillance et pourrait notamment s'appliquer au suivi des plaies chroniques ou aux consultations dans les structures médicosociales». Aujourd'hui, cette vision est remise en question et on s'orienterait vers un financement générique des actes de téléconsultation et de la téléexpertise. L'arrêté de la Ministre précisant les financements des trois pratiques de télémédecine ciblées par l'article 36 devrait être publié très prochainement. Plusieurs amendements avaient été déposés lors de la discussion au Parlement du LFSS 2014, dont celui du rapporteur pour l'Assurance maladie qui visait à ne pas restreindre l'expérimentation à « certains types d'actes de télémédecine au détriment des autres ». De même, un autre amendement visait à étendre le champ de l'expérimentation aux pharmaciens d'officine, et un dernier, adopté à

l'unanimité, prévoyait que le rapport sur l'évaluation de l'expérimentation réalisée par la HAS en vue de la généralisation, soit transmis au Parlement avant fin septembre 2016 pour être discuté dans le LFSS 2017. Cet objectif ne sera pas tenu et il faudra probablement attendre le LFSS 2018 ou 2019 pour que le Parlement prenne une décision sur le financement des pratiques de la télémédecine dans le secteur ambulatoire. A la fin 2015, la plupart des expérimentations n'étaient pas encore débutées dans les 9 régions pilotes choisies en mai 2014 (Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire, Picardie), notamment celles qui concernaient la télésurveillance des maladies chroniques. Faut-il vraiment rémunérer à l'acte toutes les pratiques de télémédecine alors que la prise en charge des maladies chroniques relève d'un parcours de santé ou de soins où plusieurs professionnels de santé interviennent ? Il s'agirait plutôt de financer au forfait un parcours de santé ou de soins personnalisés. Les énormes investissements financiers faits par les pouvoirs publics au cours des cinq dernières années pour développer la télémédecine en France vont-ils être enfin rentabilisés ? Ou allons-nous connaître une désillusion comme pour le DMP, dont l'utilité pourtant n'était contestée par personne ? Il est urgent que les professionnels de santé libéraux sachent comment leur activité professionnelle en télémédecine sera in fine financée lorsque les FIR arrêteront de le faire. Il serait souhaitable que ce point soit abordé dans les discussions actuelles de conventionnement pour les 5 prochaines années. On ne peut pas dire que la télémédecine libérale ne soit pas financée lorsque les projets sont inscrits dans les PRT, mais ils ne le sont pas tous ! Il est intéressant de relever que les 76% d'adhérents métropolitains ayant répondu à l'enquête collaborative du CRAPS, de

**Pascal Beubat**  
Président d'Intérieure Mutuelle



Une étude a été réalisée auprès de vos adhérents sur la télémédecine, quels en étaient les objectifs ?

La vocation d'une mutuelle comme la nôtre est d'aider à préserver le capital santé de nos adhérents. Ces adhérents sont au cœur de nos décisions et de nos évolutions. Nous les consultons régulièrement et ce qu'ils nous disent influe concrètement sur nos offres et sur les projets dans lesquels nous décidons d'investir. La télémédecine prend de plus en plus de place dans notre secteur et il était important de connaître le niveau de connaissance de nos adhérents sur ce sujet : à savoir, utilisent-ils ce type de médecine. Enfin il convient d'évaluer avec eux l'avenir de la télémédecine. Ils ont exprimé des attentes et des inquiétudes, à nous de savoir y répondre.

Justement, quels résultats retenez-vous ?

Savez-vous que la télémédecine regroupe la télésurveillance médicale à domicile, le téléconseil médical personnalisé et la téléconsultation ? Même si le mot de télémédecine est connu par nos adhérents, très peu sont capables spontanément de donner une définition. La pédagogie reste à faire.

Cette pédagogie sera d'autant plus facile que nos adhérents déclarent aussi avoir envie de mieux connaître la télémédecine dans l'objectif d'y avoir recours plus souvent, surtout lorsque l'on est en difficulté pour accéder à un médecin que soit pour des raisons médicales ou géographiques.

Parlez-nous de la politique d'innovation d'Intérieure ?

Notre démarche d'innovation date de plusieurs années et est marquée par des projets concrets, positifs et accessibles au plus grand nombre. C'est notre vocation. L'innovation doit sortir des laboratoires pour intégrer les foyers ou les lieux de travail de nos adhérents. De plus, nous pensons que notre rôle de mutuelle ne doit pas être que financier mais nous devons être un partenaire actif sur le fond des projets pour qu'ils répondent aux besoins de nos adhérents que nous connaissons.

Il y a le robot Kompaï pour l'assistance et le maintien à domicile. Un projet en partenariat avec l'hôpital Broca, l'association Robosoft et Intermutuelle-assistance. Ce robot véritable « accompagnateur du quotidien » pour les personnes âgées en perte d'autonomie permet de compenser certaines de leurs capacités fonctionnelles défaillantes, de lutter contre l'isolement en créant une présence, de sécuriser médicalement le maintien à domicile et de favoriser le contact avec le monde extérieur. Une expérimentation, inédite en France pour ce type de robot, a été réalisée chez des adhérents volontaires et a permis de valider l'acceptabilité d'un robot de maintien à domicile. Ainsi, lorsque ce robot sera produit de façon industrielle, nous souhaitons pouvoir en faire profiter nos adhérents les plus fragiles.

Nous sommes aux côtés de l'entreprise française H4D aussi et de leur cabine de consult station. Cette cabine, en expérimentation d'un an dans une de nos agences, permet de réaliser un bilan de santé de façon autonome et prochainement une consultation avec un médecin en visioconférence. Cette cabine et les consultations régulières qu'elle offre assurent la détection et le suivi des maladies chroniques, par exemple. •



## Le dossier

la SFT Antel et d'Intérieure Mutuelle, estiment que les mutuelles complémentaires doivent participer au développement de la télémédecine, en particulier en menant des expérimentations locales dans les déserts médicaux (pour 51,1%) et en créant des plateformes de téléconseil médical personnalisées dédiées à leurs adhérents (pour 36%), une source de financement à ne pas négliger. Incontestablement la télémédecine a un développement dynamique. Il y a donc urgence à clarifier cette question pour que les acteurs de terrain libéraux, motivés par la pratique de la télémédecine, continuent de s'intéresser à cette pratique de la médecine du XXIème siècle. Il ne peut être question de revenir en arrière !

### Quelle appétence des citoyens pour la télémédecine ?

L'enquête réalisée auprès des adhérents de la Mutuelle Intérieure visait 4 objectifs, situer le niveau de connaissance spontané des répondants sur le sujet de la télémédecine, mesurer le taux de recours à la médecine d'urgence, recueillir les perceptions des besoins de télémédecine et enfin évaluer la vision de l'utilisation de la télémédecine à l'avenir. En résumé, l'impact d'une information sur cette nouvelle pratique médicale est plus fort chez les personnes retraitées dont certaines sont déjà atteintes de maladies chroniques (elles appellent plus souvent le centre 15). L'intérêt des sondés pour la télémédecine est très nettement associé aux difficultés d'accéder à un médecin de soin primaire (manque de disponibilité ou difficulté géographique), notamment dans les DOM-TOM où le taux d'intérêt est plus élevé (73%). Parmi les trois pratiques de télémédecine, c'est la télésurveillance qui plébiscite le plus de suffrages. Cela traduit un besoin d'être mieux suivi entre deux consultations habituelles. Pour les trois pratiques associées à l'enquête, les deux motivations principales sont le gain de temps et la limitation des déplacements. Pour les personnes interrogées, une troisième

motivation consiste à être rassurée via le téléconseil médical. Cependant des freins et des craintes sont également à prendre en compte ; en effet les usagers s'inquiètent de la perte de contact direct avec le médecin, d'un dossier incomplet, ou encore d'insuffisances techniques. Ils démontrent ainsi qu'ils tiennent à une qualité de la pratique médicale. Enfin, les personnes isolées ou vulnérables ne souhaitent pas être stigmatisées et veulent que la télémédecine s'adresse à tous dans le but d'améliorer l'accès aux soins. Globalement, 72% des adhérents de la Mutuelle Intérieure ont entendu parler de télémédecine mais seulement 21% déclarent connaître le concept en profondeur. Seulement 3,5% et 6,5% des répondants avaient déjà eu recours aux pratiques de télémédecine. Au-delà d'une appétence particulière des assurés sociaux, c'est bien d'un enjeu national qu'il s'agit, d'une restructuration de l'offre de soins et d'une prévention active quant à l'utilisation de ce système de santé ; en effet 40 à 42% des personnes interrogées revendiquent avoir appelé au moins une fois le centre 15 et 40% se sont présentés au moins une fois aux urgences donnant pour raison principale la difficulté récurrente de ne pas avoir accès à un médecin de soins primaires. Depuis 2003, lorsque la médecine générale est devenue une spécialité à part entière, les médecins de soins primaires ont organisé leur exercice comme celui d'un médecin spécialiste traditionnel, c'est-à-dire en consultations programmées. Les demandes de soins « non programmés » étaient adressées aux urgences hospitalières, chargées par l'Assurance Maladie d'assurer la réponse à ces demandes de soins primaires. Les médecins ne devaient plus se déplacer au domicile des patients, comme avant 2003, l'Assurance maladie prenant en charge financièrement ces patients aux urgences, sur la base d'un tarif de consultation (23 euros/passage). Il s'en est suivi des coûts réels exorbitants (250 à 400 euros/passage) révélés par la Cour des Comptes dès 2007 et des hospitalisations évitables (17%, soit 3 milliards d'euros) révélées par l'Assurance maladie en 2010. D'où la réflexion conduite par les pouvoirs publics d'une nouvelle organisation des soins à domicile qui permettrait de réduire

la venue aux urgences et les hospitalisations évitables. La télésurveillance à domicile de ces patients pouvant être une des solutions. Il y avait également un constat médical. Un patient atteint d'une ou de plusieurs maladies chroniques accumule des pertes de chance lorsque surviennent des complications et des hospitalisations. Si le décret de télémédecine de 2010 a facilité le déploiement du programme national prioritaire de 2011, force est de constater que le développement de la santé en ligne avec les objets connectés et les applications mobiles de santé conduit à de nouvelles pratiques professionnelles auxquelles le décret de 2010 devra s'adapter, ainsi que le code de déontologie médicale.

### Quelles sont en 2016 les principales manifestations de l'ubérisation de la santé, quel avenir pour la télémédecine ?

Le téléconseil médical personnalisé est une demande d'avis médical que la population veut obtenir immédiatement lorsqu'un problème de santé, bénin ou non, se présente. Cette évolution comportementale de la société s'est traduite au cours des dix dernières années par une progression annuelle de 5% des appels au centre 15. On estime aujourd'hui que plus de 50% des 31 millions d'appels au Centre 15 relèvent d'un téléconseil médical personnalisé. Ce n'est pas la mission première du SAMU centre 15 qui doit initialement répondre aux urgences vitales. D'où l'intérêt que portent aujourd'hui certains assureurs et complémentaires santé d'offrir à leurs adhérents ce service qui les rassurera ou qui les orientera vers une consultation médicale ou vers les urgences hospitalières. C'est le modèle Medgate ou Medi24 de la Suisse, mis en place depuis 15 ans, qui a montré qu'on pouvait mieux utiliser les ressources médicales et les structures hospitalières. Le téléconseil médical personnalisé ne doit pas être confondu avec une téléconsultation dont il ne peut être une forme dégradée. Cette demande d'un téléconseil personnalisé pourrait correspondre au besoin d'une première étape de débrouillage d'un problème d'entrer dans un parcours proprement dit. L'offre, pour cette première étape,

de santé ou de soin, avant d'entrer dans un parcours proprement dit. L'offre, pour cette première étape, pourrait être portée par les organismes assureurs en santé. Le deuxième avis médical correspond également à une demande sociétale non satisfaite par les pratiques médicales actuelles, alors que le deuxième avis médical correspond à un besoin de la profession médicale. Il est de plus une obligation déontologique. Lorsque le modèle économique est porté par une société intermédiaire, il y a un risque de commercialisation de la pratique médicale, interdite par le code déontologique. Certaines organisations d'un 2ème avis se sont appuyées sur une offre portée par les établissements de santé, publics ou privés, ce qui permet de prévenir le risque de commercialisation de l'exercice médical. Le principal sujet des années à venir sera de décider de l'usage des objets connectés et des applications mobiles de santé, s'ils relèvent de la santé ou alors du bien-être. Certains devront être intégrés à l'exercice médical, notamment dans le suivi et l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. La question aujourd'hui est de savoir lesquels de ces objets ou applications devront devenir des dispositifs médicaux pour être inclus dans le financement d'un parcours de soins. L'année 2016 devrait être déterminante pour avancer sur cette question. Enfin, il y a la révolution dans la gestion des données de santé, notamment celles de notre génome, qui contribuera à développer une intelligence artificielle médicale qui aidera le médecin à mieux connaître et gérer une médecine de plus en plus complexe. La santé connectée pour tous ouvre l'ère de la médecine du XXIème siècle qui se veut être « 5P ». Cette nouvelle médecine en ligne, plus participative et personnalisée, donne des pouvoirs et des devoirs aux personnes malades pour qu'elles deviennent des « e-patients », c'est-à-dire des acteurs dans le suivi de leur santé ou de leur maladie, des acteurs dans les progrès de la recherche médicale et des évaluateurs de cette nouvelle médecine 5P. Contrairement à ce que certains pourraient penser, le développement de la santé connectée ne fera pas disparaître la télémédecine clinique. Elle viendra la compléter et l'enrichir. •

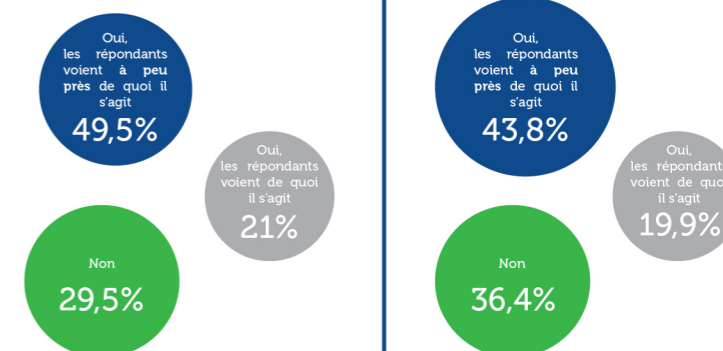
Pierre Simon

## Les chiffres de l'enquête

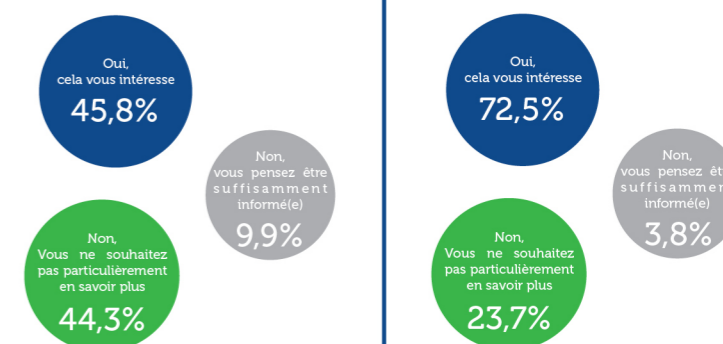
Métropole

DOM-TOM

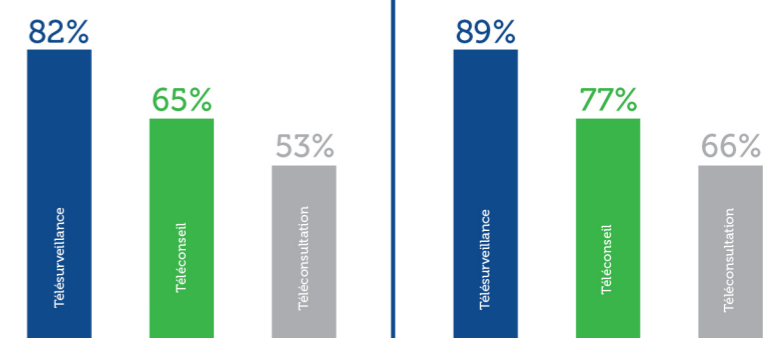
### La connaissance du terme «télémédecine»



### Appétence pour des informations sur la télémédecine



### Intention de recours aux 3 formes de télémédecine



Cliquez sur la photo pour avoir accès à l'intégralité de l'enquête



## Le dossier

**Dr Franck Baudino**  
Président Directeur Général d'H4D



Votre cabine de téléconsultation permet à qui veut de réaliser un bilan de santé sans rencontrer physiquement son médecin. À qui s'adresse-t-elle et quels services rend-elle ?

Tout d'abord, je souhaiterais indiquer qu'il n'y a pas de télémédecine sans médecin. Ce serait illusoire de penser le contraire. Une consultation seule peut avoir du sens à titre préventif mais doit s'inscrire dans un parcours de soins. La cabine est un outil magnifique au service du patient, s'incluant dans un parcours dont le médecin est l'acteur central. Elle a deux fonctionnalités majeures, l'une de mesurage, vous permettant de réaliser un check-up complet dont les données a posteriori seront analysées par un médecin, l'autre fonctionnalité est une téléconsultation, c'est-à-dire que le patient est en direct avec un médecin. Lors de cette consultation on peut réaliser jusqu'à 85% des actes faits dans un cabinet médical classique. Qu'elle soit généraliste ou spécialiste cette consultation a pour but d'orienter le patient. L'idée fondatrice de cette cabine m'est venue en exerçant ma profession de médecin. Je cherchais un moyen d'aider mes patients -situés dans des territoires sous-médicalisés- en améliorant leur suivi en terme de dépistage et de prévention. A terme, je souhaiterais que cette cabine permette à mes confrères qui pratiquent dans des milieux isolés, de leur apporter un soutien médical et organisationnel pour le soir et les week-end. Néanmoins, je souhaite qu'elle puisse s'adresser à tout le monde où du moins à tous ceux qui en ont besoin.

On observe lors de la parution de l'Atlas 2015 de la démographie médicale en France, que les déserts médicaux progressent inexorablement. Avez-vous l'ambition avec votre cabine d'éradiquer cette problématique ?

Notre priorité se situe sur les territoires où il n'y a plus de médecins ou des médecins « seniors » qui continuent de manière admirable à exercer. Cette cabine pourrait dès lors apporter un soulagement professionnel le soir et les week-end. La cabine prend toute sa place dans des espaces facilement identifiables, comme une caserne de pompiers ou une mairie. Un désert médical ou un environnement propice à l'installation d'une cabine de téléconsultation est idéal pour permettre un parcours de soins préalablement validé par les instances administratives. On informe alors par la suite les médecins locaux que les parcours

de soins ont été définitivement acceptés par l'Agence Régionale de Santé (ARS). C'est une véritable organisation que nous proposons autour de cette cabine, entre autres, avec les médecins du SAMU et les groupements de médecins locaux qui peuvent réaliser des urgences.

La télémédecine connaît depuis son origine des difficultés à créer son mode de financement, pourriez-vous nous décrire votre modèle économique?

Pour pouvoir utiliser ce dispositif, nous fonctionnons sous la forme d'un abonnement. Le prix de base locatif est fixé à 1 500 euros par mois, comprenant l'entretien et les consommables etc... Ensuite, la prise en charge des coûts supplémentaires varient en fonction des parcours de soins que nous mettons en place. Pour les téléconsultations médicales, c'est le cadre de l'expérimentation qui définira les moyens de paiements. Aujourd'hui, le financement, qui est le plus reconnu, est porté par les ARS à travers les programmes FIR (Fond d'Intervention Régional). L'objectif est pour nous de s'intégrer dans un éco-système dans le cadre de procédures professionnelles. Il ne s'agit pas de rembourser des actes inutiles, nous militerons avec des acteurs qui respectent les règles du jeu et dans un cadre déontologique afin de pouvoir obtenir un remboursement des actes de télémédecine. Nous savons déjà que nous pouvons mettre à disposition des professionnels et des patients un instrument performant et un éco-système professionnel viable avec un mode de régulation en amont qui feraient que le remboursement de la consultation par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie serait, je l'espère et nous y sommes très attentifs, envisageable en associant les médecins du territoire en intégrant bien entendu un mode de régulation. Je crois que les tarifs de la téléconsultation doivent respecter la valeur de l'acte médical classique et nous devons donc considérer que l'utilisation d'une télécabine est similaire à une consultation réalisée dans un cabinet.

Un nombre important de pays en voie de développement essuie cette même précarité démographique, avez-vous pour ambition d'exporter cet outil sur d'autres continents?

Nous sommes très attentifs à ce qu'il se passe sur les autres continents. Notre première expérimentation a été réalisée au Gabon et mise au point avec des moyens de communication à faible débit et dans des conditions d'apport énergétique très particulières. Via cette expérience, on estime que l'on sait déjà répondre à ces types de problématiques présentes dans les pays en voie de développement et notre savoir-faire est déjà reconnu puisque nous commençons des implantations en Amérique du Nord et dans d'autres pays. Même si je pense que les modèles de remboursements et de financements dans certains pays ne sont pas optimum pour implanter cet outil, je ne cesse de croire que la télémédecine est source d'innovations pour les modèles de protection sociale de chaque pays. Pour conclure, je dirais qu'il y a une vraie expertise française sur ce domaine, que la médecine est encore un des fers de lance que l'on peut avoir en France, aussi bien en terme pratique, qu'en terme d'image. Ce que je souhaite avant tout, c'est que la télémédecine bénéficie de ce savoir-faire aussi bien en France qu'à l'étranger. On a clairement une carte à jouer en associant plusieurs acteurs pour créer une filière de télémédecine qui puisse s'exporter internationalement. •



## Le fait historique

# Il y a 70 ans, les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 sur la création de la Sécurité sociale.

Le 70<sup>e</sup> anniversaire des ordonnances d'octobre 1945, fondatrices de la Sécurité sociale, sont cette année l'objet d'un séminaire de recherche organisé par la Fondation Charles de Gaulle, qui vise à réfléchir sur l'apport du gaullisme au modèle français de protection sociale. En effet, alors que ces ordonnances sont aujourd'hui entrées dans le patrimoine commun et sont fréquemment présentées comme l'une des clés de la « refondation de 1945 », plusieurs questions se posent aux historiens. La première concerne le cycle historique dans lequel cette réforme s'inscrit : s'agit-il de la prolongation d'un cycle long, ouvert avec les lois de 1928 et 1930 sur les assurances sociales ? S'agit-il au contraire d'un moment de refondation lié au contexte de la Libération, et du consensus national qui prédomine alors de manière fugace ?

L'avancée de 1945 s'inscrit d'abord dans un contexte national et international particulièrement favorable. Un contexte national, d'abord, puisque le programme du Conseil national de la Résistance du 15 mars 1944 fait figurer parmi ses priorités « un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'Etat ». Autour de ce rôle commun, il est à noter que la plupart des familles politiques consentent un effort par rapport à leur conception initiale pour parvenir au compromis d'octobre 1945. Un contexte international, ensuite, autour des trois pôles que sont l'Amérique rooseveltienne (le premier Social Security Act date de 1935), le Royaume-Uni de Beveridge et le Bureau International du Travail répliqué de Suisse à Montréal pour bien signifier, au cœur de la guerre, le lien étroit existant entre le régime démocratique et la protection sociale. Cet ensemble d'influences se cristallise dans l'entourage du ministre gaulliste Alexandre Parodi et inspire l'un des principaux rédacteurs des ordonnances définissant le

système français, le directeur des Assurances sociales Pierre Laroque. Pour ces réformateurs, la Sécurité sociale suppose de dépasser la division traditionnelle entre les logiques d'assurance et d'assistance au profit d'une protection globale, qui serait à la fois un approfondissement et une intégration de ces deux notions. Elle suppose également la démocratie sociale, c'est-à-dire la participation personnelle et collective des assurés dans la gestion de la nouvelle institution.

Pourtant, le schéma finalement retenu par les ordonnances et les lois qui les prolongent ne ressemblent pas à cette architecture idéale. D'abord parce que la Sécurité sociale ne naît pas de rien mais prolonge un système d'assurances sociales issu pour l'essentiel de l'entre-deux-guerres (loi de 1928-1930 pour la maladie et la vieillesse, décret-loi de 1938 pour la famille). Les réformes intervenues en 1945 se contentent d'augmenter les prestations, de supprimer le plafond qui excluait les salariés les plus aisés du système, d'unifier les différentes caisses et de rompre avec le principe de liberté d'affiliation. Cette remise en ordre administrative s'accompagne d'une promesse de généralisation qui ne sera mise en œuvre que progressivement et dans un cadre qui sera loin d'être unitaire. Surtout, les ordonnances de 1945 sont le fruit d'une série de compromis avec des organisations ou forces sociales très réservées vis-à-vis de la nouvelle institution. Parmi celles-ci, on peut citer les mutuelles que l'extension de la Sécurité sociale et son unification priveraient de leurs missions traditionnelles, le monde de la médecine privée, soucieux de préserver un mode d'exercice libéral défini dès la fin des années 1920 (« Charte de la médecine libérale » de 1927), ou encore les bénéficiaires de régimes spéciaux, mineurs et cheminots par exemple.

Le gouvernement du général de Gaulle (1944-1946) a donc joué un rôle important dans la définition des équilibres sociaux et institutionnels sans lesquels la Sécurité sociale n'aurait pas vu le jour. Au-delà du « moment » 1945 se

manifeste un certain nombre de tropismes (attachement à l'équilibre financier, intérêt particulier pour la branche famille, paritarisme) qui structureront l'action du pouvoir gaulliste après 1958. •

**Frédéric Tristram, Maître de conférences à l'Université Paris I-Panthéon Sorbonne.**  
**Frédéric Fogacci, Directeur des Etudes et de la Recherche, Fondation Charles de Gaulle.**







## Hector Streby et Vlad Tsepesh

### L'Assurance chômage : ni vache à lait, ni vache sacrée



La négociation de la nouvelle convention d'Assurance chômage se terminera en juin prochain. L'enjeu est capital. Au-delà des modalités d'indemnisation des demandeurs d'emploi, c'est un système agonisant, étouffé par son propre endettement qui doit se régénérer. Alors que la Ministre du travail s'enferme dans une vision comptable et à court terme en prônant d'emblée une dégressivité de l'indemnisation comme seule solution, le système qui a toujours su relever les défis économiques jusqu'à effacer la frontière entre dépenses passives et dépenses actives dans un souci d'efficience, doit se muer impérativement en pivot de la sécurisation des parcours professionnels. Il ne s'agit plus à l'évidence de la recherche d'un

énième ajustement pour une réforme cosmétique mais d'une indispensable refondation. Faute de quoi, ce qui a été le formidable amortisseur social des « Trente Piteuses » sombrera corps et âmes. Courage politique, audace conceptuelle, voilà ce dont a grand besoin cette pièce maîtresse du Service Public de l'Emploi. L'iceberg se rapproche, l'orchestre est prêt à jouer... Il est encore temps de donner l'ultime coup de barre. Au prix d'une lucidité déchirante !

A peine évoquée lors des Etats Généraux de la Renaissance Française de juillet 1945, réunis sous l'égide du CNR, l'Assurance chômage, en tant que couverture d'un nouveau risque ne verra le jour qu'en 1958 alors que rien n'en faisait politiquement obligation puisque le chômage à cette époque était circonscrit à moins de 200 000 individus.

C'est dans les années 70, avec le premier choc pétrolier et les premières vagues de licenciement que l'Assurance chômage s'est imposée dans le paysage social français, alors que les politiques choisissaient par facilité pour ne pas dire lâcheté la solution du chômage de masse. Dès lors, l'Assurance chômage d'excédentaire structurellement allait devenir déficitaire au rythme des politiques industrielles désastreuses menées depuis bientôt près de quarante ans, accompagnées par un optimisme béat, une responsabilité coupable s'apparentant à un mensonge d'Etat... Dès 1976 « nous étions au bout du tunnel » ! Dès lors, les Assedic, réseau opérationnel de l'Assurance chômage, allaient devenir l'instrument efficace et anesthésiant d'une paix sociale coûteuse et inégalitaire, car seul un demandeur d'emploi sur deux est couvert par l'Assurance chômage.

Mais comme un malheur ne vient jamais seul, au-delà des politiques inadaptées, aveugles et destructrices d'emploi, l'Assurance chômage n'a cessé d'être pillée, ses fonds détournés de leur véritable objet.

D'abord par le patronat, chantre en toute circonstance de l'effet d'aubaine ! Très tôt, dès les années 80, sensibilisés au chômage des seniors, les partenaires sociaux ont conçu des systèmes d'indemnisation spécifiques s'appliquant au plus de 50 ans. A ce jour, ils bénéficient de 36 mois d'indemnisation leur permettant autant que faire se peut pour la plupart d'entre eux de passer naturellement du « statut de chômeur » à celui de « retraité ». Et pendant deux décennies, la dispense de recherche d'emploi a facilité cette transition en douceur qui permettait au patronat de renouveler à peu de frais les cadres de l'Entreprise. Licencier les plus âgés sécurisés par ce système et embaucher à leur place des plus jeunes, plus dynamiques, mieux formés et moins rémunérés... C'est ainsi qu'une couverture sociale, légitimement conçue pour les salariés les plus âgés, cumulant nombre d'handicaps au regard des exigences du marché du travail, a permis au patronat de restructurer à bas prix sa pyramide des âges. Dans le même esprit, la multiplication des embauches en CDD, à ce jour à hauteur de 75% des embauches et son corollaire, le renouvellement rapide des contrats courts, c'est-à-dire la flexibilité « sauvage » de l'emploi détériore les finances de l'Unédic : les cotisations sociales prélevées sur un CDD ne couvrent pas les montants versés au titre de l'indemnisation une fois que le salarié précaire se retrouve au chômage... Ensuite, par les pouvoirs publics faisant financer

certaines de leurs politiques par l'Assurance chômage. Il en est ainsi de la politique culturelle sanctuarisée à travers le concept d'exception... culturelle. Il en est ainsi du régime des intermittents du spectacle, régime particulier qui répond certes à l'intermittence de l'activité dans le spectacle vivant mais dérogeant du régime général de l'Assurance chômage et à la fois constitutif et conséquence de l'exception culturelle française. Jusqu'en 2003, il était possible de travailler 3 mois par an et d'être indemnisé le reste du temps et pendant plusieurs années ! Ce n'était plus une assurance mais un statut ! Et toutes les entreprises publiques ou privées du spectacle bénéficiaient d'un bon moyen pour éviter de recruter des effectifs permanents et utiliser une main d'œuvre temporaire mais régulière financée par l'Assurance chômage. Quand bien même la réforme de 2003 et les aménagements de la convention de 2014 ont permis d'éviter le renouvellement automatique annuel, de limiter les effectifs à leur niveau de 2002 et de figer le déficit au milliard d'€, il n'en demeure pas moins vrai que ce régime particulier conçu pour 100 000 personnes affichant un déficit d'un milliard d'€ soit financé par les seuls salariés et employeurs du secteur privé. Professions libérales et indépendantes, fonctionnaires ou parlementaires ne cotisent en rien au système qui leur permet pourtant de bénéficier de spectacles vivants !

Enfin par le Service Public de l'Emploi lui-même ! Avec la loi de février 2008 portant réforme du Service Public de l'Emploi et création de Pôle emploi. Au-delà de tous constats et de toutes critiques, Pôle emploi, l'opérateur central à défaut d'être l'unique du Service public de l'Emploi représente un désengagement financier de l'Etat. En effet, aux 100% de financement de l'ex-ANPE par l'Etat, celui-ci ne subvient désormais qu'à un peu plus de 28% du budget de fonctionnement du nouvel opérateur laissant l'Unédic le soin de financer ce même budget à hauteur de 63%, étant entendu que cette contribution est au moins égale à 10% des contributions encaissées annuellement au titre de l'Assurance chômage ! Ainsi, pour l'exercice 2015, l'Assurance chômage a financé à hauteur de 3,2 milliards d'€ le budget de fonctionnement de Pôle emploi... et accusé un déficit de 4 milliards d'€ !

L'assurance chômage a désormais vocation à jouer un rôle structurant sur le champ de la sécurisation des parcours professionnels.

A cette fin, il est indispensable de refonder le paritarisme, gravement mis à mal sous la présidence de Nicolas Sarkozy par une vision plus jacobine que libérale. Le paritarisme doit redevenir l'expression vivante de la démocratie sociale au sein du monde de l'Entreprise, ce qui ne peut se faire qu'en rendant obligatoire l'adhésion à une organisation syndicale : un pays démocratique ne peut pas continuer à accepter que seuls 8% des salariés soient représentés, les 92% restant cantonnés dans un terrain vague institutionnel. En termes de financement, il apparaît comme une évidence que les employeurs privés et les 3 fonctions publiques doivent cotiser à l'Assurance chômage, au titre de la solidarité nationale, de façon à augmenter le taux de prise en charge et garantir la viabilité du système sans recourir à la garantie de l'Etat, lequel a suffisamment de déficits à gérer. En termes de doctrine d'emploi, l'Assurance chômage doit clairement articuler le triptyque indemnisation/formation professionnelle/retour à l'emploi. On pourrait imaginer la mise en œuvre d'une assurance emploi-formation, avec possibilité de l'activer avant un licenciement ou une fin de contrat : l'anticipation est souvent un facteur déterminant pour le retour à l'emploi. Ce type d'assurance devrait s'articuler avec les OPCA qui depuis 2015 interviennent au bénéfice des actifs en emploi et des actifs sans emploi.

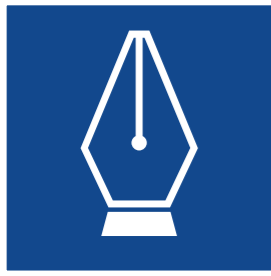
Enfin, ce type d'assurance devrait financer de manière élevée la mobilité géographique des demandeurs d'emploi en France, mais également à l'étranger, où les compétences françaises sont reconnues et recherchées dans de nombreux pays. C'est un axe de réflexion qui pourrait être étudié avec l'Union des Français de l'Etranger. •

Courage politique, audace conceptuelle, voilà ce dont a grand besoin cette pièce maîtresse du Service Public de l'Emploi



La flexibilité «sauvage» de l'emploi détériore les finances de l'Unédic





# La tribune

**Guillaume Hannoun - Architecte - Gérant de Moon Architectures**

**MIEUX CONSTRUIRE POUR MIEUX PROTÉGER**

Mieux construire, mais pour qui ? D'abord, pour celui qui produit la construction. Il est le premier maillon de la chaîne, chronologiquement et souvent le dernier au niveau de la protection.

Le secteur du bâtiment et des travaux publics, avec 8,6 % de la masse salariale du régime général, est l'un des plus importants de l'économie française. Pourtant, avec plus de 18 % des accidents avec arrêt de travail et près de 30 % des décès, il reste un secteur à risque élevé, bien supérieur à ce qui se passe dans les autres secteurs. A titre d'exemple, pour la région Nord Picardie, les accidents du travail et les maladies professionnelles représentaient en 2013 un coût de 539 millions d'euros tous secteurs confondus. Pour le seul secteur BTP dans cette même région, avec seulement 8,3% des salariés cela représente déjà plus de 100 millions d'euros... Et l'on ne parle pas du coût humain, impossible à quantifier. Améliorer les conditions de production du logement reste donc un objectif majeur pour améliorer les conditions de production dans l'ensemble de la filière. Ensuite, bien entendu pour l'utilisateur. Celui qui habite ou vit simplement dans la construction mais aussi, de façon plus globale pour l'environnement. Pour l'utilisateur, la demande est criante : selon l'OFCE, pour les personnes mal logées, le surpeuplement, l'humidité, le bruit augmentent chacun de 40% le risque pour une personne de se déclarer en mauvaise santé. Ce pourcentage atteint 50% pour les personnes en situation de précarité énergétique (dixit la fondation abbé Pierre).

Mieux construire, c'est donc améliorer autant la qualité de vie que la santé. À l'échelle de l'environnement, cela passe par le fait d'améliorer le processus de construction et l'usage de matériaux pour moins consommer. Cela passe notamment par la réduction de l'empreinte carbone, que ce soit pendant la mise en oeuvre du bâtiment, ou pendant sa durée de vie.

Enfin, mieux construire, c'est accélérer la rénovation urbaine et permettre de renouveler l'offre pour apporter une protection à plus de personnes. Comme le disait Le Corbusier, le logis, c'est le temple de la famille. Sans logis, il n'est pas possible de s'intégrer dans nos sociétés. Pour travailler, il faut une adresse. Pour ouvrir un compte, il faut une adresse. Pour toucher des allocations, il faut une adresse : c'est la base indispensable. Nourrie de ces réflexions est née l'envie de trouver une façon de mieux construire. L'idée de base est simple : plutôt que d'amener sur un chantier, les matériaux, les hommes et les outils pour la construction, nous proposons de procéder autrement. La construction se fait dans un atelier, à l'abri, au sec et le chantier se limite en un assemblage de pièces préfabriquées, comme un Légo, façon plug & play.

Le travail sur place se limite au strict minimum, les fondations et le branchement des éléments préfabriqués. Cette innovation, nous l'avons baptisée POP'UP. Cela consiste à produire des éléments de construction en structure bois, pré-assemblés en atelier, entièrement équipés. Il ne s'agit pas d'une production complètement industrialisée non plus où la dimension du bâtiment serait définie par le standard dimensionnel de l'industrie. A contrario, POP'UP s'adapte, sur de petites séries, à partir de 10 unités. Ainsi, POP'UP offre de meilleures conditions pour ceux qui produisent le bâtiment. En travaillant dans un atelier, au sec, avec de meilleurs équipements, les ouvriers travaillent mieux et en prenant moins de risques que sur un chantier traditionnel. En travaillant mieux, avec de meilleurs outils, les constructions ainsi réalisées sont de meilleure qualité. Les assemblages sont mieux réalisés, les contrôles plus efficaces et au final, cela profite à celui qui habite. De plus, le bois, de part sa qualité naturellement isolante, permet de réduire l'épaisseur des murs en isolant mieux. Le bâtiment ainsi conçu, en étant plus efficace, offre plus d'espace de vie pour

la même emprise. Ces qualités profitent aussi à l'ensemble de l'environnement, car en étant plus efficace, mieux isolée et conçue avec des matériaux sains, renouvelables, la construction respecte mieux son environnement. De plus, l'environnement profite aussi de la capacité naturelle du bois à stocker du carbone, ce qui en fait un excellent matériau pour produire des bâtiments à l'empreinte carbone réduite, voire positive.

Enfin, comme la plus grande partie du chantier se déroule dans l'atelier, POP'UP profite aussi aux riverains en limitant les nuisances liées à un chantier traditionnel.

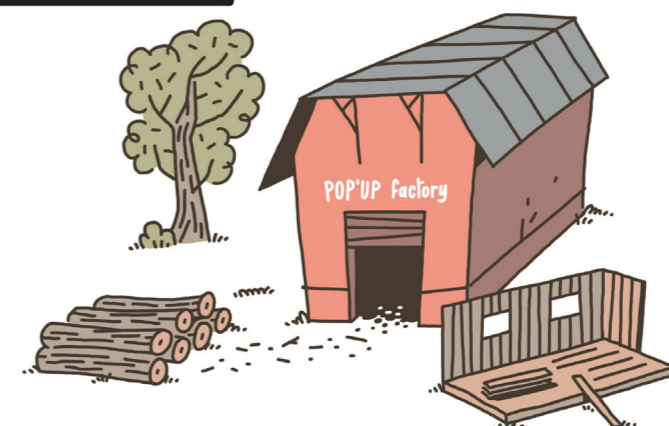
Durable, économique et écologique, POP'UP se veut une nouvelle manière de construire, en protégeant mieux, de l'ouvrier à l'utilisateur et plus globalement à l'échelle de l'environnement. Alors qu'attendons-nous ? Comme le disait l'abbé Pierre, "il ne faut pas attendre d'être parfait pour commencer quelque chose de bien". •



## COMMENT ÇA MARCHE ?

Une solution de qualité, confortable, mobile, adaptable, transformable, empilable, modulable, démontable...

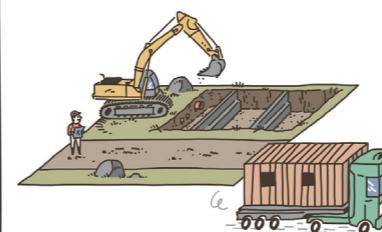
### FABRICATION EN ATELIER



### TRANSPORT SUR SITE...



### PRÉPARATION DU TERRAIN



### MISE EN ŒUVRE





## La tribune

Jean-Paul Ségade - **Vice-Président du CRAPS,**  
**Conseiller Général des Etablissements de Santé**

### Le manager hospitalier et les TIC

Comme toute organisation humaine, l'hôpital se réorganise de par les évolutions de la demande (vieillesse de la population, émergence des maladies chroniques, prises en charge plus globales et concertées...). Le progrès médical avec ses hauts plateaux techniques, la spécialisation des métiers de santé, et le développement de l'ambulatoire font évoluer les hôpitaux, parfois plus vite que l'évolution de la réglementation. Il est un facteur de production qui touche toutes les composantes de la fonction de production hospitalière, ce sont les technologies de l'information (TIC). Elles concernent à la fois les quatre activités majeures hospitalières que sont l'administration, la fonction logistique et technique, la fonction médico-technique et la fonction clinique mais également les collaborations entre les acteurs de santé.

Mon propos n'envisage pas de retracer l'ensemble des incidences mais à partir de quelques exemples, de tirer les leçons d'une évolution qui nous pousse à nous réorganiser. De manière interne les TIC apportent des modifications substantielles dans chaque composante hospitalière :

- La fonction administrative est révélatrice d'une évolution qui devrait nous conduire à modifier notre politique de recrutement. Les secrétaires médicales qui représentent près de la moitié du personnel administratif continuent d'être recrutées sur une base de bac F8 alors que la dictée vocale, les compétences accrues en bureautique des médecins et soignants vont modifier leur travail. On ne devrait plus titulariser pour 40 ans des agents administratifs dont on entrevoit les profondes modifications de leur travail.

- Pour la fonction logistique et technique, l'informatique intégrée dans la surveillance et le dépannage des équipements modifient leurs organisations et notamment ouvrent la voie à des plateaux communs à plusieurs établissements avec à la fois une

concentration et spécialisation des tâches. Les ARS devraient exiger des GHT et donc des établissements, comme ils le font dans les projets médicaux, des projets logistiques et techniques de territoire.

- Cette remarque touche les plateaux techniques de biologie et de radiologie confrontés actuellement à un problème de démographie médicale. Sait-on à l'APH de Paris, perdue dans ses querelles de sites hospitaliers, que les hôpitaux de Berlin disposent d'un plateau unique de biologie ?

- La fonction clinique est également concernée et l'excellent ouvrage de Guy Vallencien<sup>1</sup> donne tous les éléments d'analyse. Mon propos portera sur la réponse à cette question suivante : les TIC ne sont-ils pas les moyens de sauvegarder l'existence de plateaux techniques plus petits sous réserve d'être coordonnés avec des équipes médicales en réseau ? Dans un premier temps, l'évolution du progrès technique médical avait réduit l'intérêt des petits plateaux techniques, les TIC viennent donner une nouvelle jeunesse et dynamique, à ces plateaux techniques manquant de compétences. Les TIC apportent une réponse afin de conserver une équipe, un plateau technique (pas un service) de radiologie dans un hôpital local assurant une interprétation par des radiologues du CH voisin. Les TIC permettent de relier les services médicaux d'un CH avec les spécialités médicales du CHU de référence...

Le progrès technique est à la fois destructeur des anciens modes d'organisation mais également constructeur de nouveaux modèles sous réserve de ne pas garder les anciens paradigmes. Les TIC et leur implication dans la fonction de production hospitalière sont-elles vraiment perçues ? Le rôle du directeur d'hôpital est d'analyser cette évolution, de l'anticiper dans ses incidences organisationnelles et d'accompagner les médecins dans cette mutation schumpetérienne que connaît l'hôpital public.

Le progrès technique et plus spécialement les TIC, offrent autant d'opportunités nouvelles que de contraintes supplémentaires.

L'histoire de nos hôpitaux est entrée dans une nouvelle phase de développement marqué par un double mouvement : une accélération du progrès technique combinée à une complexité sans précédent de la combinaison des facteurs de production de par les TIC. Les innovations sont à la science ce que sont les événements à l'histoire et le progrès technique à la production de biens. Il est des inventions techniques d'importance capitale parce qu'elles sont la traduction extérieure de mouvements profonds durables qui accélèrent un mouvement jusqu'alors peu perceptible ou qui concrétisent une évolution qui a démarré, mais attendaient cette technique pour s'affirmer. Cette innovation peut heurter et s'opposer aux sentiments ou aux croyances d'une époque révolue, à ce titre le manager paraît comme le porteur d'une mauvaise nouvelle alors qu'il indique un sens à l'évolution d'une organisation en manque de devenir.

L'histoire triomphe toujours car elle va de l'avant poussée par le désir des hommes et l'évolution des techniques qui rejette en arrière comme des coquilles vides les anciennes techniques devenues désuètes ou les organisations dépassées •

<sup>1</sup> La médecine sans médecin ? / collection le débat, Gallimard, paru le 24/04/2015





## 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

### Nos partenaires :



## Contact

### Fabien Brisard

Délégué Général du CRAPS  
68 rue de Nantes, 53000 Laval  
02 43 37 17 61 / 06 37 55 89 59  
f.brisard@association-craps.fr



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



Le dictionnaire passionné « **La Protection Sociale en 500 mots** » est toujours disponible dans les points de vente FNAC, AMAZON, grandes librairies ou encore sur le site des éditions DOCIS ! À la fois historique et prospectif, ce livre met le lecteur face à ses responsabilités de citoyen. 22€