

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°16 DÉCEMBRE 2019

PAROLE
D'EXPERT P16

LA SANTÉ
MENTALE
EN FRANCE

DOSSIER
CENTRAL P14

PLFSS
SUR FOND
DE CRISES

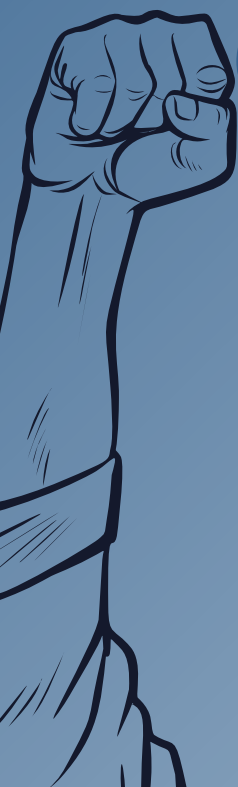
BY JEANNICK
TARRIERE

ITW P 24, 30, 34

JACQUES
LEGLISE

FRANÇOIS-EMMANUEL
BLANC

THIERRY
BEAUDET





En santé, qui décide ?

Par Jean-Paul **Ségade**
Président du CRAPS

La réforme Juppé de 1996, jamais remise en cause, avait fait du Parlement, par le vote de la loi annuelle du PLFSS, la clé de voûte d'un schéma très colbertiste. Partant d'une volonté générale édictée par la loi, réglementée par le ministère et traduite en opérations par les ARS se matérialisant en théorie en interne par l'action d'un directeur s'appuyant sur son directoire, supervisé par le conseil de surveillance.

La réalité est plus complexe comme le démontrent les difficultés de fermer des activités trop réduites pour être efficaces ou par le malaise interne des hôpitaux. Cette problématique de la gouvernance prend ses racines dans quatre mouvements profonds de la gouvernance publique en France :

- La politique des conseils ou « comment ne pas décider » : l'éternelle

hésitation entre le pouvoir d'un patron et la polysynodie. Entre le conseil de pôle, le directoire, le CHSCT, la CME, le CLIN et le CTE, où la décision est-elle prise ? Avec le GHT on rajoute un échelon multiplié par les instances propres.

- Les difficultés de préciser qui fait quoi, à l'exemple des rapports entre la CNAM et le ministère de la Santé ou en interne, entre la communauté médicale et la direction. Entre les services du ministère de la Santé, du budget, l'INCA, la CNAM, L'IGAS, L'UNCAM, l'URCAM, l'ANAP, la CNSA qui prétendent gérer la santé. Qui décide ?

- La propension à vouloir tout gérer dans un cadre unique avec des textes uniformes entre AP-HP et les petits CH sur la base d'un principe égalitaire posé en dogme, ne favorisant l'adaptation de la gouvernance ni aux

réalités de terrain, ni aux hommes.

- Le dernier est l'oubli des cadres intermédiaires, notamment les élus, mais également, à l'hôpital, les cadres médicaux et soignants qui, en l'absence d'association à la décision, sont des acteurs bloquants d'une évolution pourtant inévitable.

Dans ce contexte, le risque est grand qu'à l'exemple de « l'huître et les plaideurs » de Jean de La Fontaine une autorité externe vienne confisquer le débat à son profit. En l'espèce, il ne s'agira pas du juge mais de la technocratie qui selon l'auteur tirera le sac et les quilles. Le danger d'une confiscation technocratique de la décision est réel et touche autant le volet national que local. La réaction du Sénat de rejeter le projet de loi sur la Sécurité sociale traduit cette évolution technocratique d'un débat qui doit rester législatif.

La Santé n'est ni un marché ni une administration à l'exemple de la Justice ou de la Police. Sa gouvernance s'inscrit dans un modèle social qui repose sur une volonté générale de s'associer collectivement pour se protéger individuellement des risques de la vie. Elle suppose une adhésion des acteurs qu'ils soient médecins soignants ou malades car elle est d'abord une affaire d'hommes qui en ont la charge, des compétences qui le composent plus que des structures qui l'organisent. Les évolutions démographiques comme le progrès médical et les TIC sont en train de modifier les données de son organisation mais n'en changent pas les principes : la Santé et plus généralement la Protection sociale fait partie du volet social du Pacte républicain. L'aspiration des citoyens comme des malades d'être associés au processus de décision est légitime. Il ne s'agit pas de rechercher un

consensus absolu mais s'assurer d'une participation effective afin de mieux faire comprendre la décision.

Le CRAPS, fidèle à sa mission d'une Protection sociale garante d'un équilibre social dynamique, peut être le cadre d'une réflexion sur la gouvernance éclairée de notre système de santé qui reposerait sur les fondamentaux de toute action publique : l'information, la participation, la responsabilisation mais aussi le respect du principe de subsidiarité allié à un État qui fait confiance aux acteurs pour rendre opérationnels des principes d'organisation définis au niveau national. ■

6 L'IMAGE
Xavier Bertrand au CRAPS !

8 L'ACTU
Plus utile que jamais !

10 L'AGENDA
Le Pacte social français, exception culturelle ou droit fondamental ? Débat avec Jacques Toubon

12 LE FOCUS
Les grands axes du PLFSS 2020

LE DOSSIER
PLFSS sur fond de crises !
Par Jeannick Tarrière



24, 30 & 34 LES INTERVIEWS
Jacques Léglise
Directeur Général de l'hôpital Foch et Président du Conseil d'Orientation du CRAPS
François-Emmanuel Blanc
Directeur Général de la Mutualité Sociale Agricole
Thierry Beudet
Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française

36 ZOOM
Non compensation : Sécurité sociale, la fin de l'autonomie En marche...
Votée en catimini

42 PORTRAIT
Léon Bourgeois et l'idéal Républicain

46 PAROLE D'EXPERT
Sophie Albert
La santé mentale en France

LES TRIBUNES
54 La société française éclatée ?
60 Donner au terrain l'envie d'avancer
64 Heurs et malheurs de la Sécu de 1945
68 PLFSS 2020, volonté de simplifier le recouvrement et de renforcer le dialogue

72 HOMMAGE
Numéro dédié en hommage à William Gardey

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

54, rue René Boulanger - 75010 PARIS
01 73 75 41 09
accueil@association-craps.fr
www.association-craps.fr

Directeurs de publication

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

Président du comité éditorial

Hervé Chapron

Conception et Réalisation

Fabien Brisard

Crédits Photo

Shutterstock

Impression

Imprimerie Guillotte





CERCLE CRAPS
Cercle de Recherche et d'Analyse sur la Protection Sociale

«La Protection Sociale
une idée d'avenir.»

L'IMAGE

Conférence-débat sur le thème : « La Région, une réponse à la crise sociétale ? » avec Xavier Bertrand , Président de la Région Hauts-de-France



L'ACTUALITÉ DU CRAPS

Plus utile que jamais !

Rares sont les années qui se déroulent comme espérées... Certes gouverner c'est prévoir! Mais prévoir au sein d'un monde ouvert, en pleine révolution, non plus industrielle mais numérique, dont l'épicentre est pour la première fois de l'histoire de l'Humanité mouvant, relève de la science-fiction.

Pour autant, le nouveau monde dans sa destruction créatrice aurait dit Schumpeter, ne doit en aucun cas remettre en cause les valeurs humanistes, résultat de siècles de combats tout autant que de fraternité. Imaginons dès lors des codes certes mouvants mais respectueux de nos grands principes d'Humanisme et d'Universalité, au sein desquels l'Homme en sera à la fois l'acteur et la finalité.

Dès lors, le CRAPS légitime ses réflexions et son action qui depuis 10 ans enrichissent le débat public. Acteur de la construction d'un système adapté à ce « nouveau monde » dans un climat par trop anxieux, le CRAPS conscient que le vrai défi de demain, est celui de refonder une cohésion nationale dont l'efficacité ne pourra s'apprécier qu'à la lumière d'un système de Protection sociale dont l'équité - en opposition à l'égalitarisme - sera la pierre angulaire de cette rénovation indispensable !

C'est ainsi que le CRAPS aura pris modestement part, cette année, au renforcement de l'édifice que représente notre système de Protection sociale. Les difficultés voire embûches auront été nombreuses mais par la conjonction de la détermination à la fois de ses membres et de ses partenaires à animer et plus encore à développer ce lieu unique de réflexion, de recherches et d'analyses, notre think tank peut se féliciter d'une année qui finalement a renforcé son influence grâce notamment à la mise en place en mai dernier d'une nouvelle gouvernance sous la houlette d'un nouveau Président Jean-Paul Ségade et d'un nouveau Vice-Président, Didier Bazzocchi avec l'appui essentiel de notre Président Fondateur Jean-Claude Mallet.

Si la fin de l'année est toujours propice à un état des lieux, elle est également le moment de prévoir le déroulement de celle qui suit et d'espérer in fine qu'elle soit aussi passionnante que celle qui vient de s'écouler.

Nous aurons notamment reçu cette année Jean-Paul Delevoye pour évoquer la réforme des retraites, François Hollande nous proposant ses leçons du pouvoir ou encore Xavier Bertrand pour clôturer un quatrième trimestre marqué par des conflits sociaux qui auront nécessité le report de deux événements prévus avec le Défenseur des droits Jacques Toubon pour débattre sur le thème « le pacte social français, exception culturelle ou droit fondamental ? » (voir p10) et la Directrice Adjointe de la Protection sociale au Bureau International du Travail, Valérie Schmidt sur le thème « la Protection sociale dans le monde, entre injustice et inégalité ! ».

Le dernier événement de l'année s'est donc déroulé au Sénat, le 16 octobre dernier. Notre invité Xavier Bertrand, Président du Conseil régional des Hauts-de-France s'est interrogé avec nos membres sur le rôle de la Région et les réponses que celle-ci pourrait apporter à la crise sociétale. Débat sans filtre (voir vidéo p9) qui s'est porté sur l'efficacité des politiques de l'emploi, de leur éventuelle régionalisation, la nécessité ou non d'une réforme des retraites et enfin sur la réorganisation de notre système de santé.

Par ailleurs, sollicité par le ministère des Solidarités et de la Santé, le Président Jean-Paul Ségade est intervenu le 18 novembre sur le thème « quel rôle du numérique dans la prise en charge du patient dans 10 ans ? » au cours du colloque « Données de santé et intelligence collective » organisé avenue de Ségur. Intervention lors de laquelle il a notamment rappelé que « les nouveaux outils de santé ne pourront être efficaces sans profonds changements des organisations au risque que l'innovation génère plus de frustrations que de progrès ». Sujet évoqué récemment dans l'ouvrage du CRAPS, « Territoires de santé nouvelles frontières » dont il avait présidé les travaux. Le 7 novembre dernier, le Directeur Général du CRAPS était quant à lui présent au Conseil Économique, Social et Environnemental à Paris, à l'occasion des rencontres sécurité-défense dont le thème traité convoque une actualité funeste, puisqu'il s'agissait de mesurer les conséquences pour les familles des forces de sécurité-défense face à la mort. Coorganisées par notre partenaire UNÉOPÔLE et la Fédération JONXIO, ces rencontres ont eu pour vocation de soutenir ceux

qui doivent faire face au deuil. Le CRAPS naturellement s'est associé à cette démarche et a réaffirmé à la fois son soutien inconditionnel et son admiration envers ces femmes et ces hommes qui pour nous protéger engagent leur vie parfois jusqu'au sacrifice ultime. Dans le cadre de nos partenariats, notre think tank était également présent à Strasbourg pour assister aux journées nationales organisées par la MSA, lors desquelles une réflexion européenne fut abordée à travers le thème : « La MSA et l'Europe : des liens à cultiver ? ». Un thème qui décidément fait écho, puisque le 19 novembre le groupe VYV, organisait un colloque à l'Assemblée nationale avec l'Université Sorbonne Paris 1 en évoquant la place de l'Europe sociale au cœur de la construction européenne. Les crapsiens furent nombreux à écouter notamment le Président Thierry Beudet réaffirmer que les mutualistes étaient tous des européens convaincus !

Côté publication, notre association, fidèle à sa volonté de favoriser les échanges sur la Protection sociale, renforce sa volonté de rendre accessible aux plus jeunes une réflexion sur les enjeux de notre Pacte social par le biais d'outils pédagogiques et numériques. C'est dans cet esprit qu'une première vidéo intitulée « Comment la France s'est-elle dotée d'un système de solidarité et de Protection sociale original ? » réalisée en partenariat avec le réseau Canopé et la Fondation Charles de Gaulle avait été diffusée au début de l'année 2019. Ainsi, comme évoqué précédemment, la collection va s'enrichir de nouvelles vidéos. La seconde, qui est actuellement en phase finale de production traitera du thème : « Comment l'assurance chômage prend elle en charge les

demandeurs d'emplois ». Elle sera diffusée à la rentrée. Pédagogie... mais également expertises, les membres du CRAPS se montrent toujours aussi présents et dynamiques, les sollicitations médiatiques en témoignent, à l'instar d'Hervé Chapron ayant été, depuis cet été, l'invité régulier de Public Sénat ou encore de BFM TV, occasion pour lui de présenter les travaux du Cercle et de débattre avec une multitude d'acteurs et d'experts.

Le CRAPS toujours en quête de rencontres, de partages et d'échanges sur la Protection sociale tant au plan intérieur qu'au plan international était invité à Genève à l'occasion de la semaine internationale mondiale de la Protection sociale organisée par le BIT puis à Casablanca une semaine plus tard, suite à l'invitation de la Caisse Mutualiste Interprofessionnelle marocaine et de son Président Abdelaziz Alaoui afin d'évoquer les enjeux liés à la responsabilité sociale des entreprises. Enfin il y a un peu plus de deux mois, le précédent numéro de notre magazine consacré au système de santé au Danemark et plus particulièrement à la réforme de 2007 a été remis personnellement au Prince et à la Princesse héritière du Danemark lors de la visite royale du Danemark en France. En effet, à cette occasion, le CRAPS avait été convié au dîner d'État organisé dans les salons de l'Hôtel de ville de Paris.

Une année se clôture, une autre s'ouvre ! Espérons que celle-ci soit celle d'une Protection sociale renforcée dans un climat sociétal apaisé !!! Occasion pour notre think tank de réaffirmer que la Protection sociale est bien une idée d'avenir ! ■



CRAPS TV

Xavier Bertrand, Président de la Région Hauts-de-France

Interview réalisée lors du dîner-débat du CRAPS, le 16 octobre 2019 au Sénat



Découvrez la vidéo sur
www.association-craps.fr





L'AGENDA

L'évènement à ne pas rater !



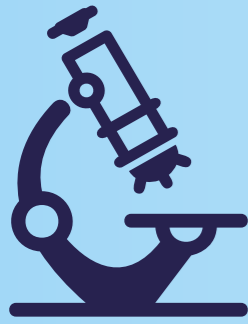
Uniquement sur invitation

LE PACTE SOCIAL FRANÇAIS
EXCEPTION CULTURELLE OU
DROIT FONDAMENTAL ?

JACQUES
TOUBON
DÉFENSEUR DES DROITS

15 JANVIER 2020

Studio de l'Hôtel Renaissance



FOCUS

PLFSS 2020 : Le pari de la maîtrise des comptes sociaux et de la réponse à l'urgence économique et sociale

Pour la troisième fois, la présentation du PLFSS intervient dans un contexte tendu, cette fois-ci sur fond de crise de l'hôpital public et de mobilisation contre la réforme

des retraites. Les débats sont vifs, d'autant plus qu'un autre sujet provoque le courroux des parlementaires, y compris ceux de la majorité : la non-compensation.



LES GRANDS AXES DU PLFSS 2020

1

ENCOURAGER LES INITIATIVES

- Valoriser le travail
- Simplifier la vie des citoyens
- Simplifier la vie des entreprises

2

RENFORCER LA JUSTICE SOCIALE

- Soutenir les plus modestes
- Réduire les niches et dépenses sociales les moins efficaces
- Lutter contre la fraude au détachement des travailleurs

3

PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES NOUVEAUX RISQUES ET ROMPRE AVEC LES INÉGALITÉS

- Protéger les citoyens contre les nouveaux risques
- Lutter contre la reproduction des inégalités et prévenir leur survenue
- Améliorer l'accès et limiter le reste à charge pour les dispositifs médicaux

4

REFONDER LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET RENFORCER LA PERTINENCE ET L'ACCÈS AUX SOINS

- Création d'un parcours de soins post-cancer pour soutenir les patients
- Agir pour l'accès aux soins dans tous les territoires
- Repenser le mode de financement de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Rénover la nomenclature des actes pratiqués en ville
- Lutter contre la pénurie médicamenteuse et améliorer la disponibilité des médicaments
- Favoriser la pertinence et l'efficacité des actes, des prestations et prescriptions



3ÈME PLFSS DE LA MANDATURE, ACTE II DU QUINQUENNAT

Dans un système de santé où l'accès aux soins est devenu plus difficile, les urgences sont devenues un repère absolu, voire, pour certains patients, un point de passage

systematique.

Ces dernières années, l'activité des urgences a connu une augmentation continue, comme c'est le cas également chez nos voisins

DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ OÙ L'ACCÈS AUX SOINS EST DEVENU PLUS DIFFICILE, LES URGENCES SONT DEVENUES UN REPÈRE ABSOLU, VOIRE, POUR CERTAINS PATIENTS, UN POINT DE PASSAGE SYSTÉMATIQUE.

européens. Cette augmentation de fréquentation provoque des tensions croissantes, soumettant les patients à des situations d'attente excessives ou des conditions d'accueil parfois difficiles. Les problèmes d'agressions et d'insécurité se multiplient. Les personnels sont à bout.

Au printemps dernier, en plein débat parlementaire sur le projet de loi « Organisation et transformation du système de santé » et pendant la période des négociations conventionnelles, les paramédicaux de l'hôpital Saint-Antoine à Paris lancent la grève des urgences.

Tenus à un service minimum, aides-soignants, infirmières et brancardiers arborent des brassards « en grève » au bras. Le mouvement essaime en région. Loin des syndicats traditionnels, un collectif inter-urgences structure la

mobilisation pour demander 10.000 postes supplémentaires et 300 euros de prime mensuelle.

Le soutien de l'opinion est massif. Les Français sont profondément attachés aux urgences, auxquelles ils accordent une grande confiance. Capables de prendre en charge le risque vital comme la demande de soins courants, les services d'urgence accueillent chaque patient à toute heure du jour et de la nuit, sans distinction d'aucune sorte.

Près de neuf français sur dix soutiennent la grève des urgences. Ce mouvement est largement soutenu au sein même de l'hôpital : 93 % des personnels hospitaliers soutiennent la grève. Le Gouvernement, concentré sur la discussion parlementaire, ne voit pas la vague arriver. Sur le plateau de Public Sénat, Agnès Buzyn assure

que la grève dans les urgences de plusieurs hôpitaux parisiens n'est pas due aux conditions de travail. Ses paroles sur le dévoiement des arrêts maladie sont très mal ressenties.

Malgré la promesse d'une enveloppe de plus de 70 millions d'euros qui devait permettre d'augmenter les effectifs pendant l'été (15 millions d'euros) et une prime de 100 euros net par mois pour les paramédicaux des urgences, le mouvement ne faiblit pas. Le nombre de services en grève a doublé. « La traversée de l'été aurait pu être la traversée du désert pour le mouvement, on risquait d'y laisser des plumes, mais on se retrouve, fin août, deux fois plus nombreux qu'en juin » se félicite Hugo Huon, infirmier aux urgences parisiennes de Lariboisière et président du collectif.

Les principales motivations des infirmières et aides-soignantes, qui ont rejoint la protestation au cours de l'été, se focalisent sur le manque d'effectifs et le manque de lits d'hospitalisation en nombre suffisant pour faire face à une hausse régulière du nombre de passages. Les revendications des urgentistes sont les mêmes depuis le début et resteront, sans aucun doute, les mêmes jusqu'à la fin de leur action.

Les personnels veulent du concret, du lisible pour eux et pour les patients. Et justement, malgré les renforts promis, ils n'ont rien vu sur le terrain au cours de l'été. Ni la nouvelle « prime

forfaitaire de risque » mensuelle de 100 euros net accordée en juin, ni les aides exceptionnelles pour les établissements les plus en difficulté.

Interrogée sur le sujet, la ministre dit réfléchir à « des réformes d'ampleur des services d'urgences, à un véritable chamboulement des organisations ». Alors que le Parlement vient d'adopter une réforme systémique, que des mesures ont été annoncées, début juin, voilà qu'un nouveau plan sera présenté, début septembre.

Le 9 septembre 2019, le « Pacte de refondation des urgences » est dévoilé. Comme pour anticiper les critiques sur la faiblesse conceptuelle, Agnès Buzyn souligne que « ces mesures sont des mesures qui fonctionnent, qui sont consensuelles (et) remontées du terrain ». Ce plan élaboré en toute hâte, sur la base d'une « mission-flash » menée pendant l'été par le téméraire député, Thomas Mesnier, urgentiste de formation, et Pierre Carli, le patron du SAMU de Paris, vire au fiasco.

La mesure phare consiste à mettre en place, dans tous les territoires, un service distant universel accessible par téléphone et en ligne pour répondre à toute heure du jour et de la nuit, à la demande de soins ressentie comme urgente et aux urgences : le service d'accès aux soins (SAS). C'est une promesse de campagne d'Emmanuel Macron : fusionner

PLFSS PROCEDURE PARLEMENTAIRE

Le **PLFSS** est présenté annuellement par le Gouvernement à l'automne, comme pour le **projet de loi de finances (PLF)**. Bien que les intitulés du **PLFSS** et du **PLF** se ressemblent et qu'ils sont présentés tous les ans à la même période, ces deux projets de loi se distinguent par leur nature. Le **PLFSS** est un projet de loi de financement et non de finances, ce qui implique, notamment, qu'il n'a pas une portée budgétaire. Le **projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS)** a pour objet de déterminer les conditions générales d'équilibre des comptes sociaux, d'établir les prévisions de recettes et de fixer les objectifs de dépenses.

Le processus d'examen et d'adoption du **PLFSS** est très encadré. Il doit être déposé par le Gouvernement au plus tard le 15 octobre à l'Assemblée nationale. Le **PLFSS** est, de droit, examiné selon la procédure accélérée. Dès lors, à l'issue d'une seule lecture par chaque assemblée, le Gouvernement peut convoquer la réunion d'une commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion.

Le Parlement vote le **PLFSS** en même temps que le **PLF** et dispose de 50 jours pour se prononcer. Si l'Assemblée nationale et le Sénat ne respectent pas ce délai, alors le projet de loi peut être adopté par voie d'ordonnance. Une fois adoptée, la loi de financement de la Sécurité sociale (**LFSS**) peut être modifiée par une **LFSS** rectificative.

les différents numéros d'urgence existants. Le coût du dispositif est estimé à 340 millions d'euros (sur trois ans), ses modalités ne seront précisées qu'en novembre. Une organisation cible concertée de ce nouveau service devra être effective à l'été prochain.

« Parce que chacun détient sa part de solution », le Pacte pour la refondation des urgences associe les efforts des médecins et professionnels de santé, libéraux et hospitaliers. Pour désengorger les urgences, le pacte de refondation met donc la pression sur les partenaires conventionnels et l'intensité de leur engagement. Selon le ministère, 43 % des patients accueillis aux urgences pourraient être pris en charge dans un cabinet, une maison ou un centre de santé, sous réserve d'avoir pu trouver un rendez-vous le jour même ou le lendemain.

Le dossier de presse indique que « les acteurs libéraux sont à l'œuvre dans de très nombreux territoires pour créer des communautés professionnelles territoriales de santé et offrir aux Français, dans une logique d'organisation des soins à partir du médecin traitant, la réponse efficace qu'ils attendent à leur demande de soins. »

Dans la construction de ses réponses, le ministère procède par anticipation, en projetant une organisation, qui n'existe pas encore, avec des assistants médicaux et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) couvrant l'ensemble du territoire.

Dans la construction de ses réponses, le ministère procède par anticipation, en projetant une organisation, qui n'existe pas encore, avec des assistants médicaux et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) couvrant l'ensemble du territoire. Cela montre ô combien les aspects de transition sont totalement ignorés par les décideurs publics.

Le calendrier ambitieux de déploiement des CPTS est de nouveau affiché : 100 CPTS seront financées dès la fin de cette année et 300 d'ici fin 2020, pour atteindre 1 000 CPTS en 2022.

Des maisons médicales de garde à proximité (MMG) seront installées

auprès des plus importants services d'urgence. Ces maisons médicales de garde participeront à la permanence des soins en constituant des structures de garde pour les médecins libéraux à même de répondre aux besoins des patients aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. 50 MMG supplémentaires seront financées fin 2019. Par ailleurs, pour réduire au maximum les passages des personnes âgées aux urgences, le ministère compte ainsi généraliser des filières d'admission directe. À la clé, une incitation financière, une forme de bonus aux hôpitaux qui les mettront en place.

Les urgentistes peu familiers de la feuille de route de "Ma Santé 2022" ne s'y retrouvent pas. Conformément à la doctrine plus ou moins explicite du Gouvernement, qui réserve les primes de la Fonction publique aux projets de transformation, les personnels paramédicaux, qui seront autorisés à faire des nouveaux actes (comme prescrire de la radiologie ou faire des sutures), pourront toucher une "prime de coopération" de 80 euros net par mois. Pour les autres, il n'y aura rien. Idem pour le nouveau métier d'infirmier de pratique avancée (IPA), avec des compétences élargies, qui sera étendu à la spécialité "Urgences" avec de premières formations à partir de l'automne 2020 et de premiers soignants diplômés en 2022. Cette série de mesures sur trois ans ne contient aucune annonce choc de

réouverture massive de lits ou de nouvelle revalorisation salariale, comme le réclament les infirmiers et les aides-soignants des urgences, en grève.

Les médecins et les chefs de service hospitalier, inquiets du manque d'attractivité des métiers, décident de rejoindre le mouvement de contestation. Ils réclament au moins 250 millions d'euros de crédits supplémentaires.

Un sujet qui clive et qui claque

Le 9 octobre 2019, la ministre des Solidarités et de la Santé et le ministre de l'Action et des Comptes publics présentent le troisième PLFSS de la mandature. Les « éléments de langage de bois » reprennent l'antienne sur la transformation, sans jamais décrire l'objectif. « Le PLFSS 2020 poursuit la mise en œuvre des grands engagements du Président de la République en matière de transformation de notre système de Protection sociale et de réduction des impôts pour augmenter le pouvoir d'achat des Français, tout en récompensant le travail et en protégeant les plus vulnérables ».

Le lendemain, après l'audition des ministres, les députés utilisent une punchline très chiraquienne : « L'hôpital meurt et vous regardez ailleurs ».

La crise n'est plus circonscrite aux services d'urgences. Les soignants (paramédicaux mais aussi plusieurs syndicats de médecins) des autres services hospitaliers se mobilisent. Ils publient des tribunes, interviennent dans les médias, 108 personnalités adressent une lettre ouverte au Président de la République.

Le 11 octobre, le collectif inter-hôpitaux décide de lancer un appel pour une grande manifestation, le 14 novembre 2019, pour « sauver l'hôpital public ». Le Gouvernement doit traiter dans l'urgence quelque chose qu'il n'avait pas vu venir. La contestation inspire à Emmanuel Macron la crainte d'une coagulation de la fronde des soignants à celles des opposants à la réforme des retraites.

Un an après le début du mouvement des « Gilets jaunes », le Gouvernement doit s'employer à éteindre plusieurs départs d'incendie sur le front social. Dès l'examen en Commission des Affaires sociales du texte, Agnès Buzyn doit répondre aux inquiétudes exprimées par les députés. Elle annonce un nouveau plan de soutien avec des moyens associés. Il sera présenté dans le courant du mois de novembre. Sous-entendu, après la manifestation du 14.

Dans une interview donnée à RTL, Emmanuel Macron promet de remettre des moyens pour

les urgences pour répondre à la souffrance des personnels de santé. « Le système tirait sur la corde depuis 10 ou 15 ans, et ça claqué maintenant » admet le chef de l'État, tandis que le ministre des Finances Bruno Le Maire avertit qu'il faudra trouver des économies en face. Pour se raviser le week-end.

Ces déclarations crispent les parlementaires qui ont le sentiment de ne pas avoir les cartes en main. Pendant quatre jours, tout au long des séances de jour et de nuit, les discussions dans l'hémicycle ne portent pas tant sur le PLFSS que sur la difficile situation des hôpitaux publics : toutes les oppositions prennent la parole pour décrire un système à bout de souffle, des personnels épuisés. Les députés socialistes sont sur un autre registre : ils s'étonnent de ne pas en trouver trace dans le projet de budget, les financements annoncés dans le plan de refondation, à hauteur de plus de 750 millions d'euros sur trois ans.

À la dernière minute, les députés votent un amendement du Gouvernement qui vise à offrir aux établissements de santé une visibilité à trois ans sur leurs ressources financières, dès la période 2020-2022. Enfin, le texte porté par la ministre de la Santé Agnès Buzyn et celui des Comptes publics Gérald Darmanin est validé par les députés avec 339 voix pour (188 contre sur 527 exprimés).



NICOLAS REVEL EN RÉPONSE AU RAPPORTEUR DU PLFSS

« Objectivement, la régulation des tarifs hospitaliers, notamment la limitation des tarifs de séjour a, au cours des dix dernières années, obligé les hôpitaux à des gains importants de productivité. Dans le même temps, l'évolution de l'offre de soins hospitalière n'a pas été suffisante. Cela s'est traduit par un retard d'investissement dans de nombreux établissements. Vous avez également souligné, à juste titre, un manque d'attractivité de certains hôpitaux, métiers et territoires entraînant des vacances d'emplois chez les médecins et professions paramédicales. Cela nous renvoie à la question des niveaux de rémunération pour certains métiers et territoires, à laquelle la ministre a souligné que des réponses seraient apportées ».

JEAN-MARIE VALERENBERGHE, PATRICK AMIEL ET NICOLAS REVEL

Reprenant le taux de 30 % de soins inutiles et redondants annoncés par la ministre, Jean-Marie Valerenberghe s'interroge pour savoir comment le montant de 1 milliard d'euros programmé pour la redondance des soins dans le projet de loi de financement a été calculé. Michel Amiel, sénateur des Bouches-du-Rhône (LREM) demande au Directeur Général de la CNAM s'il n'y aurait pas moyen de faire la chasse à ces actes redondants que l'on identifie parfaitement. « Ce taux est issu d'un rapport de l'OCDE : il correspond au gaspillage de la dépense de santé. Pour notre part, nous n'avons jamais produit d'estimation consolidée globale, car cela nous semble être un exercice relativement incertain » répond Nicolas Revel. Il précise que ce taux correspond à l'addition de différents phénomènes : médicaments non utilisés, mais délivrés et remboursés, retard en matière de prévention, fraude... « Le potentiel de dépenses évitables est considérable, mais il n'est pas toujours facile à mobiliser, même si nous faisons des efforts pour y parvenir ».

BEAUCOUP DE MESURES PEU ÉVOQUÉES !

Le PLFSS prévoit plusieurs mesures relatives à l'évolution des modes de financement de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation (SSR) et des services des urgences. Il prévoit également la rénovation de la nomenclature des actes des médecins libéraux ainsi que celle du dispositif d'intéressement des établissements au titre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caqes). Quatre autres mesures sont dignes d'intérêt : le forfait post-traitement aigu du cancer, le bilan de santé de l'enfant entrant à l'aide sociale à l'enfance (ASE), la prise en charge des frais de déplacement et d'hébergement pour les femmes enceintes éloignées de la maternité et enfin une expérimentation d'une plateforme départementale sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

Au 31 octobre, 269 services d'urgences sont toujours en grève, certains depuis mars. Et la colère a gagné tout l'hôpital public.

Après cette première lecture à l'Assemblée nationale, le PLFSS 2020 arrive au Sénat. D'apparence technique, le PLFSS 2020 est devenu un sujet politique. À quatre mois des municipales, cet état de crise fragilise l'exécutif et revigore l'opposition. L'examen par le Sénat intervient la semaine même de la manifestation du 14 novembre. Comme si cela ne suffisait pas, l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalités (AMF) organise son 102e Congrès, du 19 au 21 novembre 2019, à Paris, Porte de Versailles.

« La ministre nous annonce qu'elle va dévoiler un volet spécial hôpital doté de moyens après la manifestation du 14 novembre. À quoi bon siéger dès ce mardi au Sénat sur un PLFSS dont on peut de fait remettre en cause la sincérité ? », « Nous avons besoin d'y voir clair avant de voter ! », raille Alain Milon, président (LR) de la commission des Affaires sociales. Catherine Deroche, rapporteure de la branche maladie, dépose au nom de la commission un amendement de suppression de l'ONDAM,

c'est la première fois ! « Ce n'est pas avec un ONDAM à 2,1 % que nous allons répondre aux exigences des hospitaliers. »

Les sénateurs insèrent un article additionnel avant l'article 1er afin d'obtenir du Gouvernement qu'il

”

Après cette première lecture à l'Assemblée nationale, le PLFSS 2020 arrive au Sénat. D'apparence technique, le PLFSS 2020 est devenu un sujet politique. À quatre mois des municipales, cet état de crise fragilise l'exécutif et revigore l'opposition.

s'engage à présenter dans les 3 mois qui suivent la promulgation de la loi de financement, une loi d'orientation et de programmation pour l'hôpital pour les années 2020 à 2025. Ils adoptent les deux premières parties pour pouvoir, le jour de la manifestation, rejeter la troisième partie relative aux recettes et à l'équilibre de la Sécurité sociale pour l'exercice 2020 (articles 7 à 23),

par 281 voix contre et 0 voix pour. Ce qui signifie que les sénateurs LREM ne se sont même pas exprimés.

SANTÉ : ACTE II DU DÉCENNAT

Le 14 novembre 2019, partout en France, 20 000 médecins, infirmiers, aides-soignants et internes des hôpitaux publics défilent, pour dénoncer leurs conditions de travail et réclamer un "plan d'urgence". Rien qu'à Paris, ils étaient 10 000. Des équipes entières très soudées, des services connus et reconnus du monde entier, affichent leurs revendications ou leur colère.

Les médecins hospitaliers se sont fortement mobilisés pour dénoncer le manque de moyens. Les chiffres communiqués par la DGOS confirmeront que plus de 25 % se sont déclarés grévistes sur toute la France, comme 12 % des autres personnels. À l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), d'où est parti le mouvement, plus de la moitié des médecins étaient mobilisés.

Quand le cortège de tête arrive au croisement de la rue de Sèvres, les derniers manifestants n'ont pas encore commencé à défiler. Le boulevard Raspail est noir de blouses blanches et de blouses bleues de bloc. La manifestation est réussie. Le Gouvernement se voit contraint de présenter de nouvelles mesures.

Le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé se font attendre. Le pupitre qui trône dans la salle de conférence indique « Plan d'urgence pour l'hôpital ». L'intitulé pourrait faire rire si la situation n'était pas aussi grave. Le plan présenté ce 20 novembre est le 3ème en moins de six mois !

Pour le Premier ministre, « La crise de l'hôpital est plus ancienne. Mais elle connaît depuis plusieurs mois une de ses phases les plus aigües.

INTERVIEW

Jacques Léglise

Directeur Général de l'Hôpital Foch
Président du Conseil d'Orientation du CRAPS



L'ONDAM a été revalorisé, faut-il toujours dépenser plus pour résoudre les difficultés de l'Hôpital ?

La question de dépenser plus n'est pas vraiment celle posée ! Le problème des hospitaliers est et reste de n'avoir plus à dépenser moins comme c'est le cas depuis 10 ans... !

Depuis presque 10 ans avec les ONDAM votés, les moyens dévolus à l'hôpital ont conduit à des baisses de tarifs qui ont contraint les hôpitaux à faire des plans d'économies, notamment sur les dépenses de personnel qui représentent le principal poste de dépense (70 %), à essayer de compenser la baisse des tarifs par un développement d'activité à moyens constants, et à couper drastiquement dans

leurs investissements. C'est ce mécanisme qui explique la dégradation des conditions de travail des professionnels de l'hôpital, et des conditions d'accueil des patients, ainsi que la tension vécue par l'ensemble du système.

Il faut rappeler en effet que les postes de dépenses hospitalières subissent une inflation naturelle : vieillissement du personnel qui entraîne automatiquement une revalorisation des salaires au sein des grilles conventionnelles ou statutaires, inflation sur l'énergie, les dépenses hôtelières (repas, nettoyage...) et les dépenses médicales (médicaments et dispositifs médicaux), sans parler de l'impact du progrès médical avec l'apparition par exemple de molécules nouvelles toujours plus onéreuses.

Aujourd'hui, si les tarifs et les dotations attribués à l'hôpital ne croissent pas chaque année, à coup sûr d'au moins 1 %, et probablement plus raisonnablement entre 1 % et 2 %, les hôpitaux seront contraints de continuer à déployer des plans d'économies pour compenser la distorsion entre l'évolution naturelle de leurs dépenses et celle des ressources qui leur sont allouées, pour simplement maintenir leurs activités à l'identique, sans parler de développements nouveaux.

Ainsi avec un ONDAM revisité à 2,45 %, le ministère annonce des tarifs progressant seulement de 0,2 % l'an prochain, ce qui se

traduira inéluctablement dans tous les établissements de santé par la poursuite de plans de rééquilibrage comme depuis 10 ans, avec juste un peu moins d'efforts à faire que lorsque les tarifs baissaient. Mais l'amélioration par rapport à la situation précédente ressemble beaucoup au soulagement de l'histoire du fou qui arrête de se taper sur la tête.

Pensez-vous que les mesures prises pour l'Hôpital dans le cadre du PLFSS permettront à celui-ci d'améliorer ses performances et de redonner confiance aux acteurs ?

Il y a un contraste entre l'ampleur incontestable de l'effort financier fait par les pouvoirs publics et la déception quasi unanime que ce plan suscite.

D'une part, il y a eu une telle dégradation causée par 10 ans de politiques du rabot, notamment sur les salaires des professionnels de santé, qu'il était probablement impossible de ne pas décevoir et d'être à la hauteur des attentes des professionnels de santé hospitaliers. Il faut bien reconnaître, à ce titre, que le Gouvernement paye l'addition de politiques qui lui ont été bien antérieures et qu'il va maintenant être difficile de retourner brutalement, même s'il a sa part de responsabilité pour avoir maintenu les mêmes caps que ses prédécesseurs jusqu'à il y a peu.

D'autre part, c'est un plan au bénéfice exclusif de l'hôpital public.

Or celui-ci ne constitue plus que 57 % de l'activité hospitalière du pays, et y est même devenu minoritaire dans certains domaines : moins de 40 % de l'activité chirurgicale. Les autres acteurs, les établissements privés à but non lucratif, et les établissements commerciaux, sont purement et simplement ignorés.

Enfin, si l'on veut juger les mesures annoncées avec un maximum d'objectivité dans le périmètre qu'elles se sont fixées, celui de rétablir l'attractivité du seul hôpital public, on est obligé de prononcer un jugement équilibré. Sur le fond, la reprise d'un tiers de l'endettement est incontestablement de nature à redonner des marges de manœuvre aux établissements les plus endettés, même s'il faudra voir quelles seront les conditions pratiques de cette reprise. Par ailleurs, un certain nombre de primes d'installation peuvent avoir un effet attractif sur certaines catégories de jeunes professionnels. Il est par contre plus douteux que la prime de 300 euros annuelle, ou celle de 800 euros en Île-de-France, constitueront par elles-mêmes le choc d'attractivité attendu sur les revenus des professionnels. Surtout sur la forme, il y a probablement une erreur dans le décalage entre les mesures annoncées et les problèmes relayés par les professionnels depuis des semaines. Il n'est pas sûr que les personnels de base des hôpitaux publics verront l'importance de la mesure sur la reprise de la dette, en regard de ce qu'étaient leurs revendications initiales sur

l'insuffisance des rémunérations et des effectifs. L'annonce d'un plan de revalorisation des rémunérations, même faible, et même assorti d'une montée en charge sur plusieurs années, que les plus raisonnables pouvaient entendre au vu de l'état des finances publiques, aurait pu sûrement désamorcer l'exaspération de ces personnels afin d'obtenir des résultats concrets et notamment de mettre fin à la crise des urgences.

Le secteur privé à but non lucratif n'a pas été évoqué dans l'annonce d'une série de mesures historiques pour l'Hôpital public par le Premier Ministre, qu'en pensez-vous ?

On ne peut que ressentir une amère déception au constat qu'une fois de plus les hôpitaux privés à but non lucratif, qui constituent 15 % du service public hospitalier, et qui supportent, au même titre que les hôpitaux publics, à part entière, toutes les obligations de service public, sont écartés des mesures prises.

Cette rebuffade vient après deux ans d'une politique tarifaire qui fait supporter aux ESPICS des tarifs désormais inférieurs de 1,8 % à ceux des Hôpitaux publics alors que les charges sur les salaires sont en moyenne 7 % plus élevés dans le

secteur privé que dans le secteur public.

Nous n'arrivons pas à comprendre les raisons de ce traitement qui désormais met en péril un grand nombre d'établissements du secteur. Force est de constater que l'obsession légitime des pouvoirs publics de sauver l'hôpital public en pleine crise les conduit à considérer notre secteur comme un concurrent et non comme un allié de cet hôpital public. Cette erreur de perspective risque de renforcer la crise du service public hospitalier au sens large. Le bénéficiaire en sera non l'hôpital public mais le secteur privé commercial, et le grand perdant sera le patient qui risque de peiner de plus en plus à trouver une offre de soins de qualité avec un reste à charge zéro, demande portée par les citoyens, entraînant la défiance que nous observons chaque jour. Au Danemark, le débat public a ainsi été au cœur des dynamiques de transformation, conduisant les responsables politiques à proposer des choix clairs et à les suivre dans la durée. Surtout, il ne faut jamais oublier qu'il serait illusoire de vouloir dupliquer un autre modèle en France. Chaque pays a son Histoire, sa culture, ses organisations et une réforme doit s'inscrire dans ce fil. Ce sont donc bien d'inspirations dont nous avons surtout besoin plutôt que de modèles.



LE GOUVERNEMENT A ENTENDU LA COLÈRE, L'ÉPUISEMENT, LE DÉSARROI. IL S'AGIT D'ÊTRE À LA HAUTEUR DES ATTENTES.

Les personnels de santé n'en peuvent plus. Les patients et leurs familles s'inquiètent et nous demandent d'agir ».

Si le Gouvernement a tracé les axes d'une profonde réforme du système de soins, pour prendre à bras le corps les problèmes du vieillissement, de la démographie médicale, de l'articulation entre ville et hôpital, l'horizon des réformes semble trop lointain. « Dans toute la France, et particulièrement à Paris, les médecins hospitaliers, les infirmières et les aides-soignants nous disent que l'hôpital décroche ».

Le Gouvernement a entendu la colère, l'épuisement, le désarroi. Il s'agit d'être à la hauteur des attentes. Trois blocs de mesures sont présentés : le renforcement de l'attractivité des métiers, la suppression des blocages de l'hôpital public et un réinvestissement dans l'hôpital

pour lui donner des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps.

Dès 2020, un programme massif de reprise de dettes de 10 milliards d'euros sur 3 ans pour restaurer l'équilibre financier des établissements. Une loi sera présentée au premier semestre 2020 en même temps que la loi de programmation des finances publiques. Compte-tenu du calendrier électoral de 2019, l'opposition ne ratera pas ce rendez-vous.

«L'hôpital c'est un monde, une famille, une communauté. Ce sont des équipes unies par la prise en charge des patients, dans les succès, dans les épreuves, dans les échecs. La ministre le sait mieux que personne » lance Édouard Philippe, avant de donner la parole à sa ministre. Les derniers jours n'ont pas été faciles pour Agnès Buzyn. Très attachée à l'hôpital public dans lequel elle a fait une très belle

carrière, elle a dû mal à supporter les critiques. Elle sait qu'on ne peut pas demander aux personnels d'en faire toujours plus sans récompenser cet engagement. « On sait que c'est cette disproportion entre les efforts demandés et la rémunération qui explique les difficultés à recruter et qui entraîne aujourd'hui des fermetures de lits ». Elle n'arrive plus à faire avec les postures de certains syndicalistes,

Les principes du plan « Ma santé 2022 » sont clairs : privilégier la qualité des soins plutôt que les logiques comptables, replacer le patient au cœur des soins et réorganiser la médecine de ville de manière à mieux l'articuler avec l'hôpital. La ministre dessine la médecine de demain, pratiquée par des professionnels plus libres de mener leur carrière, comme de se vendre au plus offrant car plus rares.

pour qui la crise a toujours été une façon d'exister dans les médias, notamment pour ceux qui sont depuis

des années à la retraite. Très investie sur la conduite du changement de notre système, elle a des choses à dire.

Les principes du plan « Ma santé 2022 » sont clairs : privilégier la qualité des soins plutôt que les logiques comptables, replacer le patient au cœur des soins et réorganiser la médecine de ville de manière à mieux l'articuler avec l'hôpital. La ministre dessine la médecine de demain, pratiquée par des professionnels plus libres de mener leur carrière, comme de se vendre au plus offrant car plus rares. « L'ubérisation de l'hôpital par ses médecins est un redoutable défi pour son fonctionnement mais aussi une opportunité de décroiser le système de santé ».

Dans le domaine de la coopération, elle veut aller plus loin et plus vite pour accélérer et donner plus de leviers aux équipes hospitalières et lever les blocages pour que la coopération entre les professionnels se fasse. L'occasion, pour elle, d'engager la Haute autorité à plus de célérité pour publier les protocoles de coopération d'ici la fin de l'année. Tout ce qui libérera du « temps de médecin » facilitera la vie de tout le monde. « Je

rappelle à cette occasion que le professionnel de santé, infirmier par exemple, qui s'implique dans un tel protocole perçoit une rémunération supplémentaire de 100 euros brut mensuel. Déployer ces protocoles de coopération est donc à la fois un enjeu de meilleure organisation des soins, de libération de temps médical mais aussi un enjeu de reconnaissance pour les professionnels concernés ».

Quitte à crever l'abcès, autant aborder un autre sujet à contestation : celui de la permanence de soins en établissement de santé, comme il l'est pour la médecine de ville. Le dossier des urgences amène à interroger l'organisation des services : comment, par exemple, se fait-il que des personnes suivies par des services d'oncologie, sous chimiothérapie, atterrissent aux urgences, comment des patients opérés ou suivis dans des services ne peuvent pas les contacter directement. « Je connais la sensibilité de ce sujet, mais nous sommes arrivés à un point où il est devenu inévitable de se reposer la question. Comment devons-nous organiser les différentes permanences des soins en établissement de santé sur un territoire ? Comment chacun peut-il y prendre sa part ? Il faut naturellement prendre un temps de réflexion, mais nous devons ouvrir ce dossier sans fausse pudeur et sans

”

Le sujet de l'hôpital doit être traité différemment de celui des retraites qui mobilise les syndicats pour le 17 décembre. Même si c'est la même ministre qui gère les deux dossiers.

tabou. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de lancer une remise à plat sur ce thème pour aboutir avant la fin du premier semestre 2020 ».

Les hospitaliers ne semblent pas convaincus. Nous en aurons la confirmation. Dès la mi-journée, les collectifs annoncent deux autres journées de mobilisation : le 30 novembre et le 5 décembre. Le sujet de l'hôpital doit être traité différemment de celui des retraites qui mobilise les syndicats pour le 17 décembre. Même si c'est la même ministre qui gère les deux dossiers ■

INTERVIEW

FRANÇOIS EMMANUEL BLANC

Directeur Général de la Mutualité Sociale Agricole



La MSA a exprimé un avis favorable au PLFSS 2020, celui-ci tente de répondre à la crise sociale que nous traversons à travers des mesures d'urgence, ces dernières sont-elles adaptées aux problématiques de vos adhérents ?

La MSA a donné un avis favorable au PLFSS 2020, car elle considère que le projet de loi, a su trouver un équilibre, forcément délicat, entre les objectifs de maîtrise de la dépense publique et des mesures fortes visant à répondre à l'urgence sociale, notamment dans les domaines de la famille, de la retraite et de la dépendance.

Le nouveau dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires confié à l'ARIPA (agence de recouvrement des impayés de

pensions alimentaires), constitue ainsi une grande avancée pour les bénéficiaires. Ce dispositif va permettre de verser les pensions plus rapidement. La MSA est actuellement mobilisée aux côtés de la CNAF pour que le nouveau système soit opérationnel au 1er juin 2020.

L'indexation sur l'inflation des pensions de retraite inférieures à 2000 euros brut est également une bonne nouvelle pour les assurés agricoles, d'autant que la très grande majorité de nos ressortissants sont concernés.

Le PLFSS pour 2020 contient par ailleurs plusieurs évolutions souhaitées par la MSA et ses adhérents. On peut citer principalement :

- L'amélioration du niveau des pensions d'invalidité des exploitants agricoles et des membres de leur famille participants (conjoints collaborateurs et aidants familiaux). Même si le montant des pensions ainsi revalorisées demeure inférieur à celui des autres travailleurs indépendants, cela constitue une avancée majeure pour le monde agricole.
- La création d'une indemnisation du congé de proche aidant pour les salariés et les travailleurs indépendants. Nous regrettons toutefois sa durée limitée (3 mois pour l'ensemble de la carrière).

Actuellement, le système de

La MSA a donné un avis favorable au PLFSS 2020, car elle considère que le projet de loi a su trouver un équilibre, forcément délicat, entre les objectifs de maîtrise de la dépense publique et des mesures fortes visant à répondre à l'urgence sociale, notamment dans les domaines de la famille, de la retraite et de la dépendance.

santé apparaît comme étant à bout de souffle. Pensez-vous que le texte permette d'initier une réelle transformation de ce dernier, notamment dans les territoires ruraux ?

Le plan d'urgence pour l'hôpital voté par le Parlement était absolument nécessaire et répond aux besoins de l'ensemble des assurés, qu'ils relèvent du régime général ou du régime agricole.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement les territoires ruraux, le PLFSS contient par ailleurs deux mesures qui vont dans le bon sens, s'agissant des futurs hôpitaux de proximité et de l'aide à l'installation des jeunes médecins.

Le financement des hôpitaux de proximité tiendra compte de l'offre de soins au sein d'un territoire à travers la création de la dotation de responsabilité territoriale. Elle permettra ainsi aux hôpitaux de

proximité d'indemniser les médecins libéraux qui y exercent, pour des temps « non cliniques », afin de favoriser l'exercice mixte en ville et en hôpital de proximité.

Des mesures visent également à simplifier l'installation des jeunes médecins. Elles prévoient le regroupement des quatre dispositifs actuels en un contrat unique appelé « contrat début d'exercice » (CDE) et la prise en charge, pendant deux ans, de la

totalité des cotisations sociales dues par un médecin libéral. Il est également prévu l'amélioration du dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales.

Même si ces mesures constituent de réelles avancées, il faut toutefois rester lucide : ce n'est pas un seul projet de loi qui peut transformer le système. Il y participe, comme le moyen qu'il est, mais ce sont les acteurs du système qui engageront le changement.

C'est pour cette raison que la MSA s'est résolument engagée dans l'appui aux professionnels de santé dans les territoires ruraux pour la création des structures d'exercices coordonnées et de communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS).

Les mesures dites de non-compensation ouvrent un débat

récurrent sur la question de l'autonomie de la Sécurité sociale, pensez-vous que celles-ci répondent à une situation exceptionnelle ou un mouvement de fond visant à uniformiser les budgets ?

La non-compensation par l'État des dispositifs d'exonération de cotisations sociales correspond à mon sens à une situation exceptionnelle qui ne saurait remettre en question les équilibres budgétaires des lois de finances et de financement de la Sécurité sociale. Je suis, pour ma part, très attaché au principe de solidarité nationale qui se traduit notamment par les mécanismes de compensation et à la distinction entre l'équilibre du budget de l'État et celui de la Sécurité sociale. Cette distinction participe à l'autonomie de la Sécurité sociale et à la définition d'orientations adéquates des politiques publiques en la matière.

Pour la MSA, la préservation de

l'autonomie de la Sécurité sociale ne se réduit pas toutefois aux questions financières. Le principal enjeu est celui de la gouvernance des organismes de Sécurité sociale et en premier lieu de la place des Partenaires sociaux. Le fait que les conseils d'administration des caisses de MSA soient composés d'élus, représentant à la fois les salariés, les employeurs et les exploitants agricoles, est à cet égard fondamental.

La préservation du guichet unique de la MSA, qui recouvre l'ensemble des branches de la Sécurité sociale, est également une des conditions du maintien de l'autonomie de notre institution. C'est pourquoi nous sommes particulièrement attentifs, dans le cadre de la réforme des retraites, à ce que la MSA reste bien opérateur des retraites de ses ressortissants, tant au niveau local que national.



LA BRANCHE MALADIE RESTE " L'HOMME MALADE " DE LA SECU

Alors que la branche maladie devait renouer avec l'équilibre en **2020**, son déficit attendu autour de **500** ou **600** millions d'euros, serait de **3** milliards d'euros en **2020**, comme en **2019**.

Ce déficit ne résulte pas de la non-compensation des exonérations des heures supplémentaires, qui n'impacte pas la branche maladie, mais de la diminution du taux de contribution sociale généralisée (CSG) pour les retraités, décidée par le Gouvernement, et de l'évolution moins dynamique que prévue de la masse salariale.

En l'absence de transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), la branche aura accumulé près de **20** milliards d'euros de dette à la fin de l'année **2023**, c'est-à-dire à la fin de la période couverte par le PLFSS.

Le Gouvernement estime que le retour à l'équilibre se décale, certes, mais reste envisageable dans les prochaines années. À condition que les efforts de maîtrise de la dépense soient maintenus par une évolution annuelle de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) comprise entre

2 et **2,5** %.

Le rythme spontané d'évolution des dépenses de santé (le tendanciel) serait de **+4,4** % en **2020**, dont **0,4** % liés au nombre de jours ouvrés en **2020**.

Les économies recherchées sont d'un montant de **4,185** milliards d'euros.

Les sous-Ondam s'établissent à **+2,1** % pour l'hôpital et à **+2,4** % pour la ville. Restons prudent à l'égard de ces notions d'hôpital et de ville qui sont très poreuses. On s'aperçoit en effet que de nombreuses dépenses prescrites par l'hôpital s'imputent sur les dépenses de ville : c'est le cas des médicaments en rétrocession hospitalière, des transports sanitaires et des honoraires des médecins libéraux qui opèrent dans un établissement privé.

L'écart de **0,3** % entre les sous-Ondam hôpital et ville n'est pas anormal. En effet, le tendanciel **2020** des dépenses hôpital est de **+3,3** % alors que celui des dépenses de ville est de **+5,6** %. Le tendanciel hospitalier s'est d'ailleurs réduit entre **2019** et **2020**.

THIERRY BEAUDET

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE



Le 3 octobre dernier lors du conseil de la CNAM, la Mutualité Française a exprimé un avis défavorable concernant le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020, quelles en sont les raisons ?

Lors du conseil de la CNAM, la Mutualité Française avait estimé que le PLFSS 2020 était un texte de renoncement à l'équilibre des comptes sociaux. La version finalement adoptée par la représentation nationale ne modifie en rien cette analyse. Cette loi de non-financement de la Sécurité sociale ne respecte pas les efforts demandés depuis plusieurs années, aux assurés sociaux, aux adhérents des organismes complémentaires et aux établissements sanitaires et sociaux.

L'an passé, le PLFSS était

présenté comme « le projet de la responsabilité » avec une prévision de retour à l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale dès cette année. La conjoncture était porteuse, la dette sociale devait être apurée sous peu. Déjà les projets s'accumulaient pour profiter de cette embellie. En réalité, et nous l'avions dénoncé à cette époque, ce PLFSS portait en germe un déséquilibre structurel avec la fin du principe de compensation systématique des réductions ou des exonérations de cotisations sociales.

Le résultat ne s'est pas fait attendre. Privé de recettes essentielles, avec une conjoncture à la baisse et des mesures d'urgence post « Gilets jaunes » non compensées, le déficit du régime général atteint plus de 5 milliards d'euros dès 2019, sans espoir de retour à l'équilibre avant la fin du mandat présidentiel.

Nous ne contestons pas les mesures prises par l'État pour répondre à la crise. Ce que nous condamnons, c'est de les faire supporter par la Sécurité sociale. En faisant main-basse sur ses recettes, comment l'État peut-il imaginer la refonder ?

Par ailleurs, la LFSS 2020 contient ponctuellement certaines mesures que nous approuvons. C'est le cas de l'indemnisation du « congé de proche aidant » que nous accueillons

favorablement bien que nous aurions souhaité une mesure plus ambitieuse. La Mutualité Française apporte également son plein soutien à l'extension du champ des expérimentations prévues à l'article 51 de la LFSS pour 2018, à la prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures ainsi qu'à la création de bilans de santé obligatoires à l'entrée dans l'aide sociale à l'enfance. Cependant, notre désaccord de fond sur ce texte demeure.

Actuellement, le système de santé apparaît comme étant à bout de souffle. Pensez-vous que le texte permette d'initier une réelle transformation de ce dernier ?

On le sait, les acteurs de la santé sont au bord de l'épuisement. Il y a d'urgence besoin d'investissements à long terme. Bien sûr, il ne s'agit pas de rajouter plus de moyens dans un système dont nous savons les limites. Il faut le transformer. Mais qui peut penser que nous y parviendrions sans investissements conséquents ? Cette analyse est d'ailleurs partagée par de nombreux acteurs sociaux.

Finalement, après huit mois de mouvement social dans les établissements de santé, l'État a fini par entendre, très partiellement, ces oppositions et s'est décidé à relâcher un peu la chappe budgétaire mise depuis trop d'années sur le secteur hospitalier. Le Premier ministre a présenté le 20 novembre dernier diverses dispositions dont cette mesure budgétaire. Ce « plan

hôpital », dont les conséquences financières ont été tirées dans la LFSS 2020, sera-t-il suffisant pour transformer le système de santé ? Nous en doutons.

Quel regard portez-vous sur le nouveau dispositif « complémentaire santé solidaire » visant à mieux couvrir les frais de santé des Français les plus démunis ?

La politique publique en matière de complémentaire santé tire notre modèle social vers deux extrêmes, au risque de la rupture : le tout-libéral et le tout-État. La possibilité de la résiliation infra-annuelle des contrats santé et l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires potentiels de l'ACS sont les derniers avatars de cette dualisation. Cette extension de la CMU-C est un dispositif destiné aux populations qui n'intéressent pas le marché. Un dispositif qui répond à la tentation du tout-État, calibré par la puissance publique et en partie délégué aux complémentaires santé. Résiliation infra-annuelle comme étatisation insidieuse conduisent à diviser notre société, à déformer les principes fondateurs de notre système de Protection sociale que sont l'universalité, la liberté et l'égalité. En le tiraillant entre la promotion de la concurrence, au bénéfice d'une frange réduite de la population, et la voiture-balai publique pour les plus fragiles de nos concitoyens, ce n'est pas à un renforcement de notre système auquel que nous assistons mais à un renoncement.

NON COMPENSATION :
SÉCURITÉ SOCIALE
 LA FIN DE L'AUTONOMIE
 EN MARCHÉ...
 VOTÉE EN CATIMINI !

PAR ANAÏS FOSSIER

CHARGÉE D'ÉTUDES AU CRAPS

**NON-COMPENSATION QUI REVIENT,
 FAUT-IL LE SOULIGNER, IN FINE À
 FAIRE SUPPORTER LE COÛT DE LA
 CRISE DES GILETS JAUNES AUX
 ASSURÉS SOCIAUX... OU COMMENT
 DONNER D'UNE MAIN ET PRENDRE
 DE L'AUTRE**

A lors que le régime général de la Sécurité sociale a été constamment déficitaire depuis 2002, le Gouvernement prévoyait pour cette année le grand retour, tant attendu, à l'équilibre budgétaire de la Sécurité sociale. Souvenez-vous, c'était il y a tout juste un an, c'était inscrit dans le PLFSS 2019. À la fin 2019, le régime général serait bénéficiaire de 2,5 milliards d'euros. Une situation bénéficiaire que la France n'avait pas connue depuis... 2001. La Sécurité sociale allait enfin pouvoir présenter des excédents au-delà même de l'objectif inespéré du retour à l'équilibre de la Sécurité sociale. C'en serait fini du « trou de la sécu ». C'était sans compter le vote de l'article 3 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020, actant la non-compensation par l'Etat à la Sécurité sociale des

mesures d'urgence prises fin 2018 en réponse à la crise des « Gilets jaunes », qui, rappelons le, visait à promouvoir... Le pouvoir d'achat des citoyens ! L'équilibre de la Sécu, annoncé à grand bruit l'année dernière, aura vécu moins de deux semaines ...

Ainsi, l'exonération de cotisations sociales des heures supplémentaires et les pertes de recettes liées à la création d'un taux intermédiaire de CSG à 6,6 % ne feront pas l'objet d'une compensation¹ du budget de l'État à la Sécurité sociale. Non-compensation qui revient, faut-il le souligner, in fine à faire supporter le coût de la crise des Gilets jaunes aux assurés sociaux... ou comment donner d'une main et reprendre de l'autre, imposant ainsi à la Sécurité sociale la prise en charge des conséquences d'un mouvement qui lui est étranger. À elle, donc et à elle-

seule de prendre des mesures pour réduire un déficit... imposé ! Ou en d'autres termes plus familiers, comment repasser « la patate chaude » ... Et excusez du peu cette non-compensation de ces mesures représente environ 3 milliards d'euros.

Et pourquoi dès lors s'arrêter en si bon chemin. Situation pour le moins ubuesque, à tout le moins courtelinesque, puisque adoptée après minuit par les mêmes qui considéraient il n'y a pas si longtemps à l'occasion de la dernière réforme du règlement de l'Assemblée nationale, qu'il n'était pas sage de légiférer après minuit... Sagesse à géométrie variable donc, alors qu'il nous soit permis de rendre hommage dans ces colonnes à un ancien Président de l'Assemblée² pour avoir en son temps rappelé fort opportunément que ce n'était pas la girouette qui tournait mais le vent !!!

Par l'adoption de cet article, le Gouvernement affiche sa volonté de poursuivre les orientations du rapport Charpy-Dubretret³ remis au Parlement, en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022. Rapport préconisant à la fois que chacune des caisses endosse les baisses de recettes

intervenant dans ses champs d'attribution, mais également un partage entre l'État et la Sécurité sociale du coût des baisses de prélèvements obligatoires selon leur affectation sans qu'il ne soit nécessaire par la suite de procéder à des transferts de compensation, alors même que ce rapport n'a fait l'objet d'aucun débat parlementaire.

Cette « Doctrine Charpy » s'inscrit tant dans une logique de refonte des relations financières entre la Sécurité sociale et l'État, bien qu'historiquement les deux budgets relèvent de circuits financiers distincts que dans une intention de rapprocher les budgets impliquant de fait la non-compensation par l'État de certains allègements de charges ainsi que de l'éventuel basculement d'excédents de la Sécurité sociale pour « remettre à flot » les caisses de l'État, et contenir son déficit sous la barre des 3 %.

Si la non-compensation budgétaire entre l'État et la Sécurité sociale n'est pas nouvelle⁴ puisque « il y a eu une vingtaine de cas dans lequel ce principe n'a pas été respecté », rappelle Olivier Dussopt, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Action et des Comptes publics, la volonté

du Gouvernement de bâtir une doctrine, qui n'est pas une mesure technique comme l'a souligné le socialiste Yves Daudigny, traduit une ambition nouvelle : celle de faire de l'exception la norme en la matière .

En tout état de cause, ce rapport s'inscrit dans une logique de renforcement de l'étatisation de la Sécurité sociale, et participe au changement de logiciel qui s'opère actuellement. Dès lors, à travers cette volonté d'instaurer « une nouvelle solidarité financière », ne doit-on pas craindre que la Sécurité sociale ne devienne qu'une simple

variable d'ajustement financière, que la non-compensation fasse l'objet d'une admission et donc d'un recours opérationnel systématique. Cheval de Troie pour de nouvelles pratiques ? Car qui dit rapprochement des budgets dit conséquemment redéfinition des règles de compensations des allègements de cotisations. L'État par cette dérogation à la loi « Veil » entend décider en lieu et place de la Sécurité sociale, initialement pensée comme un ensemble géré par les Partenaires sociaux et financé par des cotisations.

Alors le discours technocratique visant à démontrer que les

QUI DIT RAPPROCHEMENT DES BUDGETS DIT CONSÉQUEMMENT REDÉFINITION DES RÈGLES DE COMPENSATIONS DES ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS. L'ÉTAT PAR CETTE DÉROGATION À LA LOI « VEIL » ENTEND DÉCIDER EN LIEU ET PLACE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, INITIALEMENT PENSÉE COMME UN ENSEMBLE GÉRÉ PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX ET FINANÇÉ PAR DES COTISATIONS.

relations entre ces deux entités sont trop complexes s'amplifie. Alors l'État régalien, centralisateur et l'État édredon s'oppose sur fonds de crise de dépenses publiques à en oublier les leçons de l'Histoire. Veillons à ne pas tomber dans la facilité, à ne pas confondre « la tuyauterie » avec la finalité des mécanismes. Séparons l'ivraie du bon grain, arrêtons de faire croire à qui veut bien qu'il importe peu que l'effort soit supporté par le budget de l'État ou par celui de la Sécurité sociale : dans les deux cas, il s'agirait d'argent public⁵, alors que de toute évidence ces deux derniers ont une finalité différente. À vouloir trop éteindre... Déjà maître des horloges, l'État transpire suffisamment !!!

FOCUS SUR LA LOI « VEIL »

Le 8 juin 1994 Simone Veil, ministre des Affaires sociales de la santé et de la ville, s'exprimait devant le Sénat⁶, exposant des principes financiers rénovés, notamment au regard des relations financières entre l'État et la Sécurité sociale. La loi pose pour la première fois le principe de compensation par l'État à la Sécurité sociale des mesures d'allègements ou d'exonérations de cotisations sociales. Ainsi, toute mesure d'exonération totale ou partielle de cotisations de Sécurité

sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale doit donner lieu à une compensation intégrale des régimes concernés par le budget de l'État.

Cette compensation s'opère en pratique par le biais de crédits budgétaires et implique que la mesure d'exonération fasse l'objet d'un suivi statistique et comptable distinct, de sorte que les crédits et recettes fiscales compensent exactement les pertes subies par la Sécurité sociale. La compensation intégrale a par la suite été étendue aux mesures de réduction et d'exonération des cotisations sociales ainsi qu'aux réductions d'abattement d'assiettes et plus généralement à tout transfert de charges entre l'État et la Sécurité sociale par la loi du 13 août 2004⁷. La décision de ne pas compenser les mesures d'urgences contrevient ainsi à la loi Veil et par conséquent, à un principe général de la Sécurité sociale, a suscité de vifs débats.

ILS ONT TOUS VOTÉ CONTRE

Au regard de cette logique de renforcement de l'étatisation de la Sécurité sociale et la remise en question de son principe d'autonomie, les caisses nationales de Sécurité sociale, le

2 octobre dernier, ont massivement rejeté le projet de loi pour 2020⁸. Le 10 octobre, la Mutualité Française, la FEHAP, des syndicats et associations adressaient une lettre au Premier ministre pour un retour à la compensation intégrale des exonérations⁹. Le Haut conseil du financement de la Protection sociale a, quant à lui, émis son désaccord dans son rapport annuel remis au Premier ministre, considérant que la Sécurité sociale ne doit pas être affectée par des décisions circonstanciées des différents ministères et plaide à cet égard un retour à une relation claire et stable de la relation État/Sécurité sociale¹⁰. Le Sénat a voté la suppression de l'article, la Sécurité sociale n'ayant pas

vocation à financer des mesures de pouvoir d'achat. Le Président de la commission des Affaires sociales n'a d'ailleurs pas hésité à parler « d'abolition du reste de l'autonomie de la Sécu, subissant une atteinte directe à son modèle social du fait de sa bercisation »¹¹. Cette prise de position met en lumière la coexistence de deux visions tant politique que sociétale : l'une tendant à l'étatisation et l'autre attachée à l'autonomie de la Sécurité sociale, attachement qui semble illustrer un profond refus du tout État car, derrière cette non-compensation, une interrogation subsiste, celle d'une mesure ponctuelle ou d'un subtil glissement vers un État tout puissant... ■

1. LE JDD : « BUDGET DE LA SÉCU : LA NON-COMPENSATION DES MESURES GILETS JAUNES VOTÉE MALGRÉ LES CRITIQUES D'ÉLUS EN MARCHÉ »

2. EDGAR FAURE

3. FONDATION IFRAP : « LE CONTENU DU RAPPORT DUBERTRET-CHARPY SUR LE FINANCEMENT DE LA SÉCU »

4. PUBLIC SÉNAT : « LE SÉNAT REFUSE QUE LES MESURES D'URGENCE SOCIALE PÈSENT SUR LE BUDGET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE »

5. INSTITUT MONTAIGNE : « PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020 : SORTIR DE L'APPROCHE COURT-TERMISTE »

6. VIE PUBLIQUE : « DÉCLARATION DE MME SIMONE VEIL SUR LE PROJET DE LOI DE RÉFORME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE »

7. SÉNAT : « GARANTIR LA COMPENSATION INTÉGRALE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES »

8. MUTUALITÉ FRANÇAISE : « PLFSS 2020 : UN PROJET DE NON FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE »

9. PREVISSIMA : « DÉFICIT DE LA SÉCU : 11 ORGANISATIONS DEMANDENT LE RETOUR À LA COMPENSATION INTÉGRALE DES PERTES DE RECETTES »

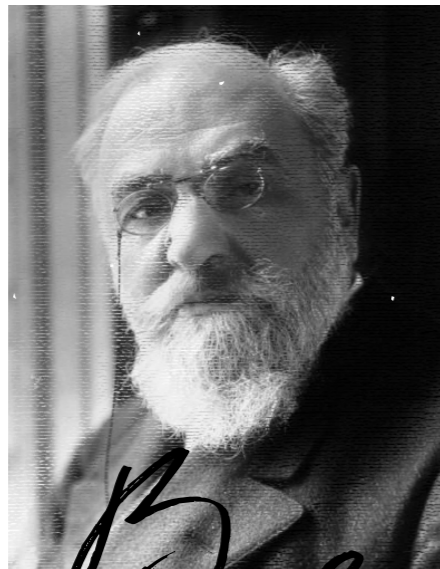
10. VIVA MAGAZINE : « NON COMPENSATION, LE HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DIT SON DÉSACCORD »

11. PUBLIC SÉNAT : « BUDGET 2020 DE LA SÉCU : BERCY CONFOND LES CAISSES S'INSURGE LA DROITE SÉNATORIALE »



LE PORTRAIT

by *Anais Fossier*



*Léon Bourgeois
et l'idéal
Républicain*

À l'heure où notre système de Protection sociale est remis en cause dans ses fondements, à l'heure où le sentiment d'exclusion est fréquemment constaté avec force et dénoncé tout aussi vigoureusement, où l'absence d'intégration d'une fraction de la population - les laissés pour compte - crée un sentiment global de pauvreté, où le lien social se délite et que le consentement à l'impôt comme règle de justice collectivement admise tend vers une contestation sans cesse croissante, comme l'a mis en exergue le mouvement des « Gilets jaunes », la société française ne semble plus partager l'idée que cette justice sociale s'exerce au sein de l'association humaine.

Les rapports des individus à la société se sont considérablement modifiés. Des flamboyantes « Trente Glorieuses » au renoncement permanent des « Trente Piteuses », les notions de responsabilités individuelles, de ciblage ou de segmentation de la Protection sociale ont progressivement remodelé le concept d'appartenance à la Nation et conséquemment celui d'engagement collectif. L'émergence d'abord, l'affirmation ensuite du « droit individuel », ont provoqué l'irruption d'un mouvement à connotation fortement consumériste. Les citoyens revendiquant toujours plus de droits, toujours moins de devoirs. Il

Le consentement à l'impôt comme règle de justice collectivement admise tend vers une contestation sans cesse croissante comme l'a mis en exergue le mouvement des « Gilets jaunes », la société française ne semble plus partager l'idée que cette justice sociale s'exerce au sein de l'association humaine.

semble alors opportun de réexplorer les fondements de la solidarité, doctrine de l'unité sociale comme condition de l'unité nationale exprimant un idéal collectif dont Léon Bourgeois, par son ambition, de réconcilier la nation, fut l'un des apôtres.

La République ne s'est pas imposée spontanément. Il lui a fallu lutter pendant plus d'un siècle pour venir à bout de ses opposants de tous bords, monarchistes, ligueurs, conservateurs, anarchistes, révolutionnaires marxistes léninistes, trotskistes... Comment créer dans cet environnement les conditions consensuelles pour que l'Homme vive en société en se conformant à des règles communes ? Structurante question sociale du 19^{ème} siècle qui menaçait insidieusement la République, dans un contexte marqué par la lutte des classes et la naissance d'aspirations collectivistes à laquelle le solidarisme a apporté une réponse.

La doctrine solidariste s'inscrivant dans une démarche progressiste et réformiste de la société deviendra la pierre angulaire de la société

Rappelons que Bourgeois, profondément anticlérical a toujours exprimé sa volonté de rompre avec la charité chrétienne à l'origine de la lutte des classes, et revêtant un caractère privé à la différence de la solidarité incarnant la charité mue par le droit, cette dernière n'ayant pas vocation à diviser la population entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent, exprimant ainsi l'égalité des êtres humains.

à construire et la philosophie officielle de la III^{ème} République sous l'égide de Léon Bourgeois, membre fondateur du parti radical, partisan de la mutualité et de la prévoyance sociale et référence cardinale en matière de Protection sociale. Le solidarisme érigé en principe républicain, raison d'être de la fraternité et attaché aux idéaux de justice sociale a proposé de résoudre la question des inégalités naturelles par l'institution d'une égalité de droit pour tous.

Conscient que la solidarité de fait ne suffirait ni à justifier ni à élaborer le Pacte social et ne permettrait pas à la justice sociale de se déployer, Bourgeois préconisait que la solidarité se constitue sur un terrain juridique. D'autre part, pour qu'une société évolue, il est essentiel que les membres qui la composent soient libres et concourent vers un objectif commun. Selon lui, le seul objectif qui pouvait être commun à tous les citoyens résidait en la recherche de justice qui avait fait tant défaut les siècles précédents, se rapportant à un principe d'équivalence. Pour que cette justice sociale puisse exister entre les Hommes, ils devaient ainsi devenir des associés solidaires pour trouver une solution aux risques de l'existence, auxquels ils étaient confrontés, association qui ne se justifiait toutefois que si les individus qui la composent étaient considérés comme égaux et ne pouvait perdurer que si ils y consentaient. C'est dans cette optique qu'il théoriserait la notion de quasi-contrat social, contrat auquel

chaque membre de l'association était supposé consentir, ce dernier avait vocation à justifier le Pacte social et à légitimer l'intervention de l'État.

Ainsi, à travers ce quasi-contrat les individus consentaient à se soumettre à des règles jugées conformes car dans l'intérêt de tous. Ces règles étaient fondées sur le principe de dette sociale, "l'homme vivant dans la société et ne pouvant vivre sans elle, est à toute heure un débiteur envers elle. Là est la base de ses devoirs, la charge de sa liberté", en considérant que l'individu par le seul fait de sa naissance était débiteur de l'association humaine et associé aux autres, un individu isolé ne pouvant donc exister. La justice sociale s'exerçait alors par le remboursement d'une dette, dette face à laquelle tous les individus n'étaient pas égaux, il revenait alors à l'État d'établir la répartition des charges et avantages sociaux.

Dès lors, l'impôt était envisagé comme un devoir librement consenti et perçu comme un moyen de s'acquitter de sa dette sociale selon une règle de justice collectivement admise et les

prélèvements fiscaux et sociaux comme de justes rétributions des charges et avantages sociaux. Mais aujourd'hui, l'impôt n'est plus perçu pour une partie des citoyens comme en étant en adéquation avec l'intérêt général. D'ailleurs, selon l'Ipsos, à peine 54 % des Français ont le sentiment aujourd'hui d'accomplir un acte citoyen en payant leurs impôts, presque un Français sur deux (47 %) approuve la décision de s'installer à l'étranger pour payer moins d'impôt. Désormais, de plus en plus de Français ne voient dans l'impôt qu'une forme d'investissement duquel ils devraient tirer un bénéfice personnel.

En partant de ce constat, Michel Bouvier, spécialiste reconnu de finances publiques et de fiscalité estime que « la fonction sociale de l'impôt est devenue de plus en plus évanescence », et que le « citoyen-contribuable » s'est transformé en « usager-client ». Ces chiffres mettent en lumière une remise en cause du concept de dette sociale comme charge et devoir par un consentement à l'impôt toujours plus contesté, impôt pourtant nécessaire au fonctionnement de l'État-Providence. Paradoxalement, l'État reste perçu par certains concitoyens comme celui auquel tout peut être demandé, tout en étant perçu comme une menace. Dans cette optique, les mécanismes de protections tels que les aides sociales sont perçus comme un système de protection individuel où chaque citoyen calcule les bénéfices qu'il peut en tirer, de façon similaire à un

contrat d'assurance au détriment de l'expression d'une solidarité au sein de laquelle il participe. Mais lorsqu'un principe perd peu à peu tout son sens on en oublie sa raison d'être...

La méconnaissance de l'essence même de ce qu'est la solidarité contribue à son déclin. Certaines mesures vont en ce sens : institution de minimas sociaux, mobilisation de la CSG pour financer les prestations sociales, fiscalisation des régimes initialement contributifs... D'ailleurs, la volonté d'instaurer un revenu universel en faveur des citoyens sans qu'il ne soit conditionné à l'exercice d'une activité professionnelle le démontre. En somme, cette volonté de dissocier le revenu de l'activité n'acte-t-elle pas une recrudescence de l'assistanat, quand bien même l'effort individuel de chacun devrait bénéficier à l'ensemble de la collectivité. Rappelons que Bourgeois, profondément anticlérical a toujours exprimé sa volonté de rompre avec la charité chrétienne à l'origine de la lutte des classes, et revêtant un caractère privé à la différence de la solidarité incarnant la charité mue par le droit, cette dernière n'ayant pas vocation à diviser la population entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent, exprimant ainsi l'égalité des êtres humains. Il est alors urgent qu'un débat public s'instaure pour définir le modèle souhaité en France : le modèle du chacun pour soi ou alors celui de la solidarité et de la mutualisation pour que chacun soit solidaire et responsable... ■



PAROLE D'EXPERT

LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE

SOPHIE ALBERT
DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE LA VILLE D'ÉVRARD

Les troubles mentaux engendrent une part importante de la dépense de santé en France. Cependant, la majorité des informations disponibles sur le coût de la pathologie mentale

sont parcellaires. Si les coûts sanitaires directs sont relativement bien déterminés (données de l'Assurance Maladie, DREES, Cour des Comptes, IGAS etc.), les coûts informels englobant tous les

Le coût économique et social des troubles mentaux a été évalué par le comité stratégique de la Santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018 à 109 milliards d'euros par an

“

aspects de la santé mentale (pertes de productivité pour les individus et pour la société, perte de qualité de vie) sont peu étudiés.

Pour l'année 2017, la santé mentale, si l'on regroupe les « maladies psychiatriques »¹ et l'ensemble des traitements chroniques par psychotropes »², représente 23,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de l'assurance maladie et constitue son 2e poste de dépenses dont :

- **6,7 milliards** concernaient les soins de ville ;
- **11,3 milliards** concernaient des hospitalisations ;
- **5,1 milliards** concernaient des prestations en espèces.

La santé mentale est, parmi les pathologies chroniques, celle qui touche le plus grand nombre de personnes. Les maladies psychiatriques concernent 2,1 millions de personnes. Toutefois, si l'on ajoute les 5,1 millions de personnes avec un traitement chronique par psychotrope, ce sont plus de 7 millions de

personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Le coût économique et social des troubles mentaux a été évalué par le comité stratégique de la Santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018 à 109 milliards d'euros par an, dont :

- **65 milliards** pour la perte de qualité de vie ;
- **24,4 milliards** pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides ;
- **13,4 milliards** dans le secteur médical ;
- **6,6 milliards** pour le secteur médico-social.

À noter que ces chiffres sont tirés d'une étude réalisée en octobre 2014 par la fondation FondaMental et l'Unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-Eco)³ basée sur les données de l'Assurance Maladie de 2012. Malgré l'ancienneté des données, cette étude a pour mérite de mettre en avant deux variables peu

étudiées habituellement : la perte de productivité liée au handicap psychique, ainsi que la perte de qualité de vie pour les individus.

Elle permet également de conclure que le coût informel des pathologies mentales est bien supérieur aux dépenses formelles directement engagées pour la psychiatrie (secteur sanitaire, dépenses de l'assurance maladie).

ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

La psychiatrie a posé les bases du parcours patients et de l'ambulatoire dès les années 60 avec la politique de secteur, qui avait la volonté de mettre fin à une prise en charge asilaire des patients. L'apparition des neuroleptiques (à partir des années 50) aidant sans doute à favoriser la sortie hors les murs. La réforme du secteur a été initiée par une simple circulaire du 15 mars 1960. Elle n'a reçu une base législative que dans les années 80 sous le ministère d'Edmond Hervé.

Le monde psychiatrique reste très attaché au secteur et la loi santé de 2016 en réaffirme le principe.

Dans un monde idéal, le secteur devrait permettre de placer le patient dans un parcours de soins fluide où il serait suivi par un médecin traitant et un spécialiste. En cas de besoin, il serait accueilli à l'hôpital pour un séjour court, l'aval serait organisé

entre un accueil médico-social, un retour à domicile, un habitat inclusif, un foyer, une famille d'accueil où il bénéficierait d'un suivi ambulatoire adapté. Il n'y aurait pas de sans solution...

Ainsi tout au long de sa vie, en fonction de son état de santé, il lui serait toujours proposée une prise en charge répondant à son besoin, y compris pour les situations particulières des détenus en crise ou des patients relevant des unités pour malades difficiles. La prise

”

Les opposants à l'implantation de toute la psychiatrie à l'hôpital général redoutent une perte d'identité pour leur discipline.

en charge serait rapide, assurée par des professionnels formés aux dernières évolutions de l'état de l'art, en nombre suffisant, et les patients seraient admis dans des structures adaptées à la complexité de leur état à toutes les étapes de leur vie (enfance, adolescence, adulte et gériatrie).

N'oublions pas que, dans ce monde idéal, la maladie serait maîtrisée autant que possible grâce à une politique de dépistage précoce mais aussi par des actions sur des déterminants de santé aussi larges que l'éducation, l'environnement et la réduction des inégalités

sociales, dont on sait que plus elles sont importantes, plus la prévalence des troubles mentaux augmente. Les politiques de santé mentale prendraient en compte les déterminants socio-économiques et environnementaux tels que la pauvreté, la discrimination, les faibles niveaux d'instruction et l'instabilité économique.

UN SECTEUR EN CRISE EN PARTIE EXPLIQUÉ PAR

La crainte d'un appauvrissement de la psychiatrie

Les forts mouvements sociaux de 2018 ont exprimé leur malaise. Selon eux, les moyens de la psychiatrie ne cessent de diminuer et celle-ci ne peut plus faire face à ses missions qui, elles, ne font qu'augmenter. Pour beaucoup, cet appauvrissement ne serait que la conséquence du peu de considération dans laquelle la société a depuis toujours tenu la maladie mentale et ceux qui en souffrent, et pourtant la dépense consacrée au traitement des pathologies psychiatriques, liée aux soins hospitaliers et ambulatoires, publics et privés, n'a pas diminué ces dix dernières années. La question ne peut donc se limiter aux seuls moyens.

La crainte d'une perte d'identité de la psychiatrie par non reconnaissance de sa spécificité

Les opposants à l'implantation de toute la psychiatrie à l'hôpital général redoutent une perte

d'identité pour leur discipline. Ils considèrent que la conception de la maladie et de son traitement, porté par le modèle des soins somatiques, finirait par s'imposer à la psychiatrie quand, selon eux, la pathologie psychiatrique a une spécificité exigeant des approches médicales adaptées. La création des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), avec la loi du 27 janvier 2016, a réveillé chez certains ces craintes, quand il a été question d'inclure dans ces groupements des établissements spécialisés en psychiatrie.

La crainte d'une dilution de la psychiatrie dans un ensemble plus large, la santé mentale

La loi du 27 janvier 2017 définit la politique publique comme étant de « santé mentale ». Deux commissions de concertation sont créées au niveau national, certes articulées entre elles mais distinctes, au point d'être consultées séparément sur les mêmes sujets : le conseil national de santé mentale (CNSM) et le comité de pilotage de psychiatrie (COPIL psy). Cela peut laisser penser que psychiatrie et santé mentale sont deux objets différents, l'un recouvrant le domaine du soin, et l'autre celui de la prévention et de la réinsertion-réadaptation alors qu'ils sont intimement liés.

Une méfiance réciproque opposant souvent les représentants de la psychiatrie à l'administration de l'État

D'accord sur l'essentiel, à savoir

la volonté de réduire la place de l'hospitalisation et d'accroître celle des soins ambulatoires, de la prévention, de la réinsertion-réadaptation, les professionnels de la psychiatrie et l'administration de l'État expriment pourtant entre eux une méfiance réciproque. Du côté de la psychiatrie, on vient de le voir, les craintes sont nombreuses et fortes, difficiles à dépasser. Du côté de l'administration prévaut la conviction que le dispositif de soins n'en fait pas assez, et fait même parfois preuve de résistance, pour réduire le nombre des lits, limiter les séjours inadéquats, éviter les longues hospitalisations, diversifier ses modes de prise en charge, intervenir dans la cité le plus largement possible.

Le handicap psychique ne succède pas forcément dans le temps à la maladie psychiatrique, il en est la conséquence, exprimée en termes de limitation des capacités, et évolue.

Une limite floue entre la maladie mentale et le handicap psychique

Le handicap psychique ne succède

pas forcément dans le temps à la maladie psychiatrique, il en est la conséquence, exprimée en termes de limitation des capacités, et évolue. Equipes psychiatriques, sociales et médicosociales interviennent donc souvent sur la même période auprès de la personne qui est en même temps malade et handicapée. Inévitablement se pose donc la question des complémentarités nécessaires entre les équipes relevant de chacun de ces différents domaines, et, par conséquent, celle des limites respectives de leurs interventions.

Une défaillance de l'égalité d'accès

Aux inégalités liées au dispositif de soins s'ajoutent celles tenant à l'information des patients :

- Les disparités d'équipements, de professionnels de santé et de moyens financiers entre territoires sont anciennes, bien connues mais persistantes. Les capacités de prise en charge varient considérablement d'un département à l'autre. Les écarts de capacité en lits et places, pour la psychiatrie générale, variaient en 2015 de 1 à 3,552. La densité des professionnels de santé est également très variable. Ainsi, les écarts de densité de psychiatres vont de 1 à 4 en 2016.
- La pédopsychiatrie est

Equipes psychiatriques, sociales et médico-sociales interviennent donc souvent sur la même période auprès de la personne qui est en même temps malade et handicapée. Inévitablement se pose donc la question des complémentarités nécessaires entre les équipes relevant de chacun de ces différents domaines, et, par conséquent, celle des limites respectives de leurs interventions.

chroniquement défavorisée : les délais d'accès aux soins pour les enfants sont de 2 à 6 fois supérieurs à ceux constatés pour les adultes alors même que la précocité de la prise en charge est considérée comme déterminante.

- L'accès aux structures de soins peut être difficile du fait de leur implantation ou de leurs horaires qui sont difficilement compatibles avec une vie professionnelle. Ils sont parfois mal desservis par les transports en commun et certains regroupements de structures, répondant à des contraintes organisationnelles et budgétaires, réduisent la proximité de l'offre pour les patients.
- L'accès aux soins en urgence est parfois difficile, notamment à

domicile. L'accès aux soins en urgence est toujours possible à travers les urgences somatiques ou les centres de crise. Cependant, pour les patients qui, dans le déni de leur maladie, refusent une prise en charge, les familles ne parviennent pas à obtenir une intervention au domicile. Que ce soit en raison d'un manque de moyens (absence d'équipe mobile) ou pour un motif clinique (consentement du patient aux soins requis), l'intervention en urgence au domicile est souvent limitée aux cas de danger imminent. Ce sont alors souvent le SAMU ou les forces de l'ordre qui interviennent, pas les équipes de psychiatrie.

- L'accès aux soins repose sur une demande que les

plus vulnérables peinent à formuler. Les personnes isolées ou les plus précaires ne disposent souvent pas de l'accompagnement nécessaire et ne formulent pas de demande de soins par eux-mêmes.

- La télémédecine n'est pas utilisée comme un levier pour améliorer l'accès aux soins.
- Des conditions d'hospitalisation trop souvent insatisfaisantes, il existe une forte hétérogénéité des conditions d'hébergement offertes par les unités d'hospitalisation, et plus largement les lieux de soins psychiatriques.

Un dispositif en passe de devenir illisible et difficile à piloter

- Un dispositif de soins complexe, pour les usagers, comme pour les professionnels de la psychiatrie et leurs partenaires. Certaines structures de soins intersectorielles répondent aux besoins d'une zone territoriale d'un établissement, d'une ville, d'un département ou d'une région. S'y ajoute l'offre de soins non sectorisée, parfois conçue comme une alternative, parfois comme un recours spécialisé (c'est le cas par exemple des centres experts). Cette construction de l'appareil de soins devient difficile à cerner par les professionnels de santé mentale eux-mêmes, qui ont besoin désormais de procéder à un inventaire des solutions thérapeutiques à leur disposition dans leur

environnement plus ou moins proche.

- Des établissements engagés

”

Tous ces outils sont conçus pour une durée de cinq ans, mais par quoi faut-il commencer ? Dans quel ordre temporel devrait se succéder chacun de ces outils d'organisation ?

dans des organisations multiples : la majorité des établissements publics psychiatriques sont membres d'un GHT. Ils peuvent aussi s'associer au sein d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT). Les espaces de développement du GHT et de la CPT ne coïncident pas forcément. Ils doivent par ailleurs s'inscrire dans le projet territorial de santé mentale (PTSM). Ces multiples appartenances possibles risquent fort de conduire les établissements à s'épuiser à élaborer plusieurs projets d'organisation et de fonctionnement plus ou moins compatibles entre eux, ou à se perdre dans trop d'engagements différents.

- L'enchevêtrement des outils d'organisation n'a d'égal que l'enchevêtrement des territoires. Ainsi il faudra concilier :

- Le projet d'établissement de l'hôpital, sur la base duquel est défini un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS ;
- Le projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire (GHT), arrêté par l'instance de gouvernance du GHT ;
- Le projet régional de santé (PRS) arrêté par l'ARS, qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention ;
- La convention constitutive de la CPT, qui fixe des objectifs et des mesures à prendre en conséquence, associe la psychiatrie de service public et ses partenaires (privés et/ou médico-sociaux, sociaux)
- Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) qui porte sur l'organisation des soins, mais plus largement sur les dispositions opérationnelles dans le domaine de la santé mentale.

Tous ces outils sont conçus pour une durée de cinq ans, mais par quoi faut-il commencer ? Dans quel ordre temporel devrait se succéder chacun de ces outils d'organisation ? Se pose la question de la méthode et du processus de concertation à dérouler pour parvenir à une cohérence globale de ces travaux.

Mais restons optimiste, le constat est partagé, la psychiatrie est un sujet politique sensible et d'actualité. Il ne reste plus qu'à réussir

- Un partenariat indispensable pour la fluidité des parcours : la psychiatrie, comme toutes les disciplines médicales, doit établir des partenariats avec les autres acteurs du parcours du patient.
- Qui ne finisse pas pourtant par dessiner une forme « d'asile dans la ville » en gérant tous les aspects de la vie quotidienne du patient (hébergement, repas, loisirs, activités sportives et culturelles), comme prétendait le faire l'asile à son origine ■

1. PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES : CE GROUPE COMPREND LES TROUBLES PSYCHOTIQUES (DONT LA SCHIZOPHRÉNIE), LES TROUBLES NÉVROTIQUES ET DE L'HUMEUR (DONT LES TROUBLES BIPOLAIRES ET LA DÉPRESSION), LA DÉFICIENCE MENTALE, LES TROUBLES ADDICTIFS, LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DÉBUTANT DANS L'ENFANCE ET L'ENSEMBLE DES AUTRES TROUBLES PSYCHIATRIQUES (DE LA PERSONNALITÉ OU DU COMPORTEMENT).

2. TRAITEMENTS PSYCHOTROPES : IL S'AGIT DE PERSONNES PRENANT RÉGULIÈREMENT DES TRAITEMENTS ANTIDÉPRESSEURS ET RÉGULATEURS DE L'HUMEUR, DES NEUROLEPTIQUES, DES ANXIOLYTIQUES ET OU HYPNOTIQUES (HORS PATIENTS AYANT DÉJÀ UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE).

3. PRÉVENTION DES MALADIES PSYCHIATRIQUES : POUR EN FINIR AVEC LE RETARD FRANÇAIS, OCTOBRE 2014.



LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE ÉCLATÉE ?

PATRICE CORBIN
CONSEILLER MAÎTRE HONORAIRE À LA COUR DES COMPTES

C'est ce que nous dit Jérôme Fourquet, politologue et Directeur de département à l'IFOP, dans son dernier livre, "L'archipel français" (éditions du Seuil) dont le sous-titre résume bien le propos : « naissance d'une nation multiple et divisée ».

Il s'agit là d'une analyse très fouillée s'appuyant sur un ensemble de travaux sociologiques mettant en regard des données de nature très diverse comme par exemple l'évolution, en France, sur une longue période, du nombre de prêtres catholiques ou celle des prénoms donnés aux enfants.

Pour suivre la métaphore géographique de Jérôme Fourquet, la société française pouvait être, il y a encore quelques années, assimilée à un continent, avec une « matrice anthropologique » très forte : le catholicisme qui structurait la société sur le plan culturel et politique et sécrétait des oppositions tout autant structurantes (France laïque versus France catholique), voire une contre église : le parti communiste. Or, cette matrice, ce continent, s'est fragmenté en un ensemble d'îles (l'archipel français) qui, certes, ont encore des relations ensemble, mais ne constituent plus un continent.

Le premier étonnement est peut-être en effet la rapidité de cette dislocation de la matrice catholique. En 50 ans, la proportion de personnes déclarant se rendre à la messe tous les dimanches est passée de 35 % des français à 6 % ; la fréquentation de la messe dominicale a quasiment disparue du paysage social et les prêtres catholiques sont en passe de devenir une espèce en voie de disparition. On comptait en 1950 le même nombre de prêtres, religieux et religieuses (177 000)

qu'en 1789. Ce chiffre n'est plus que de 51 500 en 2015. Si cette tendance se confirmait, la France ne compterait plus un seul prêtre catholique d'ici 30 ans.

Alors qu'au début des années 60 l'Église, en tant qu'institution et corps social, était « à l'échelle de l'État », ce qui n'est plus du tout le cas aujourd'hui. Cet effondrement du catholicisme s'est accompagné de ruptures majeures dans les mœurs : fort recul du nombre de

“ **L'ADHÉSION À L'IVG EST DEVENUE LARGEMENT MAJORITAIRE ET L'HOMOSEXUALITÉ ÉTAIT, EN 2012, CONSIDÉRÉE PAR 87 % DES FRANÇAIS COMME UNE AUTRE MANIÈRE DE VIVRE SA SEXUALITÉ CONTRE 54 % EN 1986.** ”

mariages, augmentation du nombre des PACS et des divorces (un divorce pour 2,5 mariages contre un pour 8 il y a 30 ans), augmentation sans précédent du nombre de naissances hors mariage (6 naissances sur 10 aujourd'hui). L'adhésion à l'IVG est devenue largement majoritaire et l'homosexualité était, en 2012, considérée par 87 % des français comme une autre manière de vivre sa sexualité contre 54 % en 1986. Des évolutions comparables peuvent être constatées pour le droit au mariage des couples homosexuels, pour la PMA ou en faveur de l'incinération. « Le catholicisme n'est plus aujourd'hui que le cadre religieux et culturel

d'une île parmi d'autres au sein de l'archipel français ».

Il en est de même pour « l'église rouge » ; le Parti Communiste représentait et structurait, jusqu'à la fin des années 70, entre un cinquième et un quart de la société française et était une force susceptible de faire pièce à l'église catholique. En 2007, Marie-George Buffet recueillait 1,9 % des suffrages (147 municipalités communistes en 1977 contre 34 en 2014).

Avec ces deux effondrements,

AVEC CES DEUX EFFONDREMENTS C'EST TOUT L'ÉDIFICE IDÉOLOGIQUE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE QUI S'EST TROUVÉ DÉSTABILISÉ ET QUE, SELON JÉRÔME FOURQUET, EST APPARUE CETTE SOCIÉTÉ-ARCHIPEL.

c'est tout l'édifice idéologique de la société française qui s'est trouvé déstabilisé et que, selon Jérôme Fourquet, est apparue cette société-archipel. À vrai dire, cette métaphore géographique trouve assez rapidement ses limites car, si le livre isole clairement quelques-unes des îles de l'archipel (poids culturel croissant des populations issues de l'immigration arabo-musulmane, sécession des élites, affranchissement culturel et idéologique des classes populaires), il met également en évidence d'autres clivages au sein de la société comme le niveau culturel ou le clivage géographique entre régions gagnantes et régions perdantes.

L'une des îles de cet archipel français qui provoquera le plus de discussion concerne le poids croissant des populations issues de l'immigration arabo-musulmane. L'auteur utilise sur ce sujet un outil inhabituel, celui de l'onomastique, qui s'intéresse, à partir des fichiers de l'INSEE, aux prénoms donnés aux nouveau-nés. Jérôme Fourquet a concentré son travail sur l'évolution, année par année, du nombre de nouveau-nés portant, au sein d'une même classe d'âge, un prénom d'origine arabo-musulmane.

L'auteur prend la précaution de nous indiquer qu'il mesure là un poids culturel et non un poids démographique ; cet ensemble de prénoms ne représentant pas « une communauté » mais simplement un groupe social (ensemble de personnes ayant en commun des caractéristiques sociales).

La proportion de nouveau-nés, en métropole, portant un prénom arabo-musulman était, en 1964, d'environ 2 %, elle était de 7 % des naissances en 1983 et 18,8 % de la classe d'âge née en 2016 (et non bien sûr de l'ensemble de la population) ; étant bien précisé par ailleurs que ce chiffre donne une indication du poids culturel de la population de culture arabo-musulmane dans les nouvelles générations (et non de la proportion de musulmans en France qui se situe autour de 10 %).

La question soulevée par le livre est moins de savoir si ce poids culturel fait de la France une société multiculturelle ou si l'hétérogénéité de ce groupe social (ou de la partie la plus jeune de ce groupe social) est telle que « l'île arabo-musulmane » est plus petite mais plus rétive à l'intégration. En effet, si une partie de ce groupe social s'intègre à bas bruit (10 % des soldats français tués en Afghanistan était issus de l'immigration), une autre partie (et notamment la plus jeune) marque un regain de religiosité creusant, notamment sur les questions de mœurs, un fossé culturel avec l'ensemble de la population. À titre d'exemple, l'enquête menée auprès d'un large échantillon d'adolescents montre que 74 % des jeunes de 18-24 ans, de confession ou de culture musulmane, considèrent qu'une femme doit rester vierge jusqu'au mariage alors que cette opinion n'est partagée que par 9 % de l'ensemble de la population appartenant à la même classe d'âge.

Jérôme Fourquet évoque, également, comme constitution de l'une des îles, la sécession des élites : selon lui, les membres de la classe supérieure se sont progressivement coupés du reste de la population et se sont aménagés un entre-soi culturel et géographique bien confortable.

L'explication de ce phénomène est à rechercher dans la nouvelle

stratification, à la fois éducative et géographique, engendrée par l'augmentation très significative

JÉRÔME FOURQUET ÉVOQUE, ÉGALEMENT, COMME CONSTITUTION DE L'UNE DES ÎLES, LA SÉCESSION DES ÉLITES : SELON LUI, LES MEMBRES DE LA CLASSE SUPÉRIEURE SE SONT PROGRESSIVEMENT COUPÉS DU RESTE DE LA POPULATION ET SE SONT AMÉNAGÉS UN ENTRE-SOI CULTUREL ET GÉOGRAPHIQUE BIEN CONFORTABLE.

de la proportion de diplômés du supérieur, qui représentent maintenant 30% de l'ensemble de la population et qui ont tendance à se concentrer dans les métropoles, entraînant ainsi un recul de la mixité sociale. Le cas de Paris est emblématique : en 1982 les professions intellectuelles représentaient 24,7 % de la population active parisienne, elle atteint 46,4 % en 2013.

Le poids démographique et la concentration géographique de ces catégories CSP+ (Catégories Socio-Professionnelles Supérieures) les amènent de plus en plus à vivre en autarcie avec, en effet miroir, un affranchissement culturel et idéologique des classes populaires, autre île de l'archipel.

Jérôme Fourquet parle, à ce propos,

du « retournement des stigmates de la part des catégories populaires » à partir de trois phénomènes, dont le cumul apparaît clairement dans certaines zones géographiques : la proportion de nouveau-nés portant un prénom anglo-saxon, la mode du tatouage et le vote Front national. Si, traditionnellement, les classes populaires suivaient pour leurs enfants les choix des CSP+, il n'en est plus rien. Si, dans les années 60, 2% des enfants recevaient un prénom anglo-saxon, cette proportion atteindra 12% des naissances en 1993. Toutes périodes confondues, le prénom Kevin aura été le prénom masculin le plus donné en France pendant 7 années consécutives (influence du film « Danse avec les loups » avec Kevin Costner sorti en 1991) ; cette mode ne concernera évidemment pas les cadres et les professions intellectuelles.

On constate par ailleurs une très forte prévalence de ces prénoms dans tout le quart nord-est du pays, où les catégories populaires sont surreprésentées ; il existe une carte des Kevin, et des Dylan qui recoupe la carte des votes pour le Front National. Le vote FN, comme le choix des prénoms, traduirait ainsi un phénomène d'affranchissement de toute une partie des classes populaires qui ont développé leur propre culture dont certains éléments sont le tatouage ou la chasse.

Ces deux « îles » mettent en évidence

de nouvelles stratifications de la société française ; stratifications qui existaient déjà mais qui étaient plus ou moins occultées par le clivage gauche/droite. Il s'agit du clivage opposant les tenants de l'ouverture au monde et ceux qui demandent davantage de protection (économiques, sécuritaires, identitaires) ; les premiers regroupent les CSP+ tandis que les seconds rassemblent les ouvriers et les classes moyennes faiblement diplômées. Ces clivages recoupent électoralement les votes oui et non aux deux référendums sur l'Europe ainsi que le deuxième tour des dernières élections présidentielles.

Il s'agit également du clivage correspondant à la dynamique sociale et économique dans laquelle s'inscrit l'électeur soit,

“ LES RÉGIONS DU NORD ET DE L'EST DUREMENT FRAPPÉES PAR LA DÉSINDUSTRIALISATION ÉPROUVENT UN SENTIMENT AIGU DE DÉCLIN ET DE DÉCROCHAGE QUI A FAVORISÉ LE VOTE FN. À L'INVERSE, DANS L'OUEST, LES HABITANTS ONT L'IMPRESSION DE VIVRE DANS DES RÉGIONS ÉCONOMIQUEMENT PRÉSERVÉES, CLIMAT MOINS PROPICE AU FN.

à titre personnel, progression sociale par rapport aux parents ou déclassement, mais également à titre collectif, selon que la région est perçue comme « gagnante » ou « perdante » ; ainsi les régions du

Nord et de l'Est durement frappées par la désindustrialisation éprouvent un sentiment aigu de déclin et de décrochage qui a favorisé le vote

“ AU PREMIER TOUR DES DERNIÈRES ÉLECTIONS PRÉSIDENTIELLES, L'ÉCART DE VOTE EN FAVEUR D'EMMANUEL MACRON ENTRE LES DÉTENTEURS D'UN DIPLÔME INFÉRIEUR AU BAC ET CEUX DIPLÔMÉS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EST DE 18 POINTS.

FN. À l'inverse, dans l'Ouest, les habitants ont l'impression de vivre dans des régions économiquement préservées, climat moins propice au FN.

Il s'agit enfin du clivage centre/périphérie : la métropole et son immédiate périphérie votent Macron et, au fur et à mesure que l'on s'éloigne du centre-ville, le vote Le Pen prospère au point de l'emporter à 30 km de la métropole.

La variable la plus discriminante est cependant en définitive celle du niveau d'étude ; beaucoup plus que le revenu ou la CSP. Au premier tour des dernières élections présidentielles, l'écart de vote en faveur d'Emmanuel Macron entre les détenteurs d'un diplôme inférieur au bac et ceux diplômés de l'enseignement supérieur est de 18 points. Plus récemment, l'identification aux « Gilets jaunes » était la plus forte parmi

les détenteurs d'un CAP ou d'un BEP.

Jérôme Fourquet conclut son livre en montrant que si l'élection d'Emmanuel Macron a bien été un big-bang électoral, cette élection n'est que la résultante de mouvements profonds qui travaillaient la société française depuis longtemps. La constitution autour du nouveau Président de la République d'un bloc « central-libéral-élitaire » ne fait que rassembler les électeurs ouverts au monde et ayant voté oui aux référendums européens, ainsi que les électeurs de gauche qui se satisfaisaient de la gestion centriste des différents gouvernements socialistes. L'analyse des résultats de cette élection met aussi en évidence à la fois une sorte de nouvel affrontement de classes et en même temps une série de clivages que le sous-titre du livre : « une nation multiple et divisée » résume bien.

La lecture de ce livre soulève des interrogations graves et fondamentales : dans un contexte certes différent, les conflits et les clivages au sein de la société française n'étaient-ils pas aussi importants il y a 50 ans ? Les fragmentations de la société décrites dans ce livre sont-elles à ce point profondes qu'elles débouchent sur une ou des formes de guerre civile, ou ne sont elles que la manifestation d'une société diverse qui n'empêche pas les hommes de faire société ? ■



DONNER AU TERRAIN L'ENVIE D'AVANCER

MATTHIEU GIRIER
PRÉSIDENT DE L'ADRHSS

Voir fonctionner l'hôpital public d'aujourd'hui conduit irrémédiablement à constater une cascade de paradoxes. Paradoxe d'un service public aimé des Français, loué pour la qualité de son service mais souvent critiqué pour la carence de son accueil, trop bondé, trop

administratif, trop rigide, qui ne donne pas à tous, et à tout moment, l'attention qu'il ou elle requiert. Paradoxe d'une organisation portée depuis plusieurs siècles par le progrès technique et technologique, et qui rejette, en ces temps de difficultés, le principe du changement permanent qui l'a vu naître et prospérer. Paradoxe d'une organisation conduite par nature à faire du sur-mesure, en matière de parcours, de soins et d'accompagnement, mais qui demeure enfermée dans un certain schéma de l'égalité pour tous et où la rigidité extrême demeure la règle.

LES RÉCENTES LOIS MA SANTÉ 2022 ET TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE SONT VENUES APPORTER DES RÉPONSES TANGIBLES AUX BESOINS DES ORGANISATIONS

À ces problématiques, les récentes lois Ma Santé 2022 et Transformation de la fonction publique sont venues apporter des réponses tangibles aux besoins des organisations, dont certaines étaient attendues de longue date : simplification des statuts, nouveaux leviers managériaux pour le personnel médical et paramédical, renforcement de l'égalité professionnelle et de l'inclusion de tous dans la fonction publique. En quelques mots, recentrer le service public sur ce qu'il a de meilleur et de plus identitaire, l'égalité des chances, la capacité à s'adapter

dans la continuité, et l'aider à poursuivre sa mue dans un contexte de rupture technologique majeure, celle de l'intelligence artificielle et de l'automatisation.

Plusieurs dispositifs vont être suivis de près, en ce qu'ils sont prometteurs pour l'avenir. La fin de la notation et la création d'un vrai dispositif d'évaluation professionnelle va venir mettre un terme à des décennies de cloisonnement, où progresser dans sa carrière tenait plus de l'ancienneté que de la compétence. L'émergence d'un dispositif d'intéressement collectif à



l'amélioration de la qualité du service rendu va permettre, pour sa part, de recentrer la notion de collectif et d'équipe, de créer de nouveaux motifs de coopération et d'entraide, au profit du service rendu au patient.

La refonte des règles d'emploi contractuel conduira, enfin, à rationaliser le recours – prime de précarité oblige – et à rendre plus transparent le positionnement des agents contractuels dans les unités. Tout cela va dans le bon sens, certes, mais les réformes conduites en 2019 dessinent surtout le contour de tout ce qui manque, encore, sur le terrain, pour pouvoir conduire une politique RH ambitieuse. L'absence d'avancée sur la simplification des positions statutaires, qui demeure d'une grande complexité, la difficulté qui se fera toujours croissante de retenir dans le statut de la fonction



PLUSIEURS DISPOSITIFS VONT ÊTRE SUIVIS DE PRÈS, EN CE QU'ILS SONT PROMETTEURS POUR L'AVENIR. LA FIN DE LA NOTATION ET LA CRÉATION D'UN VRAI DISPOSITIF D'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE VA VENIR METTRE UN TERME À DES DÉCENNIES DE CLOISONNEMENT, OÙ PROGRESSER DANS SA CARRIÈRE TENAIT PLUS DE L'ANCIENNETÉ QUE DE LA COMPÉTENCE.

publique les professionnels très qualifiés des fonctions administratives et techniques pour des raisons salariales – les grilles de rémunération des attachés d'administration, et dans une moindre mesure, des techniciens supérieurs et des ingénieurs étant de plus en plus déconnectées de la réalité du marché du travail pour ces professionnels.

Devant les enjeux qui sont les nôtres, force est de constater que des champs très larges de réforme potentielle et de modernisation demeurent ouverts, concernant notamment tous ces leviers dont sont privés les collectifs hospitaliers et qui amputent l'action sociale. Où sont les dispositifs de retraite complémentaire qui, aux côtés du régime de retraite additionnel de la fonction publique

(RAFP), permettraient à des employeurs d'abonder de façon optionnelle au niveau de vie de leurs agents futurs retraités ? Le service public se conçoit sans participation et sans plan épargne entreprise, par principe liée à la notion de rentabilité, mais n'est-il donc pas possible de reconnaître l'engagement individuel et collectif par une rétribution volontaire des employeurs publics ? N'est-il pas envisageable d'aider les plus précaires et les plus socialement fragilisés parmi les agents publics en décidant, établissement par établissement, en fonction de sa situation budgétaire et géographique, de distribuer une prime venant compenser la cherté de la vie ?

La politique de ressources humaines dans les établissements

publics a ceci de particulier qu'elle doit s'adresser à un spectre très large de personnels, d'aspirations individuelles et de défis collectifs, sans disposer de tous les outils que peuvent mobiliser les entreprises privées, pourtant très nombreuses sur les marchés de l'emploi, très complexes et exigeants, des métiers de la santé. Les DRH d'aujourd'hui usent des quelques leviers qui sont les leurs, et qui structurent les plans de Qualité de vie au travail, mais dont la portée, si elle est réelle, demeure limitée

Poursuivre la réforme de l'hôpital passera donc par la libération des énergies locales, des équipes de terrain, des initiatives d'établissements : donner au terrain l'envie d'avancer, et lui donner les leviers qui vont lui permettre de donner plus de sens et de corps aux carrières hospitalières, devient capital à l'heure de l'accélération du changement. Les équipes hospitalières, médicales, soignantes, administratives, techniques, y sont prêtes, attendent avec impatience la

LA POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS A CECI DE PARTICULIER QU'ELLE DOIT S'ADRESSER À UN SPECTRE TRÈS LARGE DE PERSONNELS, D'ASPIRATIONS INDIVIDUELLES ET DE DÉFIS COLLECTIFS, SANS DISPOSER DE TOUS LES OUTILS QUE PEUVENT MOBILISER LES ENTREPRISES PRIVÉES, POUTANT TRÈS NOMBREUSES SUR LES MARCHÉS DE L'EMPLOI, TRÈS COMPLEXES ET EXIGEANTS, DES MÉTIERS DE LA SANTÉ.



et circonstancielle. Il convient désormais d'aller plus loin, et de contribuer à la création de nouveaux champs d'expérimentation pour les établissements en pointe en la matière.

conclusion de la transformation à l'œuvre. Elles seront sans doute le creuset de l'hôpital de demain, et ne demandent désormais qu'à éclore ■



HEURS ET MALHEURS DE LA SÉCU DE 1945

DOMINIQUE HÉNON
ANCIEN DIRECTEUR FINANCIER DE LA CPAM DE PARIS

Au terme d'un parcours particulièrement chaotique dans un climat social exceptionnellement dégradé où la Réforme des retraites occupe (au propre et au figuré) le haut du pavé, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS, prévue à l'art. 34 de la Constitution) pour

2020 se rapproche à bas bruit d'une promulgation imminente, sachant qu'il revient encore au Conseil Constitutionnel d'examiner les deux saisines déposées par des parlementaires insatisfaits.

En effet, l'Assemblée nationale a adopté le 4 décembre dernier, en lecture définitive, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2020, 347 députés ayant voté "pour", 183 ayant voté "contre" et 17 s'étant abstenus.

Ce score paraît d'autant plus remarquable (sous l'angle de la cohésion du parti majoritaire à l'Assemblée) qu'il était loin d'être acquis au tout début du processus législatif, très mal entamé dans la mesure où :

- D'une part, le rapport de la Cour des Comptes - qui initie la procédure parlementaire - mettait vivement en cause la « décision du gouvernement de ne pas compenser financièrement l'accroissement des charges pour la Sécurité sociale résultant d'un transfert de charges ou de nouvelles exonérations de charges dans un contexte de rechute du déficit » ;
- D'autre part, le rapporteur général de la Commission des Affaires Sociales (Olivier Véran, député LREM) avait fait siennes ces réserves partagées et manifestées de manière réitérée par une large fraction des sénateurs .

Sur le fond, la LFSS votée prévoit un déficit combiné du régime général (famille, maladie, vieillesse et accidents du travail) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de près de 5,4 milliards d'euros (idem qu'en 2019), contre 5,1 milliards d'euros fixés en première lecture, les branches accidents du travail et famille restant seules excédentaires.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à +2,45 % en 2020 (au lieu de +2,3 % en première lecture), contre 2,5 % en 2019. Autrement dit, le fait marquant de ce budget de la Sécu est le report du retour à l'équilibre des comptes sociaux qui, l'an dernier, avait été programmé pour 2020. Le déficit du régime général, annoncé initialement à 5,1 milliards d'euros en raison de la non-compensation des mesures dites « Gilets jaunes » et d'une conjoncture moins favorable qu'attendue, a été creusé à 5,4 milliards d'euros par les mesures d'urgence décidées par le gouvernement pour répondre à la crise de l'hôpital. Annoncées le 20 novembre par le Gouvernement, les mesures prévoyant une rallonge budgétaire de 300 millions d'euros ont été introduites par amendement en nouvelle lecture au Palais Bourbon.

Pour le reste, les principales mesures s'articulent principalement autour de quatre axes :

I. Encourager les initiatives en valorisant le travail et en simplifiant la vie des Français :



À CET ÉGARD, ON SE DOIT DE DÉPLORER QUE « LA RÉFORME DES RETRAITES » N'AIT PAS ÉTÉ INSCRITE DANS UN CHAPITRE IMPORTANT MAIS PAS SUFFISANT DE LA LOI « D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT »

Au titre du soutien à l'activité économique et aux actifs, la loi reconduit la prime exceptionnelle (dite prime Macron), qui avait été prévue de manière ponctuelle par la loi « MUES » (comportant les mesures d'urgence économiques et sociales) du 24 décembre 2018, sous réserve d'un accord d'intéressement de l'entreprise concernée. Il renforce également l'arsenal de lutte contre la fraude aux cotisations, notamment en matière de travail détaché.

Au titre de la simplification, figurent notamment l'unification du recouvrement social autour des URSSAF, la fusion de la déclaration sociale des indépendants avec leur déclaration fiscale, et l'expérimentation d'un système de versement immédiat du crédit d'impôt services à la personne et des aides sociales versées aux personnes dépendantes pour favoriser l'aide à domicile.

II. Renforcer la justice sociale :

Parmi les principales mesures pour lutter contre la reproduction des inégalités sociales, figurent la création d'une plateforme d'intermédiation du versement des pensions alimentaires et de recouvrement des impayés, l'Agence de recouvrement des impayés de

pensions alimentaires (Aripa), et la revalorisation différenciée des prestations sociales :

Ré-indexation sur l'inflation des pensions de retraite de base de moins de 2 000 euros bruts / mois ; revalorisation de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) dont le montant atteindra 750 euros/mois.

III. Élargir la Protection sociale aux risques contemporains.

Pour protéger les Français contre les nouveaux risques, au premier chef desquels la perte d'autonomie, la loi instaure :

Un congé indemnisé pour les proches aidants (pendant 3 mois maximum pour l'ensemble de la carrière de l'aidant, à hauteur de 43 euros/jour pour une personne en couple et de 52 euros/jour pour une personne seule) ;

Une enveloppe de 450 millions d'euros supplémentaires dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur la période 2020-2021 ;

Un fonds d'indemnisation pour les victimes de maladies professionnelles liées aux

pesticides (53 millions d'euros de dépenses prévues d'ici 2022).

IV. Refonder le financement du système de santé au bénéfice des patients en améliorant l'accès aux soins.

Pour favoriser la transformation des hôpitaux de proximité, l'activité de médecine (activité soignée exercée par tous les hôpitaux de proximité) bénéficierait d'une garantie pluriannuelle de financement.

Pour lutter contre les déserts médicaux, la loi regroupe en un contrat unique de « début d'exercice », les quatre dispositifs existants d'incitation à l'installation des jeunes médecins pour les zones peu denses.

Elle crée par ailleurs un nouveau droit pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité (hébergement à proximité de la maternité). Elle contient également des mesures pour lutter contre les pénuries de médicaments telles que l'obligation d'un stock de sécurité pour certains médicaments pour les industriels.

En conclusion, on peut observer que toutes les branches de la Sécurité sociale qui rentrent dans le périmètre de la LFSS intègrent des dispositions nouvelles les percutant tour à tour, parfois radicalement comme dans le cas du

Recouvrement, pour ne pas parler que de l'univers des retraites qui focalise toutes les énergies actuellement.

À cet égard, on se doit de déplorer que « la réforme des retraites » n'ait pas été inscrite dans un chapitre important mais pas suffisant de la Loi « d'Adaptation de la Société au Vieillessement », dans la mesure où le revenu à la retraite n'est qu'une partie de cette thématique globale et intergénérationnelle.

La précipitation contre-productive manifestée pour bâtir « un nouveau monde » dont les contours, les contraintes et les avantages ne sont pas même esquissés, s'apparente à un volontarisme rejeté pour n'être pas respectueux des individus visés (et notamment des professionnels directement concernés).

Des transitions indispensables à leur adaptation et à leur participation doivent au préalable être ménagées (et managées) au risque de les faire basculer dans ce grand mouvement de grogne rampante qui prospère dans la société française, au risque d'un embrasement généralisé, d'une paralysie de l'économie et d'une disqualification de l'autorité publique ■



PLFSS 2020 : VOLONTÉ DE SIMPLIFIER LE RECOUVREMENT ET DE RENFORCER LE DIALOGUE

PAR YCE PARTNERS

Afin de répondre à l'enjeu de simplification pour les entreprises, le PLFSS 2020 inscrit la trajectoire d'unification du recouvrement social autour d'un opérateur unique, l'ACOSS, d'ici 2025.

Cette trajectoire est en parfaite

cohérence avec les conclusions du rapport CAP22 remis au Gouvernement à l'été 2018 et du rapport de M. Alexandre Gardette, en charge de la mission interministérielle « France Recouvrement », réalisé en 2019. Ces deux rapports faisaient état d'un fort enjeu de simplification concernant le recouvrement des prélèvements obligatoires et soulignaient l'opportunité d'unifier le recouvrement autour de deux opérateurs : la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour la partie fiscale, et l'ACOSS pour la partie sociale qui recouvre aujourd'hui 72 % des montants

la formation professionnelle dont le report vient d'être annoncé à 2022. Cette trajectoire se poursuit avec le PLFSS 2020 qui complète le périmètre en proposant un transfert vers l'ACOSS des activités de recouvrement de la quasi-totalité des régimes obligatoires, hors régime agricole, d'ici 2025 (cf. calendrier en illustration).

La mise en œuvre d'un opérateur unique pour le recouvrement des prélèvements sociaux obligatoires répond à deux enjeux majeurs :

Simplifier les démarches des entreprises avec la mise en place d'un interlocuteur unique sur le recouvrement des cotisations sociales (ex : communication d'un changement de situation, harmonisation des démarches, demande unique en cas de difficultés de paiement, sollicitation d'une information).

Réaliser des gains de gestion en rationalisant les traitements, en harmonisant les référentiels, et en s'appuyant sur l'expérience de l'ACOSS en matière de recouvrement. Cette meilleure organisation sur la base d'une vision globale devra également permettre d'améliorer la lutte contre la fraude.

Cette trajectoire présente plusieurs enjeux de transformation et ré définit les contours des rôles et responsabilités des acteurs de la sphère sociale. Les impacts

LA TRAJECTOIRE D'UNIFICATION DU RECOUVREMENT SOCIAL A DÉJÀ ÉTÉ INITIÉE DEPUIS UNE DIZAINE D'ANNÉE

de cotisations sociales. À terme, cette ambition de simplification vise le développement de services communs entre la DGFIP et les Urssaf, l'harmonisation de certaines procédures entre sphères fiscale et sociale, ainsi qu'une collaboration renforcée des administrations entre elles.

La trajectoire d'unification du recouvrement social a déjà été initiée depuis une dizaine d'année au travers de plusieurs chantiers : le transfert du recouvrement des cotisations d'Assurance Chômage en 2011, celui des cotisations pour les travailleurs indépendants (RSI) en 2018 et le projet de transfert du recouvrement de la contribution à

sont en effet conséquents pour les caisses une fois l'activité de recouvrement reprise par les Urssaf puisqu'elles devront recentrer le positionnement de leur activité autour de l'accompagnement des bénéficiaires et de la liquidation des prestations. Il s'agit également d'un réel challenge pour l'ACOSS en termes d'ajustement de son système d'information et de ses procédures métier dans un calendrier contraint. Le transfert du recouvrement du régime Agirc-Arrco qui représente environ 80 milliards d'euros de montant de cotisations annuelles constitue le chantier majeur à sécuriser d'ici 2022. En plus de l'ampleur inédite des volumes concernés, ce transfert implique un recouvrement au niveau individuel et non pas sur l'effectif global de l'établissement, modalité non pratiquée jusque-là par les Urssaf. Pour comparaison, le transfert du recouvrement des contributions chômage (environ 40 milliard d'euros de cotisations annuelles) aux Urssaf en 2011 avait été un succès mais ne comportait pas de révision majeure des pratiques de recouvrement par les Urssaf.

Toujours pour répondre à l'enjeu de simplification, le PLFSS 2020 prévoit le renforcement du dialogue entre les entreprises et les organismes de Protection sociale en systématisant auprès des employeurs la mise à disposition

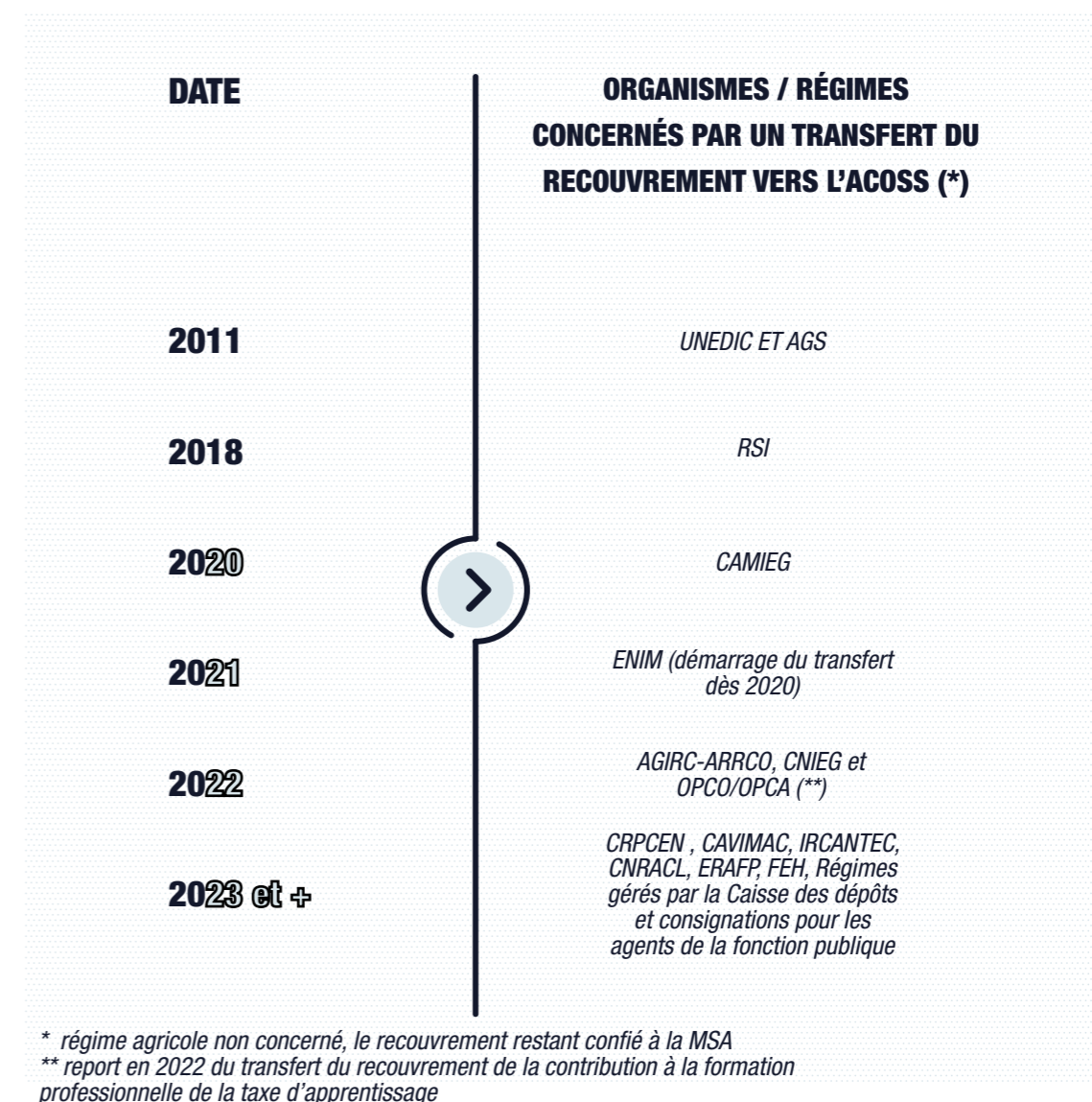
des informations utiles pour leurs démarches (ex : taux accident du travail/maladie professionnelle, taux bonus-malus, effectif salarié et effectif travailleurs handicapés, etc.). La transmission automatisée des informations permettrait également « le signalement des éventuelles erreurs repérées dans les déclarations reçues, voire la proposition de corrections automatiques, dans un esprit de conseil tel que promu par la loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC) ». En effet, le droit à l'erreur, qui propose une nouvelle relation entre administration et usagers en la fondant désormais sur la confiance et non plus sur la sanction, est l'une des mesures emblématiques de cette loi.

Une telle offre de service aux usagers représente un enjeu particulièrement important pour les organismes de Protection sociale et transitera par le portail numérique Net-entreprises dans le prolongement de ses fonctionnalités actuelles. Par ailleurs, l'ACOSS, qui voit ses prérogatives élargies pour toucher un champ de recouvrement plus important, devra accentuer ses efforts en matière de prévention des erreurs ainsi que d'accompagnement et de conseil des entreprises via la maîtrise d'ici quelques années d'un important flux de données. L'ouverture et le partage de données pourrait de

surcroît permettre de lutter plus efficacement contre la fraude (contrôle du détachement de travailleurs, data mining sur données sociales) mais également de mieux accompagner les entreprises en difficulté par la détection de signaux faibles ou par des techniques d'évaluation du risque et la mise en place d'indicateurs à surveiller (scoring). L'ouverture du LAB des Urssaf qui a été présentée fin novembre pendant la semaine de l'innovation publique démontre une volonté marquée de développer

les approches innovantes autour de la data et de la co-construction d'offres de service.

Le PLFSS 2020 présente donc de belles perspectives en faveur des entreprises. Au-delà de la nature des évolutions présentées, il est intéressant de noter que les impacts organisationnels induits par ce PLFSS 2020 vont au-delà de la pure logique de maîtrise des dépenses publiques et portent sur la création de valeur pour les usagers et les opérateurs. ■





Ce numéro est dédié en hommage à **William Gardey**

Président du conseil de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, William Gardey est décédé lundi 14 octobre à l'âge de 63 ans.

Diplômé d'un master en administration et gestion du personnel, il débute sa carrière dans un institut éducatif, puis dans une entreprise du bâtiment et des travaux publics. Il entre au Commissariat à l'Énergie Atomique où son parcours le conduit à la direction des ressources humaines en charge des relations sociales.

Engagé très tôt à la CFDT, il est nommé administrateur de la Caisse primaire

d'Assurance Maladie de Paris en 1991 dont il devient, par la suite, Président de 1996 à 2009. Il occupe ensuite la fonction de Président de l'Union pour la Gestion des établissements des Caisses d'Assurance Maladie d'Île-de-France de 2009 et 2014. Il est élu à la présidence de la CNAM en 2014 et réélu, récemment, en 2018 à ce poste. Agnès Buzyn a salué «l'engagement continu de William Gardey au service de la Protection sociale et plus spécifiquement de l'Assurance Maladie où, à travers ses mandats, il a su porter haut les valeurs de solidarité, de justice sociale et de protection des personnes» ■



SI VOUS LES AVEZ MANQUÉS

15 CRAPSLOG à
votre disposition... et
ils sont gratuits !



www.association-craps.fr





öööCRAPS