

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°21 / JANVIER 2022



PLFSS 2022

LE QUOI QU'IL

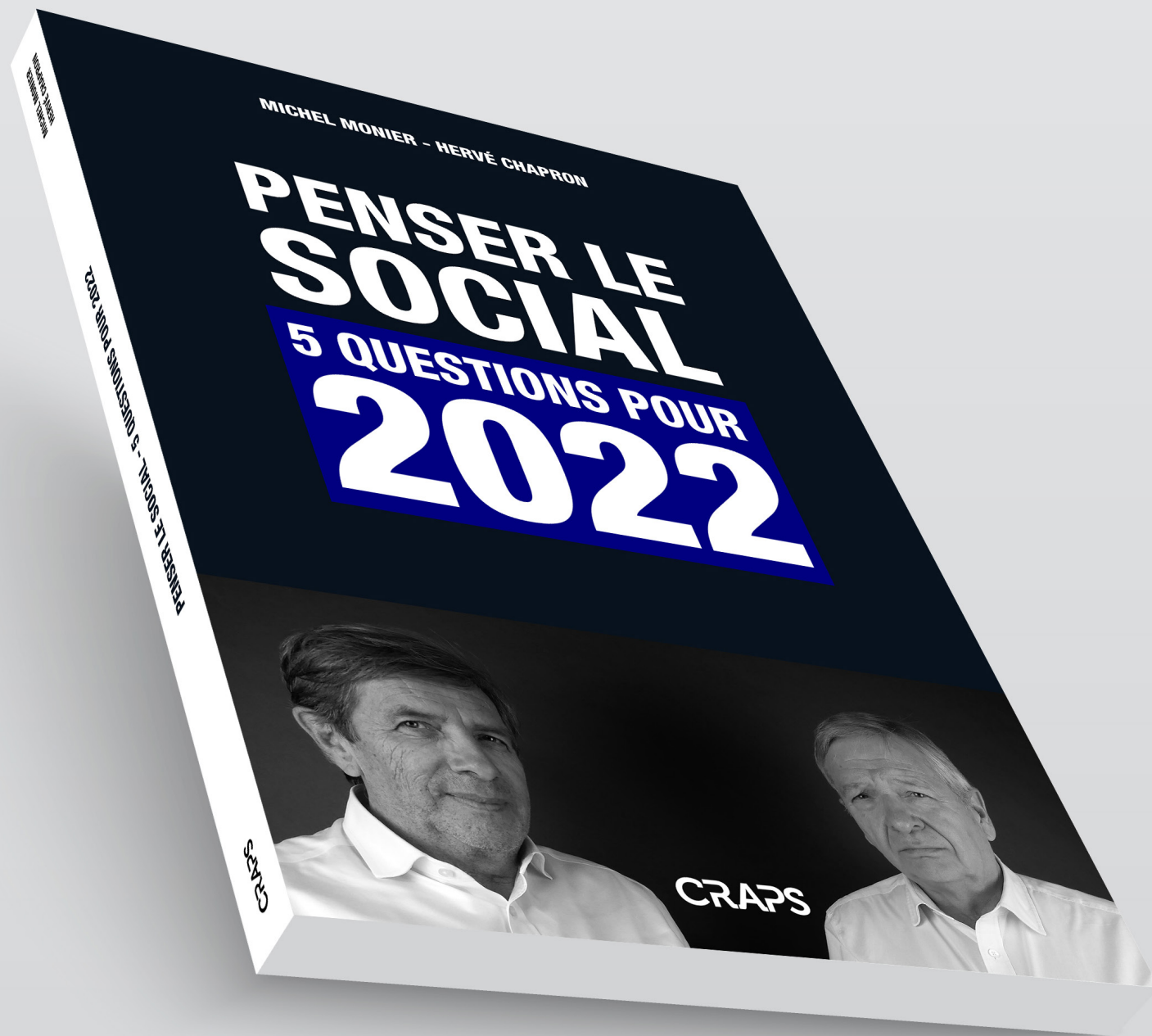
EN COÛTE

EST-IL UNE

BONNE

RECETTE ?

P14



Notre système de Protection sociale, après une sérieuse remise en cause par les néolibéraux pendant plus de deux décennies au prétexte de son coût exorbitant et de son seul impact sur les prélèvements obligatoires, sans s'attacher à mesurer sa valeur ajoutée, a montré dans l'épreuve, à travers un réel crash-test, sa formidable capacité à répondre présent. Mis sous tension sur une période hélas longue, trop longue pour chacun d'entre nous, il a répondu certes à la crise sanitaire, ce pour quoi il avait été entre autres conçu mais chose inattendue par des effets interactifs entre différents dispositifs aux besoins liés au soutien de l'économie.

Inversement, les conséquences du « quoi qu'il en coûte » alliées au « pognon de dingue » ne doivent pas occulter la nécessité de repenser notre système de protection sociale. Déjà à bout de souffle, mutant à bas bruit vers un système beveridgien, le système de Protection sociale post-Covid, pour survivre, doit être globalement repensé. Repensé en termes de

financement en prenant en compte une nouvelle économie fortement capitalistique mais également une main-d'œuvre moins salariée. L'efficacité, l'efficience et la pertinence doivent être les remparts des préoccupations comptables qui

LES CONSÉQUENCES DU « QUOI QU'IL EN COÛTE » ALLIÉES AU « POGNON DE DINGUE » NE DOIVENT PAS OCCULTER LA NÉCESSITÉ DE REPENSER NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE.

apparaîtront très vite après la crise.

Redéfinir son périmètre, son contenu, sa finalité et au-delà les principes qui fondent ce nouveau système, il s'agira également de concilier soutenabilité budgétaire, soutenabilité économique et soutenabilité sociale, comme de penser également en investissement social et non

en termes de dépenses. Tels sont les passages obligés de la reconstruction d'un système qui doit faire perdurer cet humanisme et ce lien social sans lesquels notre pacte social républicain se fissurera.

À moins de cent jours de l'élection présidentielle, point d'orgue de notre débat démocratique, espérons que les candidats se saisiront de ce thème constitutif non pas pour proposer une énième réforme, mais pour exposer une vision globale avec la volonté de la rendre opérationnelle... Il est encore temps !

Le CRAPS, pensé comme un lieu de réflexions et de propositions, fidèle à sa vocation, continuera quant à lui, jusqu'au mois d'avril, à animer le débat et faire des propositions, recueillir vos idées, à travers sa série « Et si ».

Un grand merci à tous les contributeurs qui enrichissent par leurs réflexions une dynamique commune ainsi qu'à nos partenaires pour leur indéfectible soutien, sans qui rien ne serait possible ! ■



L'IMAGE 6

LE CRAPS REÇOIT LE PRÉSIDENT DU CESE

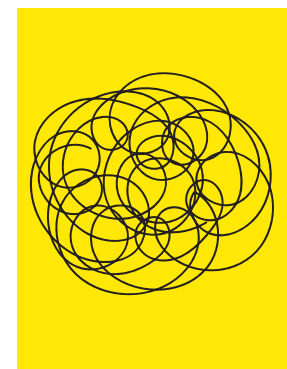


L'ACTU 8



LE FOCUS 10

RÉFORME DE L'ASSURANCE CHÔMAGE - ACTE II



POINT DE VUE 26

ANNONCES SUR LE REMBOURSEMENT DES PSYCHOLOGUES : OASIS OU MIRAGE ?



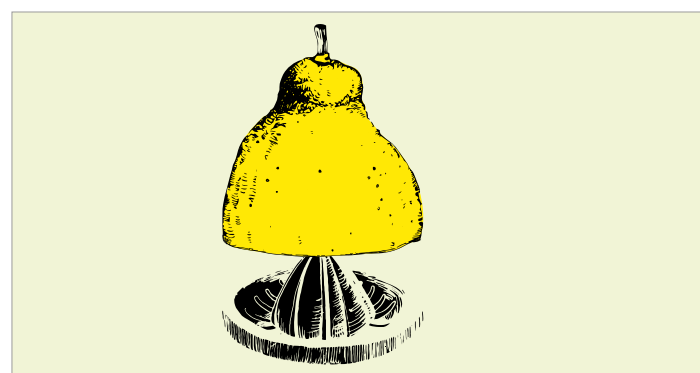
ITW 36

PR JEAN-MARC AYOUBI GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIE



ITW 38

JÉRÔME GUEDJ ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ESSONNE



DOSSIER 14

PLFSS 2022 LE QUOI QU'IL EN COÛTE EST-IL UNE BONNE RECETTE ?



ITW 22

DR JEAN-PAUL ORTIZ PRÉSIDENT DE LA CSMF



TRIBUNE 44

PER ET LOI PACTE : QUEL BILAN DEUX ANS APRÈS LA RÉFORME ?



TRIBUNE 46

COMMENT APPRÉHENDER LE RISQUE DÉPENDANCE ?



TRIBUNE 49

POUR UN SYSTÈME D'ÉVALUATION EN PHASE AVEC LE PARADIGME DE L'INNOVATION



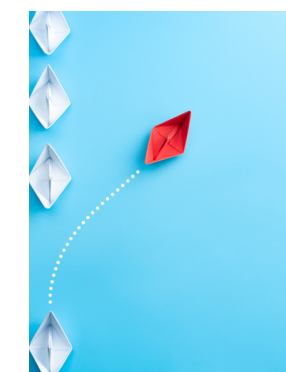
DOSSIER 28

EN FINIR AVEC L'IMAGE NÉGATIVE DE LA RURALITÉ : COMMENT LA MSA CONTRIBUE À EN VALORISER LES AMÉNITÉS



TRIBUNE 51

FAIRE LE PARI DE L'INNOVATION MÉDICAMENTEUSE ET ENVIRONNEMENTALE EST UNE FORMIDABLE OPPORTUNITÉ POUR L'AVENIR



TRIBUNE 53

OSER L'INVESTISSEMENT DANS LA SANTÉ POUR SORTIR DE LA CRISE



TRIBUNE 55

L'ESS, UNE MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE ET PRAGMATIQUE DE L'IDÉE DE RÉPUBLIQUE

CRAPSLOG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS
45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS
01 83 89 68 64
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, Anaïs Fossier, Pierre-Maxime Claude

Crédits Photo
Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock

Impression
Imprimerie Chirat



Le Président du Conseil économique, social et environnemental, Thierry Beaudet, à l'occasion d'une soirée-débat du CRAPS en décembre 2021.

 **LIVRE**



Malgré de nombreux atouts et domaines d'excellence, l'avenir de la recherche médicale française est menacé. Si l'épidémie de la Covid-19 a mis en lumière le retard considérable de la France en la matière, la question de sa postérité fait l'objet d'alertes récurrentes depuis plusieurs années déjà. Ce constat exige une réflexion sur les enjeux qui conditionnent notre futur pour que chacun puisse aujourd'hui comme demain accéder rapidement à des thérapies innovantes et bénéficier du progrès médical auquel notre pays doit contribuer. À l'heure où de nombreux défis sont à relever, le CRAPS, fidèle à sa vocation, a souhaité donner la parole aux acteurs de terrain afin de contribuer à alimenter le débat public en proposant des recommandations.

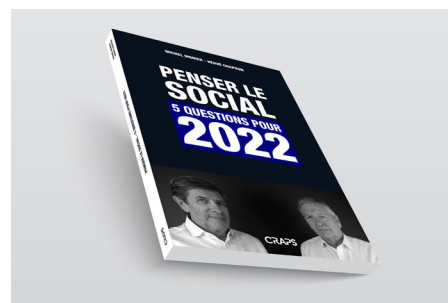
 **LIVRE**



Le Directeur général du CRAPS, Fabien Brisard ainsi que la Responsable des Études Anaïs Fossier ont participé à la rédaction du

manifeste de la réduction des risques sous la direction du Dr Imane Kendili. Une vision internationale de la réduction des risques à retrouver aux éditions marocaines Orion.

 **LIVRE**



Trop ou trop peu : c'est entre ces deux extrêmes que la Protection sociale, cette exception française, fait l'objet de réformes opportunes sans jamais apporter de solution de long terme. Réformer sans réformer, voilà une autre exception française ! Le système hérité du CNR est à l'évidence inadapté aux enjeux d'un nouveau monde et à bout de souffle.

L'élection présidentielle, point d'orgue de la vie démocratique de notre pays, peut elle être le moment de ce débat démocratique, jamais convoqué, sur la refondation du « modèle social », sur la place à reconnaître à la démocratie sociale clef de voûte du pacte républicain.

Souhaitant ce débat, les auteurs adressent 5 questions : La Protection sociale peut-elle être le couteau suisse du Tout-État ? Peut-elle continuer d'être le placebo de l'abandon d'une politique économique ? La démocratie sociale est-elle l'enfant illégitime de la démocratie ? Le déficit social sonne-t-il l'hallali des partenaires sociaux ? Le pognon de dingue peut-il être investissement social ?

L'avenir de cette Protection sociale, dont on a pu mesurer pendant la pandémie l'extraordinaire sécurité qu'elle offre aux uns et aux autres, dépendra des réponses que chacun apportera à ces questions.

 **SÉRIE**



En partenariat avec Intuitive Surgical France, le CRAPS a lancé sa nouvelle série intitulée « performant(e) » pour parler de performance et de Protection sociale. Le directeur général de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Stéphane Pardoux, à l'occasion de l'inauguration de la série, a rappelé que « la performance économique n'est pas le point d'entrée de notre système de santé [...] elle doit être un des points de sortie ».

 **PRÉSIDENTIELLE**



« Et si » ... Et si on refaisait non pas le match mais le monde ? Le monde de la Protection sociale. Rien que cela ! Alors refaisons-le ! Avec enthousiasme, sans fausse modestie, avec notre regard de citoyen, avec notre expertise de professionnels. C'est bien ce que le CRAPS propose pour animer le plus grand rendez-vous démocratique de notre République : l'élection présidentielle. Imposons le débat, portons nos valeurs, provoquons la nécessité de se déterminer face au choix de société - jamais

débat, toujours esquivé - qui sous-tend tous les problèmes que chacun rencontre dans son quotidien.

Rappelons, par ailleurs, que le CRAPS a pour vocation d'animer le débat afin d'apporter des réponses aux défis actuels et futurs de notre système de Protection sociale en favorisant échanges, réflexions et propositions. Le CRAPS suggère et propose dans un état d'esprit républicain. Loin de toute revendication, le think tank met à disposition l'expertise légitime de ses membres.

Le monde d'après, certains en parlent, d'autres - et soyons de ceux-là - y réfléchissent pour dégager des axes d'action. Et vous, quel sera votre « Et si » ?

 **SÉRIE**



Social, mais aussi environnemental, c'est le monde que nous devons imaginer pour notre avenir ! C'est dans cette logique de performance de notre système de Protection sociale, et notamment d'une réflexion de son impact sur l'environnement, que le CRAPS a décidé de produire, à l'occasion de cette nouvelle année, une série dédiée à cette thématique.

Le fondateur de Primum Non Nocere, Olivier Toma, l'a inauguré, en se questionnant sur les impacts de la santé sur l'environnement qui « sont multiples comme dans d'autres secteurs, mais le monde de la santé, a » [...] à son sens, « un devoir d'exemplarité pour ne pas, de par son activité, participer à fabriquer les maladies de demain ».

FOCUS

FOCUS : RÉFORME DE L'ASSURANCE CHÔMAGE



Reportée à maintes reprises en raison de la crise sanitaire, de la saisine du Conseil d'État par les syndicats, puis par le gouvernement lui-même en attendant un retour à une meilleure fortune, le second volet de la réforme de l'assurance chômage est entrée en vigueur le 1^{er} décembre.

« À un moment où la reprise est très dynamique, où les entreprises embauchent massivement et où beaucoup ont des difficultés pour recruter, c'est

le moment pour encourager le travail avec cette réforme de l'assurance chômage » explique la ministre du Travail, Élisabeth Borne. L'amélioration du marché du travail ouvre donc la voie à un durcissement des conditions d'ouverture des droits au chômage, du rechargement des droits et de la dégressivité de l'allocation chômage pour les hauts salaires.



LES PRINCIPAUX OBJECTIFS DE LA RÉFORME :

- > LUTTER CONTRE LE RECOURS ABUSIF AUX CONTRATS COURTS AVEC NOTAMMENT L'INSTAURATION D'UN BONUS-MALUS SUR LES COTISATIONS CHÔMAGE POUR LES ENTREPRISES AFIN DE LES INCITER À EMBAUCHER SUR DES EMPLOIS DE LONGUE DURÉE ;
- > FAIRE EN SORTE QUE LE TRAVAIL PAYE PLUS QUE L'INACTIVITÉ EN ÉTABLISSANT DE NOUVELLES RÈGLES D'INDEMNISATION QUI INCITENT À LA REPRISSE DE L'EMPLOI ;
- > RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT DES DEMANDEURS D'EMPLOI AVEC LE RECRUTEMENT DE 1 000 NOUVEAUX CONSEILLERS PAR PÔLE EMPLOI ET LA MISE EN PLACE DE DEUX DEMI-JOURNÉES D'ACCOMPAGNEMENT INTENSIF.

DEPUIS LE 1^{ER} OCTOBRE 2021

> LA DURÉE DU DROIT À L'ALLOCATION CORRESPOND AU NOMBRE TOTAL DE JOURS SITUÉS ENTRE LE PREMIER JOUR EN CONTRAT DE TRAVAIL ET LE DERNIER JOUR DU DERNIER CONTRAT DE TRAVAIL AU COURS DES 24 OU 36 DERNIERS MOIS (SELON L'ÂGE).

> AU COURS DE CETTE PÉRIODE, TOUS LES JOURS SONT PRIS EN COMPTE, MÊME CEUX OÙ LA PERSONNE N'A PAS TRAVAILLÉ ENTRE LES CONTRATS DE TRAVAIL.

> CERTAINS ÉVÉNEMENTS PARTICULIERS (CONGÉ MATERNITÉ, ETC.) ET LES PÉRIODES NON DÉCLARÉES SONT RETIRÉS DE LA DURÉE.

> UN PLAFOND LIMITE LA PRISE EN COMPTE DES JOURS NON TRAVAILLÉS DANS LA DURÉE DE L'ALLOCATION, NOTAMMENT S'IL Y A EU DES PÉRIODES SANS EMPLOI ENTRE LES CONTRATS.

> LE MONTANT DE L'ALLOCATION CORRESPOND À LA TOTALITÉ DES RÉMUNÉRATIONS BRUTES REÇUES POUR LES CONTRATS DE TRAVAIL DANS LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE (DANS LES 24 OU 36 MOIS SELON L'ÂGE).

DEPUIS LE 1^{ER} DÉCEMBRE 2021

> IL FAUT AVOIR TRAVAILLÉ 130 JOURS OU 910 HEURES (SOIT ENVIRON 6 MOIS) SUR UNE PÉRIODE DE 24 MOIS (OU 36 MOIS POUR LES 53 ANS ET PLUS) POUR POUVOIR OUVRIR OU RECHARGER DES DROITS À L'ASSURANCE CHÔMAGE.

> CETTE DURÉE S'APPLIQUE AUX PERSONNES PERDANT UN EMPLOI À COMPTER DU 1^{ER} DÉCEMBRE 2021 (POUR LES PERSONNES DONT LE PROCESSUS DE LICENCIEMENT A ÉTÉ ENGAGÉ AVANT LE 1^{ER} DÉCEMBRE, SEULS 4 MOIS DE TRAVAIL SERONT NÉCESSAIRES POUR ÊTRE INDEMNISÉS).

> L'ALLOCATION CHÔMAGE SERA DÉGRESSIVE POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI DE MOINS DE 57 ANS QUI PERÇOIVENT UNE ALLOCATION ÉGALE OU SUPÉRIEURE À 4 500 € BRUT PAR MOIS : À COMPTER DU 7^E MOIS DE CHÔMAGE, LEUR ALLOCATION SERA DIMINUÉE DE 30 %.

LE PASSAGE À SIX MOIS CONDUIRA, SELON L'ÉTUDE D'IMPACT DE L'UNEDIC AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE D'APPLICATION, À RETARDER L'OUVERTURE DE DROITS À 475 000 PERSONNES, NOTAMMENT DES JEUNES OU DES SAISONNIERS QUI MULTIPLIENT LES CONTRATS COURTS.

SOURCE : SERVICE PUBLIC
"RÉFORME DE L'ASSURANCE CHÔMAGE : QUELLES SONT LES MESURES APPLICABLES AU 1^{ER} DÉCEMBRE ?"

FOCUS

FOCUS : RÉFORME DE L'ASSURANCE CHÔMAGE



EN MATIÈRE DE RÉFORMES, UN TRAIN PEUT EN CACHER UN AUTRE !

PAR HERVÉ CHAPRON & MICHEL MONIER



Si les Gilets jaunes et la Covid-19 ont entravé la volonté de réformes en matière sociale du président de la République, force est de constater que des mesures à la fois inédites et de rupture ont néanmoins été prises pendant le présent quinquennat. Si la mise en application de la réforme de l'Assurance chômage a été laborieuse, les mesures applicables à partir du 1^{er} décembre 2020 achèvent sa mise en oeuvre. Dès lors, elle est devenue emblématique de la politique sociale menée pendant le quinquennat qui s'achève.

Cette réforme, dont la mise en oeuvre a été repoussée et aménagée aussi, porte une double ambition. D'une part, celle d'une plus grande équité dans le calcul des droits à indemnisation et d'inciter les demandeurs d'emploi à reprendre plus rapidement un emploi et d'autre part celle d'inciter les employeurs à recourir à des contrats de travail de plus longue durée.

Appliquée après une forte décroissance du chômage, avec cette réforme, le pari est fait, compte tenu de l'incertitude de la reprise économique face au rebond de la conjoncture, ce qui ne s'est jamais historiquement vérifié.

Ces ambitions rappelées, on retiendra de cette réforme que :

> Désormais, l'Assurance chômage n'est plus une assurance sociale ! La rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur n'est plus le seul fait générateur à l'ouverture de droits. La cotisation sociale a laissé place à l'impôt au prétexte de pouvoir d'achat. Les indemnités sont désormais dégressives ou pas selon le statut du salarié : elles ne sont plus, de fait, un revenu de remplacement mais une allocation de solidarité à durée prédéterminée.

> Le mouvement de fiscalisation et d'abandon du lien au travail conduira logiquement à des « grands machins », à des projets tels que celui de la « Grande Sécu ». À n'en pas douter, la fiscalisation est le moteur du « Tout-État ».

> L'ANI, tombé en désuétude, a été remplacé à bas bruit par la note de cadrage plaçant le paritarisme et plus généralement le dialogue social en « liberté surveillée ».

> Pour la première fois, les Partenaires sociaux ont été en justice contre les décisions gouvernementales prises à la suite de l'échec de leurs négociations paritaires. Ainsi, la judiciarisation de ce qui restait du dialogue social acte indirectement « l'expropriation » des Partenaires sociaux du dernier espace de « paritarisme pur ». L'Assurance chômage est désormais de facto étatisée.

> La démocratie sociale mise en place à la Libération est réduite à la portion congrue. De décisionnelle, elle est passée au mieux au stade de consultative. La méfiance des pouvoirs publics pour les corps intermédiaires trouve ici illustration.

> Si, pendant la crise sanitaire, la « soutenabilité sociale » a été non seulement portée au pinacle mais est devenue « en même temps » un instrument de soutien économique, la soutenabilité budgétaire à travers cette réforme est redevenue la boussole des docteurs de

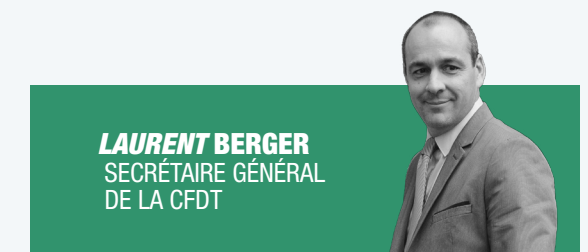
Bercy. « Les nouveaux jours heureux promis » n'excluent donc pas « de futurs jours comptables ».

Ainsi, s'achèvent, avec cette réforme, deux cycles. Le premier, celui d'une Protection sociale conçue à la fin de la deuxième guerre mondiale fondée sur la responsabilité et la gestion autonome des représentants de ses bénéficiaires. Un deuxième, celui ouvertement proclamé en 1992 par les néolibéraux pour qui cette exception française expliquerait tous les maux que l'on connaît par ailleurs... Reste à reconstruire un nouveau système ! ■

CE QU'ILS EN PENSENT ...



« LE RECOURS AUX CONTRATS COURTS EST UN PHÉNOMÈNE LARGEMENT INDÉPENDANT DE LA CONJONCTURE » IL EST DÙ À DES « HABITUDES DES ACTEURS » QU'ON PEUT MODIFIER EN JOUANT SUR LES PARAMÈTRES DE L'ASSURANCE CHÔMAGE. « LA DURÉE MINIMALE D'EMPLOI OUVRANT DROIT À L'ASSURANCE CHÔMAGE INFLUENCE DIRECTEMENT LA DURÉE DES CONTRATS PROPOSÉS PAR LES EMPLOYEURS. »



« JE DONNE RENDEZ-VOUS DANS SIX MOIS POUR FAIRE LA DÉMONSTRATION QUE ÇA N'A PAS FAIT BAISSER LE CHÔMAGE NI LA PRÉCARITÉ. JE PENSE QUE C'EST UNE MACHINE À FAIRE DES ÉCONOMIES SUR LE DOS DES TRAVAILLEURS ET CHÔMEURS PRÉCAIRES, ET QUE C'EST SOCIALEMENT INJUSTE. »



« LA DÉGRESSIVITÉ A DÉJÀ EXISTÉ. ON L'AVAIT ABANDONNÉE PARCE QUE DES ANALYSES ONT PROUVÉ QUE LA DÉGRESSIVITÉ DES ALLOCATIONS ÉTAIT NÉGATIVE. »
« CELA REVIENT À PUNIR TOUT LE MONDE SOUS PRÉTEXTE QU'IL Y A QUELQUES ABUS. »



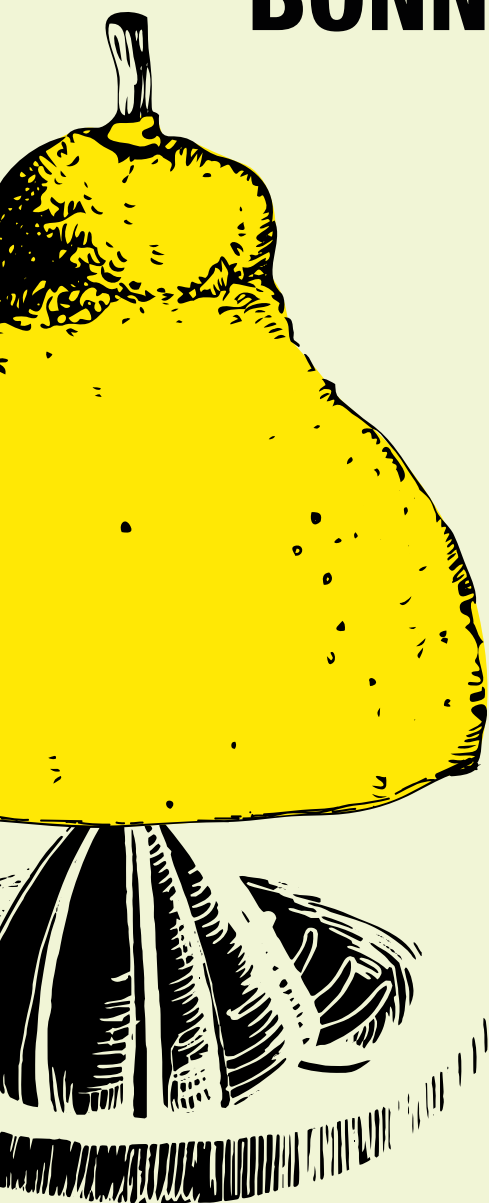
« CETTE RÉFORME CONDUIT À PÉNALISER LES DEMANDEURS D'EMPLOI QUI SUBISSENT LES CONTRATS COURTS » ALORS QUE « LES CONTRATS COURTS, OU TRÈS COURTS, DE MOINS D'UN MOIS, RESTENT TRÈS LARGEMENT MAJORITAIRES, DE L'ORDRE DE 64 % DES CONTRATS CRÉÉS. »



« ON A UN SYSTÈME D'ASSURANCE CHÔMAGE QUI, DANS CERTAINS CAS, N'INCITE PAS À REPRENDRE UN TRAVAIL. L'OBJECTIF NUMÉRO UN DE CETTE RÉFORME DOIT ÊTRE D'INCITER À LA REPRISE D'EMPLOI. »

PLFSS 2022 LE QUOI QU'IL EN COÛTE EST-IL UNE BONNE RECETTE ?

PAR ANAÏS FOSSIER
RESPONSABLE DES ÉTUDES DU CRAPS



**« ON EST EN TRAIN DE
PASSER D'UNE CRISE
SANITAIRE À UNE CRISE
STRUCTURELLE AVEC
LA PERSPECTIVE D'UN
DÉFICIT ÉTERNEL RENDANT
IMPOSSIBLE L'EXTINCTION
DE LA DETTE SOCIALE. »**

ELISABETH DOINEAU
RAPPORTEURE GÉNÉRALE DU
PLFSS AU SÉNAT

Il y a maintenant presque dix-huit mois, le gouvernement décidait de mobiliser tous les moyens nécessaires pour faire face « à la plus grave crise sanitaire qu'ait connue la France depuis un siècle ». Il s'agissait alors de porter assistance pour prendre en charge les malades, sauver des vies et préserver l'économie « quoi qu'il en coûte ». De nombreuses mesures ont ainsi été mises en oeuvre pour répondre aux tensions dans le système de soins et accompagner les entreprises et les salariés confrontés à des baisses d'activité brutales. C'est donc sans grand étonnement que le dernier Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de la

mandature se voit impacté par les conséquences financières de ces mesures, déployées pour répondre à l'urgence.

Présenté début octobre en Conseil des ministres et adopté en première lecture à l'assemblée le 26, le projet de loi prévoit un budget de plus de 500 milliards d'euros et anticipe pour l'heure un déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de l'ordre de 21,6 milliards d'euros¹ pour 2022. La poursuite des engagements du Ségur de la santé pèsera 2,7 milliards d'euros et l'Objectif national d'assurance maladie (ONDAM) est quant à lui fixé à 236,3 milliards². Hors dépenses relatives à la crise sanitaire et au Ségur de la santé, l'ONDAM augmentera de 2,6% et de 2,7% pour le secteur hospitalier. « Pour

¹ Réévalué à 20,4 milliards d'euros pour 2022 - « Loi du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale pour 2022 » - Vie publique.

² Réévalué à 236,8 milliards - « PLFSS : le gouvernement dépose un amendement pour relever l'Ondam 2022 de 500 millions d'euros » - AEF Info.

la première fois depuis des lustres, aucune mesure d'économies n'est imposée à l'hôpital », « pas un euro ne sera économisé au détriment des patients et de ceux qui les soignent », se félicite Olivier Véran. Un nouveau souffle pour l'hôpital qui ne « répare rien d'un système en crise profonde », tempère toutefois le député des Bouches-du-Rhône, Pierre Dharréville.

Alors que les prévisions étaient toutes plus alarmistes les unes que les autres, on constate finalement que les finances de la Sécurité sociale se trouvent aujourd'hui prises « entre deux tendances contradictoires », observe Christian Klinger, sénateur du Haut-Rhin, puisque si la crise a provoqué un effondrement inédit des comptes de la Sécurité sociale « la reprise économique s'avère plus vigoureuse que prévu ». Les prévisions de recettes et de solde sont donc plus favorables que celles envisagées dans le PLFSS précédent. Un bilan plutôt positif, qu'il convient cependant de nuancer car « si cette reprise est une bonne nouvelle, elle ne doit pas faire oublier les risques majeurs qui pèsent aujourd'hui sur les comptes sociaux ».



Risques dont l'exécutif ne semble pas avoir pris la mesure, déplore la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du sénat Elisabeth Doineau, constatant qu'il n'y a « pas l'ombre d'une stratégie de retour à l'équilibre » dans ce projet. « On est en train de passer d'une crise sanitaire à une crise structurelle avec la perspective d'un déficit éternel rendant impossible l'extinction de la dette sociale³. » Si rien n'est fait, la pérennité de notre système de protection sociale largement conditionné par un retour à l'équilibre des comptes sociaux sera compromise. Il est alors urgent de « renoncer au poison mortel de cette dette perpétuelle », insiste Jean-Pierre Door, député du Loiret.

DÉMOCRATISER L'ACCÈS AUX SOINS, FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS

Plus globalement, ce projet de loi entend « parachever des réformes importantes du quinquennat ». Cela concerne en premier lieu, l'accès aux soins. Accès aux soins rendu difficile, voire impossible, pour les personnes les plus précaires qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire. En tout état de cause, si des efforts sont à saluer en matière d'accès à la complémentaire santé solidaire, des marges de progression importantes demeurent pour les bénéficiaires de minima sociaux puisque l'absence de couverture complémentaire est principalement constatée chez les chômeurs, travailleurs précaires ou inactifs. À cet égard, le projet de loi prévoit que les bénéficiaires du RSA (sauf contre-ordre de leur part) bénéficient automatiquement d'une complémentaire santé solidaire avec l'objectif que 95 % des nouveaux bénéficiaires soient couverts d'ici 2025 (20 % d'entre eux n'en disposent pas aujourd'hui alors qu'ils y sont gratuitement éligibles). Pour ce faire, le projet de loi propose « une simplification des circuits de financement de la complémentaire santé solidaire, en prévoyant une prise en charge directe par l'assurance maladie des dépenses de complémentaire santé solidaire effectuées en tiers payant coordonné ». Une mesure qui inquiète car, si l'ambition est louable, certains y voient une opportunité « d'éliminer les complémentaires santé et de faire gérer toute l'assurance santé des Français,

³ « Le Sénat s'alarme de la dérive des comptes sociaux en 2022 » - Le Figaro.

sans concurrence par les CPAM, aux antipodes des systèmes qui fonctionnent bien avec la concurrence des caisses d'assurance santé au premier euro⁴ ».

Parachever des réformes importantes du quinquennat, c'est aussi faciliter l'accès aux droits lorsque les conditions financières ne permettent pas toujours d'y accéder. « C'est insupportable que des femmes ne puissent pas se protéger, ne puissent pas avoir une contraception, quand elles en font le choix évidemment, parce que ça leur coûte trop cher dans leur budget », s'indigne Olivier Véran, fier d'annoncer - dans une logique de prévention et de santé publique - la prise en charge par l'Assurance maladie de la contraception pour toutes les jeunes femmes de 18 à 25 ans. En outre, le ministre de la Santé annonce la prise en charge par l'Assurance maladie du remboursement intégral de la télésurveillance quelle que soit la pathologie du patient (la prise en charge de la télésurveillance est aujourd'hui limitée à cinq pathologies chroniques). L'objectif étant de mieux prendre en charge les patients isolés, vivant parfois dans des déserts médicaux « en soutien du médecin de famille » et « pour casser les distances ».

Si ces mesures ont été accueillies favorablement, l'approbation par les députés de l'expérimentation (dans le cadre du 100 % santé) d'un accès direct aux orthoptistes, sans passer par la case médecin - en l'occurrence l'ophtalmologiste - suscite de vives réactions. Malgré un nombre

⁴ Institut IFRAP.

de professionnels élevé, l'accès aux soins visuels reste complexe en France, en particulier dans certaines régions, conduisant in fine à des renoncements aux soins ou à des délais d'attente importants. Pour réduire ces délais dans les cabinets d'ophtalmologie, le projet de loi prévoit ainsi que « les patients qui requièrent un bilan visuel simple ou une correction faible de leur vue » puissent directement consulter un orthoptiste. L'élargissement de l'offre de dépistage « pour les jeunes enfants pour la réalisation du dépistage de l'amblyopie du nourrisson et des troubles de la réfraction » est aussi envisagé. Selon le gouvernement, 6 millions de patients pourraient être concernés par cette disposition.

Toujours selon le gouvernement, « cette modification de l'organisation de la filière visuelle permettra également d'améliorer la prise en charge par les ophtalmologistes français qui se concentreront davantage sur la prise en charge des patients à risques pathologiques plus élevés ». Vent debout contre cette mesure, le syndicat des ophtalmologistes français

(SNOF) s'insurge contre ce qu'il considère être une « dégradation de la qualité des soins ». La CSMF dénonce, quant à elle, un « marché de dupes » étant donné que les délais d'attente se sont « au prix d'efforts considérables d'organisation » sensiblement raccourcis.

Le délai médian pour obtenir un rendez-vous est en effet passé en 2021 à 21 jours contre 42 en 2019, insiste le SNOF qui s'inquiète également de cette initiative gouvernementale qui risque de « créer

« POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS DES LUSTRES AUCUNE MESURE D'ÉCONOMIES N'EST IMPOSÉE À L'HÔPITAL »
« PAS UN EURO NE SERA ÉCONOMISÉ AU DÉTRIMENT DES PATIENTS ET DE CEUX QUI LES SOIGNENT »

OLIVIER VÉRAN
MINISTRE DES
SOLIDARITÉS ET DE
LA SANTÉ

un conflit permanent entre ophtalmologistes et orthoptistes ». Une mesure qui, de toute manière, restera sans effet sur les délais d'attente selon le syndicat « dans les territoires où les professionnels sont absents ou indisponibles ». D'autant plus qu'actuellement, les orthoptistes sont soit « des salariés des ophtalmologistes au sein des mêmes cabinets, soit installés en libéral mais à proximité des ophtalmologistes », souligne Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur de la commission des Affaires sociales à l'Assemblée. Pour mettre fin à cette levée de boucliers et apaiser les esprits, Thomas Mesnier, rapporteur général du budget, décide d'amender le texte afin d'encadrer ce transfert de compétence. Finalement, l'orthoptiste pourra délivrer une première prescription mais il ne pourra la renouveler qu'à la condition que le patient ait auparavant consulté un ophtalmologiste (dans des conditions fixées par décret), afin d'éviter d'être équipé sans jamais avoir consulté un médecin.

Dans la même lignée, l'adoption par l'Assemblée d'un amendement visant à permettre l'expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes et aux masseurs-kinésithérapeutes dès lors qu'ils exerceraient dans une structure de soins coordonnée, sans passer par le médecin, entraîne une opposition forte du Conseil national de l'Ordre des médecins. Le conseil se dit, en effet, « fermement opposé » à l'idée d'octroyer plus de prérogatives aux paramédicaux « dès lors que la prise en charge, déconnectée de tout diagnostic médical et de

toute stratégie thérapeutique globale, conduira à des retards de diagnostic et à une perte de chance pour le patient ». Une position source d'incompréhension pour les organisations de professionnels paramédicaux à l'instar de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), qui déplore que « l'interdisciplinarité et la juste reconnaissance des compétences autonomes de chaque professionnel aient encore besoin d'être argumentées et défendues, malgré la réalité des coopérations et de l'évolution des organisations des soins sur le terrain ».

ALORS QUE LES RAPPORTS TOUJOURS PLUS ABONDANTS SE MULTIPLIENT ET CONFIRMENT L'URGENCE D'UNE RÉFORME D'AMPLEUR, LA LOI SUR LE GRAND ÂGE ET L'AUTONOMIE ANNONCÉE EN 2018 NE SERA FINALEMENT PAS ADOPTÉE DURANT CE QUINQUENNAT. UNE AMÈRE DÉCEPTION POUR LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR.

GRAND ÂGE ET AUTONOMIE, L'AMBITION RESTE INTACTE MAIS « LE VECTEUR A CHANGÉ »

Alors que les rapports toujours plus abondants se multiplient et confirment l'urgence d'une réforme d'ampleur, la loi sur le grand âge et l'autonomie annoncée en 2018 ne sera finalement pas adoptée durant ce quinquennat. Une amère déception pour les professionnels du secteur. Toutefois, « la volonté présidentielle reste intacte, seul le vecteur a changé », assure Matignon. La réforme tant espérée passera donc, pour le moment, par des mesures dans le PLFSS !

Rien de surprenant pour le délégué général de l'Union nationale des centres d'action sociale Benoit Calmels, puisque « tous les gouvernements disent qu'ils vont faire une grande loi pour les personnes âgées et cela se finit toujours par des mesures dans le PLFSS ».

Toujours est-il que pour répondre aux problématiques du secteur, le gouvernement décide d'allouer 400 millions d'euros consacrés par l'État pour l'autonomie et le maintien à domicile dès 2022. Ce PLFSS amorce ainsi une réforme de l'offre de service à domicile en engageant la fusion des différents services à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) au sein d'un service unifié renommé « service autonomie à domicile ». Autre évolution significative, un tarif plancher national de 22 euros par heure d'intervention pour les services d'aide à domicile prestataires « dispensant des prestations dans le cadre des plans d'aide APA et PCH qu'ils soient habilités ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale » sera instauré.

Ce tarif pourra être abondé par une dotation complémentaire de 3 euros pour ceux qui respecteraient des critères de qualité de service (interventions les jours fériés, week-end...). Cette dotation ne sera, en revanche, octroyée qu'à la condition qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) soit conclu avec le département. Conclusion d'un CPOM qui, rappelons-le, n'est pas obligatoire. Chaque conseil départemental pourra alors juger de l'intérêt d'en conclure au regard de ses ressources financières... À travers cette mesure, le gouvernement entend corriger « les iniquités entre les départements, qui financent ces prestations via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Certaines collectivités ne payent à l'employeur que 18 euros de l'heure et plus de la moitié des heures effectuées sont rémunérées sous ce niveau de 22 euros ». L'objectif étant également de mieux rémunérer les salariés, dont les auxiliaires de vie, qui oeuvrent auprès des personnes âgées,

en espérant attirer de nouveaux personnels qui manquent lourdement. Plus globalement, il est urgent de « mettre en place des stratégies d'attractivités globales et dans la durée sur les métiers, ce qui exige de travailler sur leur contenu et les conditions de travail », rappelle Dominique Libault, auteur du rapport sur le grand âge.

Pour les Ehpad, le gouvernement prévoit par ailleurs 10 000 recrutements supplémentaires sur cinq ans pour permettre aux établissements d'embaucher « une à deux infirmières ou aides



soignantes supplémentaires » d'ici trois ans. Une mesure jugée insuffisante par la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) considérant que cela ne répond pas à l'urgence d'un secteur où les ressources humaines s'épuisent et se raréfient. La fédération table, en effet, sur un déficit de « 300 000 postes pour faire face aux départs à la retraite de 700 000 professionnels dans les huit prochaines années ». Le rapport El Khomri, remis au gouvernement en

2019, est d'ailleurs éclairant sur le sujet : « si l'on prend en compte, outre l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, la nécessité d'augmenter les taux d'encadrement et les temps collectifs à domicile et les départs à remplacer, ce sont plus de 350 000 professionnels qu'il faudrait former d'ici 2025, dont plus de 92 000 postes à créer, 60 000 postes non pourvus aujourd'hui et 200 000 qui seront à renouveler du fait de départs en retraite et d'un turn-over important. »

L'objectif du gouvernement vise aussi à augmenter la présence horaire des soignants dans les Ehpad. Dans cette optique, « d'ici 2023, les astreintes d'infirmiers de nuit seront assurées dans tous les Ehpad afin de ne pas envoyer automatiquement les résidents aux urgences. » « Des médecins-coordonateurs seront présents au moins deux jours par semaine. »

L'on constate, toutefois, qu'aujourd'hui 1 500 établissements n'ont toujours pas de médecins-coordonateurs. « Le mystère reste donc complet sur la façon dont Jean Castex a pu trouver 1 500 nouveaux médecins coordonnateurs et 10 000 soignants que les directions cherchent en vain depuis des mois et même des infirmières de nuit alors qu'on manque cruellement d'infirmiers de jour sur tout le territoire », s'interroge la fédération.

Si ces mesures vont dans le bon sens, force est de constater cependant que faute de texte global « on ne fait que compléter l'existant et apposer des pansements là où les plaies sont le plus à vif ». Faute de vision globale sur les enjeux de l'autonomie, « tous les efforts proposés finissent par être annulés », déplore Philippe Mouiller, sénateur des Deux-Sèvres. « Ce PLFSS ne constitue pas une alternative efficace à la réforme tant attendue sur le grand âge et l'autonomie » et « la question du financement de la dépendance

reste entière », note quant à lui Éric Chenut, président de la FNMF.

SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION, APRÈS LES EFFETS D'ANNONCE, LE PARAMÉTRIQUE RESTE LA NORME

L'actualité récente de la Covid aura d'un autre côté tristement mis en lumière ses effets délétères sur la santé mentale des Français. En 2021, « on est passé d'une personne sur cinq touchée par ces troubles (psychiques) à une personne sur quatre », alerte Rachel Bocher, chef du service psychiatrie du CHU de Nantes. Alors que la santé mentale et la psychiatrie sont de véritables enjeux de santé publique, il est extrêmement préjudiciable de constater l'absence de toute réforme structurelle en la matière dans le projet de loi qui

prévoit pour l'essentiel une simple prise en charge par l'assurance maladie de huit séances - avec prescription médicale dès 3 ans - chez un psychologue (volontaire) à compter de l'année prochaine. « Dix ans pourtant que les rapports se succèdent avec le même constat: la psychiatrie est au bord de l'implosion », déplore la présidente de l'INPH.

Une mesure déjà annoncée par le président de la République, lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui ne fait pas l'unanimité puisque les tarifs s'élèveront à 40 euros pour la première séance et à 30 euros pour les suivantes, lorsqu'une séance classique de psychologie est facturée 60 euros en moyenne. En proposant « des tarifs trop faibles, ce dispositif aura un succès limité », assure la députée du Tarn-et-Garonne, Sylvia Pinel. En plafonnant ces séances à moitié moins dans le dispositif conventionné « on sait quels professionnels vont se porter

« DIX ANS POURTANT QUE LES RAPPORTS SE SUCCÈDENT AVEC LE MÊME CONSTAT: LA PSYCHIATRIE EST AU BORD DE L'IMPLOSION. »

**DR RACHEL BOCHER
PRÉSIDENTE DE L'INPH**

volontaires : les jeunes en mal d'insertion et prêts à tout. Ça ne va pas intéresser les vieux professionnels aguerris, c'est une psychologie pour les pauvres », insiste Patrick-Ange Raoult, secrétaire général du syndicat des psychologues.

Côté prévention, le texte ne contient qu'une série de mesures - dispersées -, qui consistent essentiellement à généraliser ou prolonger des expérimentations. Les politiques de prévention font encore malheureusement trop souvent l'objet d'effets d'annonce sans pour autant constituer un élément central de nos politiques de santé, trop axées sur le curatif. De nombreux rapports font pourtant état de la nécessité de changer rapidement de logiciel en la matière. La prévention, et singulièrement celle de la perte de l'autonomie qui occupe une place sinon marginale du moins mal identifiée, doit être appréhendée comme un investissement de long terme et plus encore à l'heure où le vieillissement de la population appelle à miser sur le dépistage précoce et que les dépenses de santé doivent être maîtrisées.

PREMIÈRE LECTURE AU SÉNAT, UN TEXTE « SANS DÉCISIONS MAJEURES NI PERSPECTIVES D'AVENIR »

Après la lecture sénatoriale, « rien ne va mieux, rien n'a changé », la « règle d'or » a explosé en plein vol puisque « la dette n'est en rien maîtrisée et qu'aucune vision stratégique ne permet d'envisager un retour à la normale », déplore Jean-Pierre Door. Nous sommes face à un « texte d'attente qui ne dit rien des choix qui seront faits pour l'avenir », constate avec amertume la présidente de la commission des Affaires sociales. « Ce projet de loi de financement de la

Sécurité sociale évite les grands enjeux », il n'est « que le sismographe des effets de la conjoncture sur les comptes sociaux, sans décision majeure ni perspectives d'avenir ».

Adopté le 16 novembre, le texte est comme à l'habitude enrichi par de nouveaux amendements. Alors que les tensions s'accroissent depuis plusieurs mois entre les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) et le ministère de la Santé, les sénateurs remettent au cœur du débat la question de l'augmentation de la taxe Covid à hauteur d'un milliard d'euros pour 2021. Hypothèse que le gouvernement avait déjà abandonnée. Une contribution « juste et solidaire dans le contexte que nous avons vécu » qu'Élisabeth Doineau justifie par des économies réalisées par les organismes de complémentaire santé de l'ordre de 2,2 milliards d'euros durant la crise sanitaire.

Une affirmation que réfute le président de la FNMF, Éric Chenut, qui rappelle que les mutuelles n'ont pas fait d'économies dans le cadre de la crise puisque « les moindres dépenses pour l'année 2020 sont chiffrées à 2,2 milliards d'euros par la DREES, auxquelles il faut retrancher 1,5 milliard





D^R JEAN-PAUL ORTIZ

PRÉSIDENT
DE LA CSMF

Quel regard portez-vous sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 et plus particulièrement sur les mesures qui concernent la médecine libérale ?

C'est un projet de loi qui entérine les grandes décisions du Ségur de la santé, qui s'est avéré être surtout un Ségur tourné vers l'hôpital. Certes, l'hôpital vit une crise considérable et il fallait l'aider. Mais cela ne suffira pas pour moderniser notre système de santé, qui nécessite une réorganisation générale afin d'améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital et recentrer l'hôpital sur le recours, l'excellence et la référence.

Pour quelles raisons la CSMF s'est-elle

fortement opposée à l'expérimentation d'un accès direct des patients aux professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, orthoptistes...)?

La CSMF s'est opposée à ces expérimentations, car nous ne pouvons accepter que les choses se fassent de cette façon. Les contours de métier doivent évoluer et les professionnels de santé doivent voir leur métier s'adapter au fur et à mesure des développements scientifiques et techniques en matière médicale. Mais ceci doit être élaboré entre les professionnels de santé des métiers concernés. Ces évolutions doivent tenir compte des conséquences éventuelles en termes de qualité des soins apportés

aux patients : cette qualité doit être maintenue à un haut niveau. L'information entre les différents professionnels doit être assurée. Il est fondamental que les impacts économiques soient également analysés dans le cadre de l'équilibre des entreprises libérales. Ce n'est donc pas aux députés de modifier les modalités d'organisation du système de soins et des rapports qu'il y a entre les différents professionnels de santé, mais c'est bien aux professionnels de santé eux-mêmes d'élaborer ces évolutions.

Le débat politique autour d'une « grande Sécu » polarise l'attention depuis plusieurs mois. Si ce scénario est pour le moment exclu, quelles en seraient les incidences sur la médecine libérale ?

La CSMF s'est fortement opposée à cette grande Sécu qui est en fait une étatisation complète et définitive du système de santé français. La mise en place d'une grande Sécu serait un frein à l'innovation qui n'est possible dans certains

PLFSS 2022

C'EST UN PROJET DE LOI QUI ENTÉRINE LES GRANDES DÉCISIONS DU SÉCUR DE LA SANTÉ, QUI S'EST AVÉRÉ ÊTRE SURTOUT UN SÉCUR TOURNÉ VERS L'HÔPITAL. CERTES, L'HÔPITAL VIT UNE CRISE CONSIDÉRABLE ET IL FALLAIT L'AIDER. MAIS CELA NE SUFFIRA PAS POUR MODERNISER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ QUI NÉCESSITE UNE RÉORGANISATION GÉNÉRALE. »

domaines que grâce aux assureurs complémentaires. Ce serait surtout, au final, l'évolution vers un système de type anglo-saxon dont on connaît bien les dérives : liste d'attente, médecine à deux vitesses. Ce serait la porte ouverte à l'émergence d'un secteur d'assurances supplémentaires, qui serait réservé aux catégories sociales les plus favorisées. Paradoxalement, la grande Sécu se traduirait par une évolution très inégalitaire de nos concitoyens devant la maladie.

Face au spectre de la désertification médicale, la tentation de la coercition en matière de liberté d'installation des médecins est de plus en plus perceptible à l'instar des propositions de conventionnement sélectif en zone sous-dense. Quel est votre point de vue sur le sujet ?

On ne peut nier une évidence : la France, aujourd'hui, manque de médecins. Partout. Pas seulement de

médecins généralistes dans ce qu'on appelle les déserts médicaux, qui touchent également certains quartiers des grandes villes, mais également de médecins spécialistes. Cela se traduit par des délais de rendez-vous très longs, en particulier dans certaines spécialités. Nier cette réalité revient à proposer des mesures coercitives qui ne marcheront pas comme cela a déjà été essayé dans d'autres pays.

Des mesures ont déjà été prises permettant d'augmenter nettement le nombre de médecins en formation, et plus largement le nombre de soignants en formation. Elles auront, malheureusement, un impact décalé dans le temps. Reste à résoudre le difficile problème actuel et des quelques années à venir : cela passe par un soutien aveugle à la médecine libérale autour des évolutions centrées sur le regroupement, l'exercice multisites, la coordination et l'essor du numérique en santé. Ce n'est qu'en améliorant la qualité de vie personnelle et

professionnelle des médecins que nous pourrions arriver à passer ce cap difficile.

Notre système de santé semble à bout de souffle. Quels seront selon vous les travaux prioritaires du prochain quinquennat, notamment pour la médecine libérale ?

Le prochain quinquennat doit être disruptif en matière de santé : il faut inverser les modalités d'organisation de notre système de soins qui aujourd'hui est centré sur les structures, en particulier les structures hospitalières qui sont privilégiées par rapport au maillage territorial au plus près des patients. Notre système de soins ne doit plus reposer sur les hôpitaux, mais sur les professionnels de santé libéraux au plus près du domicile des patients âgés, poly pathologiques : leur prise en charge est le défi à relever demain. L'hôpital doit être recentré sur sa mission de référence et de recours, et abandonner l'accès en premier recours tel que malheureusement il fait trop souvent.

Le système de santé doit assurer des soins de qualité à toute la population, mais aller au-delà : la prévention, la santé environnementale, la santé au travail, la santé mentale sont autant d'orientations que le prochain quinquennat doit prendre avec volontarisme sous peine de voir la santé de la population en général se dégrader tout en ayant un système de soins très coûteux dont la soutenabilité financière risque de poser problème. ■

d'euros de taxe Covid et 400 millions d'euros liés à la réforme de la complémentaire santé solidaire ».

La Mutualité Française avait d'ailleurs alerté les pouvoirs publics en septembre « sur les comptes déficitaires des complémentaires santé de près de 900 millions d'euros sur le seul 1^{er} semestre de 2021, en raison d'une hausse inédite des dépenses de santé ».

Dans le même temps, alors que le président de la République a suspendu la réforme des retraites, et qu'aucune mesure de redressement de la trajectoire financière de la branche vieillesse n'a été proposée au Parlement, un amendement prévoit - en l'absence de solution - un report progressif de l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans, à compter de la génération 1966, et une convergence des régimes spéciaux avant 2032. Emmanuel Macron « est le seul président depuis trente ans à n'avoir rien fait » tandis que le Sénat a pris « très régulièrement ses responsabilités », fustige Bruno Retailleau, sénateur de la Vendée. Une occasion pour Élisabeth Doineau d'affirmer que le chef de l'État et son gouvernement n'ont fait que « procrastiner [...] pendant cinq ans »...

Lors de l'examen du texte, la question de la liberté d'installation des médecins cristallise comme toujours le débat. Face au spectre de la désertification médicale, les sénateurs proposent

d'instaurer un mécanisme incitatif à l'installation des médecins libéraux dans les zones sous-

dotées avec la création de zones franches. Ils proposent également que le conventionnement des médecins soit conditionné à la réalisation d'un remplacement de six mois dans les zones sous-dotées. Un conventionnement sélectif qui provoque le courroux des syndicats d'internes et de jeunes médecins qui alertent sur le risque d'une médecine à deux vitesses qu'engendrerait le vote définitif d'une telle mesure et s'insurgent contre cette disposition, prise « sans concertation » et « sans distinction de spécialité ».

Le gouvernement y est aussi défavorable. « Depuis le début du quinquennat, nous avons mis en place un panel de solutions adaptables à chaque contexte local », rappelle Adrien Taquet, secrétaire d'État en charge de l'enfance et de la famille auprès du ministre de la Santé, soulignant au passage le risque de créer « des effets de bords, de concurrence, de contournement et nous ne pensons pas que cela est la bonne solution ».

Sans surprises, la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion ne parvient pas à s'accorder.



THOMAS MESNIER SE DIT FORTEMENT OPPOSÉ À L'EFFORT SUPPLÉMENTAIRE DEMANDÉ AUX OCAM CONSIDÉRANT QUE CELUI-CI « NE PREND PAS EN COMPTE LA DYNAMIQUE ACTUELLE DE RATTRAPAGE DES SOINS ». UN EFFORT SUPPLÉMENTAIRE QUI SE TRADUIRAIT INÉVITABLEMENT PAR « UNE AUGMENTATION DES PRIMES PESANT SUR PLUSIEURS MILLIONS DE FRANÇAIS, AFFILIÉS À CES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES. »

DEUXIÈME LECTURE À L'ASSEMBLÉE, LE PROCHAIN GOUVERNEMENT DEVRA ENGAGER « DES RÉFORMES D'AMPLEUR »

Si des désaccords importants subsistent sur ces sujets, le 18 novembre, la boucle est bouclée. Thomas Mesnier se dit fortement opposé à l'effort supplémentaire demandé aux OCAM considérant que celui-ci « ne prend pas en compte la dynamique actuelle de rattrapage des soins ». Un effort supplémentaire qui se traduirait inévitablement par « une augmentation des primes pesant sur plusieurs millions de Français, affiliés à ces organismes complémentaires ». En outre, si le rapporteur général « adhère à l'objectif poursuivi » par un conventionnement conditionné à l'exercice préalable de la médecine pendant au moins 6 mois dans des zones sous-denses, il ne « partage pas le moyen » d'y parvenir.

Cette mesure risquerait, en effet, de « favoriser un exercice déconventionné » nuisible aux patients et de « désinviter les jeunes médecins à l'installation en libéral ». Pratique libérale qu'il est urgent de revaloriser à l'heure où « seulement 8 % des jeunes médecins s'installent ». D'autant plus qu'avec « 30 % des postes vacants à l'hôpital, on court le risque que demain personne ne s'installe ou ne se conventionne », rappelle Thibault Bazin, député de Meurthe-et-Moselle. De son côté, Bruno Millienne, député des Yvelines constatant que « la politique incitative échoue depuis vingt ans », insiste sur la nécessité que les ARS soient autorisées à lancer une expérimentation. « Nous n'avons pas essayé le conventionnement sélectif », « Si cela marche, tant mieux, si cela ne fonctionne pas, on y met un terme ». Concernant l'instauration de zones franches bénéficiant d'exonérations de cotisations dans les zones déficitaires en offre médicale, une telle disposition « pourrait ouvrir droit à une exonération de toutes les cotisations sociales pour l'ensemble des médecins pendant toute la durée de leur carrière » et entraînerait in fine « une lourde perte pour les recettes de la Sécurité sociale », précise Thomas Mesnier.

Enfin, concernant les mesures de redressement de la branche vieillesse avec l'introduction de l'amendement visant à reformer le système de retraite par des mesures paramétriques, s'il est possible de trouver un certain consensus autour de l'idée qu'une réforme des retraites est nécessaire à moyen terme, Cyrille Isaac-Sibille rappelle que « les conditions ne sont pas réunies pour relancer un tel chantier ». Une « telle réforme mérite une large concertation qui n'a pas eu lieu avant l'élaboration de cet article ».

Le 22 novembre, le dernier Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (encore provisoire) du quinquennat est adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée et les amendements sénatoriaux supprimés. Le projet de loi prévoit, eu égard des dernières prévisions⁵, un déficit du régime général de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse de 20,4 milliards d'euros. Le « trou de la Sécu » devrait selon le ministre délégué aux comptes publics, Olivier Dussopt, encore dépasser 11 milliards d'euros en 2025. Quelques jours plus tard, de retour au Sénat, le texte est dans un climat tendu rejeté en nouvelle lecture. « Le compte n'y est pas », regrette Élisabeth Doineau. « Ce déséquilibre est inconfortable sur la durée. La dette corsète, la dette anéantit, la dette réduit toute forme de générosité à l'avenir. »

Le 29 novembre, le projet de budget de la Sécurité sociale pour 2022 est définitivement adopté par le Parlement. À l'heure où les attentes des Français en matière de santé et de protection sociale sont immenses, plus encore dans un contexte où la situation des comptes sociaux apparaît durablement dégradée, il est impératif de procéder à des réformes structurelles. Le prochain gouvernement devra donc s'atteler à des travaux d'ampleur pour que notre modèle social reste une idée d'avenir, pour que la Sécurité sociale reste « le patrimoine de ceux qui n'en ont pas⁶ » ! ■

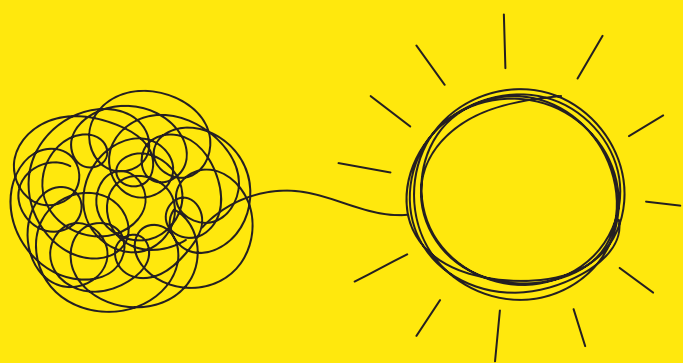
⁵ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4685/CI0N-SOC/AS254>

⁶ Michel Borgetto, docteur d'État en droit.

 **POINT DE VUE**

ANNONCES SUR LE REMBOURSEMENT DES PSYCHOLOGUES : OASIS OU MIRAGE ?

MME OPHÉLIE SÉGADE-BOURGEOISET
DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE DANS LE SERVICE DE PÉDOPSYCHIATRIE DE L'HÔPITAL NECKER-ENFANTS MALADES, FORMATRICE AU COPES ET EN EXERCICE LIBÉRAL À PARIS.



L'enquête COviPrev portant sur l'évolution de la santé mentale des Français pendant et après la Covid, révèle que 10 % des personnes interrogées entre le 31 août et le 7 septembre 2021 ont eu des pensées suicidaires

au cours de l'année, soit 5 points de hausse par rapport au niveau enregistré hors épidémie. 23 % des interrogés montrent aussi des signes de troubles anxieux, soit 10 points de plus qu'avant la période Covid.

C'est au regard de ce constat que la crise de la Covid a souligné le rôle majeur des psychologues dans le domaine de la santé mentale.

Le remboursement des consultations auprès d'un psychologue, annoncé par E. Macron mardi 28 septembre à la suite des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, est une avancée qui témoigne de la légitimité et de l'utilité réelle d'une prise en charge psychologique. Il convient cependant de s'interroger sur les conditions proposées pour sa mise en œuvre : 10 séances de 30 minutes, payées 40 euros la première séance et 30 euros les suivantes, sans dépassement d'honoraires possible, de plus prescrites par un médecin. Après un long désert de réflexion sur la santé mentale, cette mesure représente-t-elle une oasis ou un mirage ?

Cette proposition est issue d'une réflexion rassemblant membres du ministère de la Santé et des psychiatres. Elle a été testée dans 4 départements et n'a pas obtenu les effets escomptés : les psychologues ont refusé d'y participer soutenant que les conditions proposées ne leur permettraient pas de faire éthiquement et professionnellement un travail de qualité, dans l'intérêt même du patient. Le gouvernement semble vouloir intégrer une démarche thérapeutique restreinte dans son enveloppe budgétaire, sans réelle réflexion sur ce qu'est réellement un travail thérapeutique.

Ce remboursement, annoncé comme une prise de conscience des pouvoirs publics sur la nécessaire démocratisation de l'accès aux consultations psychologiques, se ferait alors sur des modalités qui me semblent contraires à ce qu'est un processus thérapeutique. Cette mesure n'est cohérente, ni vis-à-vis du patient, ni vis-à-vis du

psychologue. Elle véhicule une vision erronée de l'appareil psychique et de son fonctionnement, envisagés de manière standardisée, paramétrée et mécanique. Il est chimérique de faire croire que l'être humain est une machine que l'on pourrait réparer en 10 séances de 30 minutes.

C'est nier l'extrême diversité du psychisme humain, la pluralité complexe des symptomatologies et la nécessité absolue du temps psychique et du processus de guérison. Avec cette mesure, exit le temps de la rencontre, de l'élaboration et de l'introspection, l'inconscient n'a plus de place pour être pensé.

Il apparaît clairement que le gouvernement délègue sa mission d'ordre public au psychologue libéral. Le libéral deviendrait alors l'antichambre des hôpitaux, proposant les soins que l'hôpital, réformé avec des rustines et débordé, n'est plus à même de fournir. Les CMP (Centres médico-psychologiques) ont pourtant été créés pour être au plus près des populations défavorisées. Ils méritent d'être considérés comme une prise en charge de secteur de premier choix, avec des moyens à la hauteur de leur mission de service public et de leur charge de travail. On ne peut que saluer la création des 800 postes promis à l'issue de ces Assises : il est à craindre que ce soit largement insuffisant pour endiguer les listes d'attente de plus de 18 mois sur la majorité du territoire français.

Par ailleurs, ce tarif de consultation fixé à 30 euros ne correspond en aucune façon à la réalité de l'exercice du psychologue libéral car, rappelons-le, il convient de déduire l'ensemble des charges liées à cette activité professionnelle (loyer, charges, impôts et taxes diverses, etc.). Est-ce aux psychologues libéraux de porter la responsabilité du service social en rentrant ainsi eux-mêmes dans la précarité ? Le président

précise toutefois que « cette mesure de forfait de consultation est davantage destinée aux psychologues qui n'arrivent pas à vivre de leur métier. » Ironiquement, les psychologues qui s'inscriraient dans cette mesure risquent d'être effectivement les plus jeunes et moins expérimentés.

Enfin, ni le remboursement ni le renouvellement des séances ne doivent être conditionnés à une prescription médicale. Les médecins sont des partenaires précieux dans la prise en charge d'un patient en santé mentale et une collaboration autour du patient est souvent souhaitable, d'autant que le patient ne va pas toujours de lui-même

consulter directement un psychologue. Toutefois, laissons aux psychologues la responsabilité d'évaluer les modalités de prise en charge thérapeutique et leur appréciation de l'évolution du patient dans sa singularité.

Cette annonce pourrait être considérée comme une manœuvre politique évidente de séduction

du grand public, empathique avec ceux qui souffrent et ont besoin d'accéder à une thérapie que d'aucuns pourraient estimer souvent trop coûteuse. Non, le gouvernement ne pourra pas payer l'intégralité des consultations « pour tout le monde », et c'est bien normal. C'est au rôle des CMP de secteur de permettre un accès aux soins psychologiques aux familles les plus défavorisées. S'il est tout à fait juste de favoriser l'accès aux soins psychiques par une participation financière, il est impératif de préserver la dignité du soin psychique et de l'accompagnement des patients. Cette nouvelle mesure mérite d'être repensée en permettant au psychologue d'être responsable des modalités de la prise en charge qu'il propose, à un tarif décent en autorisant un dépassement d'honoraire, et permettant le temps de changement. ■

AVEC CETTE MESURE, EXIT LE TEMPS DE LA RENCONTRE, DE L'ÉLABORATION ET DE L'INTROSPECTION, L'INCONSCIENT N'A PLUS DE PLACE POUR ÊTRE PENSÉ.



EN FINIR AVEC L'IMAGE NÉGATIVE DE LA RURALITÉ : COMMENT LA MSA CONTRIBUE À EN VALORISER LES AMÉNITÉS

PAR FRANÇOIS-EMMANUEL BLANC
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA MSA

**LA CRISE DU COVID-19
AURA CONTRIBUÉ À
METTRE EN LUMIÈRE
UNE TENDANCE APPARUE
DEPUIS QUELQUES
ANNÉES, AU GRÉ DE
L'EXODE, PROVISOIRE OU
DURABLE, DES VILLES
VERS LA CAMPAGNE :
DEPUIS 10 ANS, 80%
DES COMMUNES
RURALES CONNAISSENT
UNE CROISSANCE
DÉMOGRAPHIQUE**

D

éserts médicaux, fermetures de services publics, exode rural, campagnes oubliées, vieillissement, activités en berne...

Derrière ces formules employées régulièrement pour définir les territoires ruraux les plus éloignés des centres urbains, c'est une image pointant avant tout les fragilités d'espaces oubliés des politiques publiques et sans aucune perspective d'avenir qui est diffusée.

Mais cette image correspond-elle à la réalité ? Ces formules ne sont-elles pas plutôt le reflet de clichés ou idées reçues qui refusent de percevoir les aménités du monde rural et d'en valoriser les richesses

et l'attractivité ? Au risque de ne pas suffisamment associer les acteurs de ces territoires dans la déclinaison des actions dédiées à lutter contre certaines de leurs fragilités.

S'il convient effectivement de ne pas nier l'ampleur des défis auxquels la ruralité est soumise, il est important de souligner l'importance et la diversité des initiatives qui sont consacrées aujourd'hui à la préservation de l'activité, et plus généralement des conditions de vie, en milieu rural. Un enjeu majeur pour notre pays, quand on considère que 22,4 millions de Français y résident, soit plus d'un tiers de la population totale.

L'efficacité de ces actions ne pourra se mesurer qu'à l'aune de leur adaptation à la diversité des territoires, et surtout à la capacité d'être en

mesure de renforcer leur pouvoir d'attractivité, et de mettre en avant les ressources mobilisées par leurs habitants, dans le cadre des initiatives dont ils sont eux-mêmes les acteurs.

Tout d'abord, quelques chiffres révélateurs de la situation ressentie, ou constatée, sur ces espaces : selon un sondage Viavoice pour la FHP, 49 % des habitants du milieu rural déclarent avoir des difficultés d'accès à un médecin (contre 14% en région parisienne). En ce qui concerne les soins d'urgence, 37% des habitants de zones rurales très peu denses vivent à plus de 30 minutes d'un service d'urgence (Étude de l'Association des maires de France).

Cette problématique de mobilité affecte également les plus jeunes : il y a, en milieu rural, en moyenne

8 places en crèche pour 100 enfants situées à moins de 15 minutes du domicile, contre 26 places en milieu urbain. Des illustrations parmi d'autres du constat de l'éloignement des services, qui ne se limite pas aux services publics : l'accessibilité des commerces est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain. Les communes rurales ont deux fois moins de magasins par habitant que les communes urbaines. 26 % des ruraux n'ont aucun commerce dans leur commune (Étude INSEE, 2017).

Et si les téléservices sont présentés comme une alternative au maintien de l'accès aux administrations, voire à la médecine de première nécessité (téléconsultation), encore faut-il que l'accès au numérique puisse être assuré sans difficulté : selon le rapport du Défenseur des droits (Dématérialisation et inégalité d'accès aux services publics – 2019), dans les communes de moins de 1 000 habitants, plus d'un tiers des habitants n'ont pas accès à un Internet de qualité, ce qui représente près de 75 % des communes de France et 15 % de la population.

Ces quelques indicateurs, non exhaustifs, illustrent certains des défis auxquels sont soumis les habitants des territoires ruraux. Ceux-ci sont d'autant plus accentués par le ressenti de perte de proximité exprimé à l'égard de nombreux services publics, au premier rang desquels les organismes de protection sociale, et ce, malgré un souci constant de préserver le contact avec leurs ressortissants. Mais deux décennies de conventions d'objectifs et de gestion tournées vers la diminution de la présence territoriale sous forme de lieux d'accueil

physiques territoriaux, souvent de manière dogmatique, sans aucune proposition alternative, auront conduit à susciter de l'incompréhension de la part des responsables des collectivités rurales et de leurs administrés. Pour, au final, aboutir à un déficit de qualité de service, et d'image. Sans parler du creusement de l'impression d'abandon et dévalorisation....

Et pourtant, la crise de la Covid-19 aura contribué à mettre en lumière une tendance apparue depuis quelques années, au gré de l'exode, provisoire

ou durable, des villes vers la campagne : depuis 10 ans, 80 % des communes rurales connaissent une croissance démographique. Si cette dynamique ne concerne pas toutes les zones rurales de la même façon, elle traduit une tendance de fond où qualité de vie, calme et proximité de la nature constituent des aménités qui attirent de plus en plus de personnes. Au regard des enjeux environnementaux et de souveraineté alimentaire au centre desquels se situe le monde rural, ce phénomène nécessite une attention forte de la part des pouvoirs publics, et le déploiement d'actions qui, non seulement, visent à lutter contre les fragilités de ces territoires, mais

en valorisent naturellement l'image... Et pour ce faire, mettent en avant la contribution apportée, par les acteurs eux-mêmes, aux solutions mises en œuvre !

Par son modèle original au sein de la protection sociale, la MSA se positionne comme un acteur central de cette dynamique, à la fois par la déclinaison de ses missions régaliennes, à travers son guichet unique (versement des prestations maladie, retraite, famille, accidents du travail,

49% DES HABITANTS DU MILIEU RURAL DÉCLARENT AVOIR DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN MÉDECIN. EN CE QUI CONCERNE LES SOINS D'URGENCE, 37% DES HABITANTS DE ZONES RURALES TRÈS PEU DENSES VIVENT À PLUS DE 30 MINUTES D'UN SERVICE D'URGENCE.



financement de la protection sociale), mais aussi par son action territoriale originale.

Régime assurant l'ensemble de la couverture sociale obligatoire du monde agricole, déployée par ses 35 caisses locales, la MSA s'appuie également sur un réseau de 14 000 délégués élus représentant les professions non-salariées et salariées de l'agriculture. Cette singularité, qui la distingue des autres régimes de protection sociale, constitue non seulement le socle démocratique sur lequel fonctionne la MSA (l'ensemble des adhérents de la MSA élisent leurs délégués locaux, qui ensuite désignent les membres des conseils d'administration), mais aussi une garantie de maintien du lien avec la réalité des territoires. Les délégués, en tant que relais et vigies des problématiques soulevées et vécues par ses ressortissants, constituent pour la MSA des ambassadeurs qui témoignent à la fois des besoins, mais aussi des initiatives portées par le monde rural.

La crise Covid en a constitué une parfaite illustration avec le dispositif MSA solidaires : plusieurs centaines d'élus de la MSA ont mobilisé leur réseau local pour venir en aide à des personnes fragiles, apportant aide et soutien à plus de 250 000 personnes. À travers des démarches de contacts directs (visite de courtoisie à domicile, appels téléphoniques de convivialité...), les délégués de la MSA ont pu capitaliser sur leur ancrage dans leurs territoires de vie pour accompagner personnes âgées, isolées, éloignées des services... Bien plus, des dispositifs de paniers solidaires, mobilisant, en partenariat avec les Caisses d'allocations familiales, les producteurs locaux pour distribuer de la nourriture à des personnes et des familles en situation de précarité, ont mis en lumière l'intérêt

L'ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES RURAUX, C'EST ÉGALEMENT LA CAPACITÉ À ASSURER UNE OFFRE DE SOINS DE QUALITÉ, ET LUTTER CONTRE LA DÉSERTIFICATION MÉDICALE QUE D'AUCUNS QUALIFIERAIENT DE FATALITÉ

des circuits courts, et la richesse que constitue la présence d'agriculteurs sur un territoire, pour faire face aux défis alimentaires liés aux crises, par l'activation de chaînes de solidarité que l'on pensait réservées aux zones urbaines.

Cette notion de solidarité constitue un des axes caractéristiques de la ruralité. Grâce à elle, comment ne pas se dire que les épisodes de confinement ont été moins pénibles à vivre dans les campagnes qu'en ville....

Cette valeur forte motive la MSA dans le cadre de ses politiques dédiées à la petite enfance et à la jeunesse, mais aussi au soutien des personnes âgées. C'est en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs présents en milieu rural que des solutions efficaces peuvent être déployées, en fédérant les initiatives et actions conçues localement. C'est tout le sens des chartes de solidarité développées par la MSA depuis 2010. Démarche de développement social local, celle-ci repose sur l'action conjuguée des citoyens, élus et acteurs du territoire (collectivités locales, centres sociaux...), mais aussi l'engagement des organismes et associations extérieures (ARS, organismes de protection sociale), mobilisés par une volonté partagée, quelle que soit la nature de leurs missions ou de leurs motivations, autour des valeurs de solidarité et de « service rendu » aux autres.

Ces chartes, par la mise en synergie de ces différents intervenants, permettent la création de services (transports solidaires) ou de structures (accueil de loisirs ou centres sociaux, services au sein des résidences d'accueil de personnes âgées), et la participation à des dispositifs de

solidarité (sensibilisation au circuit court en agriculture, initiatives intergénérationnelles) ou à toutes formes d'actions concourant au mieux-vivre des familles ou des aînés. Ainsi, les 54 chartes de solidarité pour les aînés arrivées à échéance fin 2020 ont donné lieu à 750 actions sur les territoires, soit en moyenne 14 actions par charte. 51 chartes de solidarité à destination des familles étaient contractualisées début 2021 : 55 % des territoires visés par elles étaient ciblés prioritairement dans les schémas départementaux des services aux familles. Une preuve que l'action collective participative, à partir du moment où elle fait l'objet d'une impulsion éclairée, peut satisfaire aux objectifs des politiques publiques.

L'attractivité des territoires ruraux, c'est également la capacité à assurer une offre de soins de qualité, et lutter contre la désertification médicale que d'aucuns qualifieraient de fatalité. Certes, les problèmes sont bien réels, mais les dispositifs déployés ces dernières années en termes de CPTS constituent à notre sens un moyen fondamental pour décroiser les différents acteurs de la santé (ville, hôpital, médico-social), en les sensibilisant, les motivant, et en capitalisant sur leur attachement à leur territoire. Et pour leur donner envie, encore faut-il savoir passer au-dessus des idées reçues : voici le défi que s'est lancé la MSA en déclinant le programme Educ'Tour, qui vise à faire connaître aux jeunes médecins l'exercice en milieu rural, et à en démontrer l'attrait. Expérimenté avec la faculté de médecine de Dijon, ce programme s'adresse à des étudiants en fin d'études des filières de santé et d'assistants sociaux, ainsi qu'à leurs enseignants. Par des rencontres avec des

médecins-conseils, enseignants et professionnels de santé des structures de soins coordonnés d'un territoire, et des échanges croisés entre projets théoriques des étudiants et projet réel construit par les professionnels du terrain, il permet de développer une culture commune du soin, donnant les clés pour co-construire ou mettre en œuvre un projet de santé adapté à son environnement.

Les expériences et actions conduites par la MSA sur le champ du parcours de soins permettent également d'illustrer l'intérêt d'associer le secteur médico-social et les professionnels de santé dans le cadre de la prévention, et in fine de l'amélioration de la santé des populations. Faciliter les synergies entre les acteurs, transcender les périmètres d'intervention en mettant en place les conditions de la collaboration et du dialogue, autour d'un même but : favoriser la prise en charge du patient, en le maintenant le plus longtemps possible dans son environnement de « confort » ! Et si bien vivre en milieu rural, c'était aussi cela ? À travers les Maison d'accueil





et de résidence pour l'autonomie (MARPA), les MSA ont très tôt mis en place les conditions d'un suivi global de la santé des seniors. Petites unités de vie constituant l'intermédiaire entre maintien à domicile et hébergement en établissement collectif, les MARPA promeuvent le recours à l'ensemble des professionnels de santé du secteur pour le suivi médical de leurs pensionnaires. La crise sanitaire aura constitué un exemple de l'intérêt de ce type de dispositif. La démarche inclusive induite par le modèle MARPA, son inscription dans un tissu économique, sanitaire et social de proximité, adapté aux besoins de personnes âgées conservant leur cadre de vie familial, auront sans nul doute contribué à limiter le nombre de décès, très faible, au sein de ces structures... sans compter, bien évidemment, le grand professionnalisme des équipes des établissements.

Vivre en milieu rural nécessite un réseau de services qui ne se préjuge pas si on ne tient pas compte de l'expression des besoins de la population. La crise des « Gilets jaunes » nous l'a fortement rappelé ! La rationalisation de la présence

des services publics et l'alternative proposée par le développement du « tout-numérique » interroge. Au-delà des problèmes de connexion évoqués plus haut, encore faut-il tenir compte de la diversité des populations susceptibles de recourir à ces services, et de leurs plus ou moins grandes capacités d'adaptation. La MSA est bien placée pour constater la réalité de la fracture numérique. La maîtrise d'Internet n'est pas innée, quel que soit le territoire où l'on réside, en ville comme à la campagne. Sauf que pour cette dernière, il n'y a que peu de salut sans l'existence d'un socle minimum de services publics accessibles physiquement, à proximité

du lieu de vie. C'est pour préserver cette capacité d'accès que la MSA s'est très tôt inscrite dans la contribution, voire le portage, des espaces France Services, qui constituent une expression concrète de l'agenda rural. Quel meilleur exemple d'une utilisation intelligente et rationnelle des ressources préservées sur les territoires, mais aussi de la capacité à mobiliser des compétences locales pour maintenir un service de proximité et permettre à nos concitoyens d'accéder à de « vraies » personnes, sans devoir parcourir des distances déraisonnables, au mépris de certains enjeux environnementaux très actuels !

Les exemples de ces initiatives locales, portées par les acteurs des territoires, qu'ils relèvent des institutions, du monde associatif, ou de la société civile, sont nombreux. Le succès des appels à projet régulièrement lancés par la MSA dans différents domaines (médico-social, logement, jeunesse...) prouve la motivation du monde rural pour contribuer à l'amélioration de son environnement, et illustre un dynamisme réel, qui ne fera qu'en renforcer l'attractivité.

L'action de la MSA, à travers ses délégués et ses équipes, consiste à démontrer comment un régime de protection sociale peut s'appuyer sur des fondamentaux, et en particulier sur son ancrage professionnel, pour en faire un outil de valorisation des initiatives territoriales, et contribuer au bien-être de tous. La MSA se fait par ce biais l'illustration de la capacité d'innovation et de résilience du monde agricole. Loin de correspondre à un secteur en perte de vitesse, son dynamisme et son sens du territoire en font un acteur idéal pour contribuer à refaire des espaces ruraux des lieux de vie attractifs, dotés de services et d'atouts. C'est parce que la MSA est le régime de protection sociale du monde agricole qu'elle dispose d'une réelle légitimité auprès du monde rural.

Et puisque nous souhaitons participer à la valorisation de l'image de ce dernier, ne parlons plus de protection sociale

du dernier kilomètre, mais plutôt du 1^{er} kilomètre, celui où l'initiative vient de ses composantes, où les sources d'inspiration sont issues directement du vécu et de la mobilisation du tissu local. À ce titre, impulser des dynamiques en s'adaptant au besoin, et non pas en adaptant ce dernier à la capacité théorique des politiques publiques, devient un vrai leitmotiv. C'est en ce sens que la MSA entend promouvoir la mise en place de vrais centres de ressources territoriaux, s'appuyant sur les expertises de proximité, reconnues par leur expérience et leur connaissance du terrain, et l'image positive loin des clichés et autres idées reçues, que certains peuvent véhiculer.

Avec la volonté de contribuer à rétablir les services auxquels la ruralité a droit, du fait de son rôle central dans le projet agricole français, mais aussi plus globalement dans la préservation des richesses de notre territoire. ■

**C'EST PARCE
QUE LA MSA
EST LE RÉGIME
DE PROTECTION
SOCIALE DU
MONDE AGRICOLE
QU'ELLE DISPOSE
D'UNE RÉELLE
LÉGITIMITÉ
AUPRÈS DU
MONDE RURAL**



PR JEAN-MARC AYOUBI

**GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN
CHEF DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE ET MÉDECINE DE LA
REPRODUCTION À L'HÔPITAL FOCH
DEPUIS 2006.**



VOUS ÊTES PIONNIER SUR LA GREFFE DE L'UTÉRUS EN FRANCE. POUVEZ-VOUS NOUS RACONTER CETTE PROUESSE MÉDICALE ?

Pr Jean-Marc Ayoubi : Nous avons réalisé à l'hôpital Foch la première greffe utérine à partir d'une donneuse qui était la mère de la patiente greffée. Cette intervention, principalement réalisée par chirurgie robotique, a duré plus de 19 heures. La patiente a ensuite été suivie avec un traitement immunodépresseur et le transfert d'embryon a été réalisé un an après la greffe afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de rejet de l'utérus greffé. Cette dernière a finalement donné naissance, après huit mois de grossesse, à un bébé en parfaite santé. C'est un très beau projet, parce qu'il a abouti mais aussi parce qu'il a débuté il y a une quinzaine d'années avec une équipe d'une vingtaine de personnes autour de moi à Foch. Il est le fruit d'un long travail. L'équipe a travaillé sans relâche le week-end, le soir, et tout cela en plus de leur travail quotidien. C'est aussi un bel exemple de cohésion pour dynamiser la recherche, de collaboration multidisciplinaire entre l'université, l'hôpital, la fondation, et de collaborations internationales très fructueuses. Nous savions que des équipes

travaillaient déjà sur la greffe utérine, nous avons donc décidé d'oeuvrer avec l'équipe suédoise pionnière en la matière. Toute une dynamique de recherche s'est alors installée et c'est le plus important car même si la greffe utérine ne va pas plus loin, nous avons plus de cinq thématiques de recherche autour de la greffe qui ont été initiées et qui ont donné des résultats que ce soit avec l'INRA, au niveau de l'implantation ou encore de l'amélioration des résultats de fécondation in vitro des grossesses.

AVEZ-VOUS RENCONTRÉ DES DIFFICULTÉS PARTICULIÈRES ?

JM.A. : La partie la plus complexe était liée aux démarches administratives, médico-légales et juridiques. La greffe utérine concerne la reproduction et recouvre plusieurs dimensions : psychologique, médicale, chirurgicale, biologique mais aussi éthique et juridique. Comme nous étions dans un processus novateur, il a bien sûr fallu s'adresser à toutes les instances, que ce soit l'Académie de médecine, le Comité national d'éthique, l'Agence de biomédecine... et à la fin à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour l'autorisation. À partir du moment où nous

avons initié les démarches administratives jusqu'à ce que nous obtenions l'autorisation de réaliser un projet à l'essai thérapeutique chirurgical pour réaliser la greffe utérine à partir de donneurs ou donneuses vivants, nous avons mis pratiquement neuf ans. Pendant ce temps, nous avons continué notre expertise en chirurgie robotique, notre collaboration au niveau international avec nos équipes partenaires et nous avons débuté la greffe utérine sur le plan animal, chez la brebis. Lorsque nous avons enfin obtenu l'autorisation, nous avons dû sélectionner des patientes, avec le moins de risques possibles pour espérer un succès et répondant à certains critères car on ne greffe pas simplement pour réaliser une prouesse chirurgicale. Il faut un projet de grossesse, un conjoint, une fonction reproductive normale... sinon la greffe n'a pas de sens.

QUELLE EST LA PLACE DE L'INNOVATION ET SES APPORTS DANS LE PROCESSUS DE GREFFE ?

JM.A. : L'hôpital Foch a une longue histoire en matière de greffe et de transplantation. Notre service de chirurgie gynécologique est le premier à utiliser la chirurgie robotique et nous disposons de l'expertise la plus importante en France sur la chirurgie robotique appliquée à la gynécologie. Cette chirurgie tend à devenir la technique de référence et va générer des progrès dans la reproduction humaine mais aussi dans d'autres domaines. Elle va dynamiser la recherche sur différentes thématiques autour et améliorer la technique chirurgicale en la rendant plus simple et accessible. Finalement, ce projet au-delà de la prouesse médicale a permis plusieurs avancées scienti-

fiques significatives dans les domaines de la transplantation, de la reproduction, de la perfusion des organes prélevés et dans le domaine de l'implantation sur la partie immunologique et infectieuse. Ce projet de recherche de greffe utérine s'est concrétisé, mais il n'est pas terminé. Nous avons l'autorisation de réaliser 10 greffes. Il faut donc continuer à mener cette recherche et à sélectionner les patientes. Le défi est de réussir les prochaines greffes utérines en développant, en simplifiant et en perfectionnant la technique que nous avons développée à Foch avec l'équipe suédoise.

POURRA-T-ON ENCORE OPÉRER À L'AVENIR SANS ROBOT ?

JM.A. : L'utilisation du robot est une bonne chose. Son bras permet en effet des interventions très précises, des gestes moins invasifs et une meilleure visibilité du champ opératoire grâce à la vision en 3D. Il faut toutefois être en mesure d'utiliser la chirurgie « classique » en cas de problème. Il est à cet égard important de pouvoir enseigner aux internes la chirurgie robotique mais aussi classique puisqu'ils en

ont besoin si une intervention manuelle est nécessaire. Il est, par ailleurs, aujourd'hui prouvé que la chirurgie robotique est plus facile que les autres. Pour l'apprentissage de la technique, il faut seulement 20 procédures pour 100 en coelioscopie. Le risque que la chirurgie classique soit délaissée au profit de la robotique est bien réel. Il faudra donc avoir une réflexion sur la façon de sécuriser au mieux cette technique. Cependant, il ne faut jamais avoir peur de l'innovation, il faut l'accompagner et l'adapter. ■

"NOUS AVONS RÉALISÉ À L'HÔPITAL FOCH LA PREMIÈRE GREFFE UTÉRINE À PARTIR D'UNE DONNEUSE QUI ÉTAIT LA MÈRE DE LA PATIENTE GREFFÉE. CETTE INTERVENTION PRINCIPALEMENT RÉALISÉE PAR CHIRURGIE ROBOTIQUE A DURÉ PLUS DE 19 HEURES."



JÉRÔME GUEDJ

CO-FONDATEUR DU THINK TANK

MATIÈRES GRISSES,

ANCIEN DÉPUTÉ,

ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL

DÉPARTEMENTAL DE L'ESSONNE

LA CRISE SANITAIRE A EU DES CONSÉQUENCES DÉLÉTÈRES SUR LES PERSONNES ÂGÉES FORTEMENT TOUCHÉES PAR LA COVID-19 ET PAR LES CONSÉQUENCES SOCIALES DES MESURES DE CONFINEMENT. QUELS ENSEIGNEMENTS TIREZ-VOUS DE CETTE SITUATION INÉDITE ?

Jérôme Guedj : Nous avons eu affaire à un virus particulièrement âgiste qui a remis au coeur des débats la question de la place des personnes âgées dans la société. Le premier enseignement à retenir c'est que nous y avons apporté une réponse collective extraordinaire puisque nous avons mis l'économie à l'arrêt et une grande partie de la vie sociale pour protéger les plus fragiles. C'est une forme de maturité civilisationnelle et d'un point de vue anthropologique c'est rassurant car, globalement, malgré des débats qui ont pu surgir sur le thème « on en fait trop pour les vieux qui vont, de toute façon, mourir bientôt », nous avons une société qui a pris des décisions drastiques, parfois attentatoires aux libertés notamment à celle d'aller et de venir, avec des contraintes sanitaires fortes, pour préserver les personnes à risque et singulièrement les personnes âgées. Finalement, cette crise a confirmé que les questions liées au vieillissement sont incontournables, qu'il s'agisse de la nécessaire adaptation de l'offre des services, du changement de modèle pour les EHPAD ou encore de la question de l'isolement des personnes âgées. Toutefois, alors même que les enjeux du vieillissement, des fragilités, de la dépendance et de la perte d'autonomie ont été largement soulignés

pendant la crise, je ne suis pas certain que nous en ayons tiré toutes les conséquences. Les ajustements structurels auxquels nous devons procéder ne sont peut-être pas au rendez-vous. C'est un peu comme après le traumatisme de la canicule de 2003, il y a eu des progrès et une réelle prise de conscience, mais le changement de braquet n'a sans doute pas été opéré.

LE MODÈLE DE L'EHPAD A RÉVÉLÉ UN CERTAIN NOMBRE DE FAIBLESSES. LA PRISE EN CHARGE DE LA VIEILLESSE ET L'ACCOMPAGNEMENT EN ÉTABLISSEMENT DOIVENT-ILS ÊTRE REPENSÉS ?

J.G. : Ces quinze, vingt, dernières années, les choses se sont considérablement améliorées dans les EHPAD, nous oublions trop souvent de le dire. Ce n'était pas mieux avant, mais la crise sanitaire a été un amplificateur de problématiques qui préexistaient. Si cette crise a révélé un certain nombre de difficultés à l'instar de celles qui peuvent exister entre les hôpitaux et les EHPAD, elle a également souligné des potentialités comme la mise en place d'hotlines gériatriques qui doivent perdurer dans le temps pour continuer à faire le lien entre ces structures. Elle a montré que les questions d'autonomie, de libre choix, d'éthique et de consentement, de place et de positionnement des familles, sont devenues incontournables. Plus globalement, l'EHPAD de demain doit être repensé en termes de conception architecturale, d'ouverture sur l'environnement, d'organisation et de fonctionnement des établissements.

Nous aurons toujours besoin d'établissements spécialisés pour la prise en charge de la grande perte d'autonomie et c'est une véritable chance

d'avoir un modèle français d'EHPAD avec un haut niveau de technicité et un maillage territorial fort. En partant de ce postulat, nous devons nous interroger sur la manière d'exploiter cette ressource pour qu'elle bénéficie aux résidents mais aussi aux personnes âgées vivant à domicile dans une logique de parcours et d'offre de service territoriale. C'est pour cela que nous portons avec Luc Broussy dans le cadre du think tank Matières Grises l'idée d'un EHPAD plate-forme qui jouerait un rôle de « plate-forme » de services sur un territoire, pour lui permettre de de-

**CETTE CRISE
A CONFIRMÉ
QUE LES QUESTIONS LIÉES
AU VIEILLISSEMENT SONT
INCONTOURNABLES**

venir un véritable centre de ressources. (Rapport de Matières Grises sur l'EHPAD du futur) L'EHPAD, c'est aussi un lieu de vie qui ne doit pas être déconnecté de son environnement. C'est dans cette optique que j'ai proposé dans mon rapport sur l'isolement des personnes âgées le jumelage systématique des EHPAD avec des écoles, clubs sportifs et établissements culturels, pour qu'ils deviennent des lieux de vie inscrits dans le territoire et au service de la communauté vivant à proximité.

L'ON CONSTATE QU'UN NOMBRE TOUJOURS GRANDISSANT DE NOS AÎNÉS ASPIRENT À RESTER CHEZ EUX LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE. QUE FAUT-IL METTRE EN OEUVRE POUR LES AIDER À MIEUX VIEILLIR À DOMICILE ? PLUS GÉNÉRALEMENT, COMMENT ADAPTER LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT ?

J.G. : Le vieillissement va se massifier dans ses différentes composantes qu'il s'agisse des jeunes retraités actifs, des personnes en situation de fragilité ou encore des personnes dépendantes. Ces trois catégories augmenteront considérablement dans les vingt prochaines années. Cela suppose alors que la société s'adapte au vieillissement et que cette transition démographique soit regardée avec autant d'intérêt par l'ensemble des acteurs et pas seulement par ceux du secteur sanitaire ou médico-social. Tous les acteurs doivent être concernés par cette transition aussi importante que la transition digitale ou écologique, que tout le monde regarde avec attention. Cette adaptation de la société au vieillissement ne doit en revanche pas être focalisée sur les seules questions de la dépendance, du grand âge et de la perte d'autonomie, au risque d'oublier la massification du vieillissement qui s'opérera dans les années à venir. L'ensemble des secteurs seront concernés par cette transition démographique : lo-

C'EST UNE VÉRITABLE CHANCE D'AVOIR UN MODÈLE FRANÇAIS D'EHPAD AVEC UN HAUT NIVEAU DE TECHNICITÉ ET UN MAILLAGE TERRITORIAL FORT

gement, transport, vie associative et économique... La réponse doit donc être panoramique, et ne doit pas intervenir dans le strict champ du médico-social, du sanitaire, des EHPAD ou des services à domicile.

Ces éléments doivent bien évidemment être traités mais dans un continuum. Tout le monde ne finit pas dépendant puisque seulement 20 % des plus de 80 ans sont en situation de dépendance. C'est donc 80 % de la population qui vit avec des fragilités et c'est pour ces personnes qu'il faut trouver des solutions, à l'échelle locale mais aussi nationale. Je plaide ainsi pour que les acteurs de la grande distribution, de la protection sociale, du logement, du transport... intègrent dans leurs décisions les sujets liés au vieillissement et voient leur activité avec un œil de vieux. C'est un levier de développement pour eux mais c'est aussi la nécessité lorsqu'il s'agit d'un service public et plus généralement de

services offerts à la population de ne laisser personne au bord de la route, dans une société qui ne tiendrait pas compte des conséquences du vieillissement.

VOUS METTEZ EN LUMIÈRE À TRAVERS VOTRE RAPPORT FINAL SUR L'ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES L'IMPORTANCE DU RÔLE DES ÉLUS DE PROXIMITÉ DANS LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT DES

AÎNÉS. QUEL RÔLE PEUVENT-ILS / DEVRAIENT-ILS JOUER ?

J.G. : La question de l'isolement des personnes âgées était un impensé des politiques publiques, au même titre que les EHPAD, les services à domicile et la prévention, malgré des alertes récurrentes des Petits Frères des Pauvres. Pour des raisons socio-démographiques, nous allons voir le nombre de personnes en situation d'isolement augmenter, il faudra donc apporter des réponses en termes de prévention. Je parle dans mon rapport des élus locaux, car le vieillissement est un phénomène territorial, on vieillit là où on habite : à l'échelle de son quartier, à l'échelle de son village. La question de l'accès à un certain nombre de biens et services, de commerces, de services de soins et de services spécialisés sur la perte d'autonomie est donc fondamentale et celle de la politique locale de longévité sera très certainement l'un des grands chantiers des années à venir. Les centres communaux d'action sociale sont à cet égard essentiels. Le maire aussi, à travers son rôle d'ensemblier local.

D'autre part, à l'heure où près de 15 % des plus de 75 ans vivent seuls dans des villes où il n'y a pas de commerces alimentaires et

où les déserts médicaux tendent à se généraliser, il est indispensable de fonctionner dans une logique de repérage de l'isolement et des fragilités, la question du « aller vers » est donc cruciale. S'il n'y a pas cette recherche des fragilités, cet « aller vers » et que les acteurs locaux ne partagent pas les informations dont



ils disposent, nous risquons d'avoir une crise du vieillissement. Plus généralement, les maires dans leur prise de conscience des enjeux de la longévité et des réponses qu'ils peuvent y apporter au niveau local doivent véritablement se saisir de ces problématiques. Cela n'exclut évidemment pas que des réponses soient apportées au niveau national. Au lendemain de la remise de mon rapport sur l'isolement des personnes âgées, des annonces allant dans

le sens de la mise en oeuvre d'une stratégie de lutte nationale contre l'isolement et de la création d'un comité de lutte en la matière ont été faites. Je pense toutefois que nous n'avons pas encore totalement changé de braquet, nous n'avons pas été au bout des efforts nouveaux à faire sur ces sujets.

LA PRÉVENTION COMME POLITIQUE D'INVESTISSEMENT EN FAVEUR DE L'AUTONOMIE EST-ELLE SUFFISAMMENT PRISE EN CONSIDÉRATION AUJOURD'HUI ?

J.G. : La prévention de la perte de l'autonomie, c'est l'adaptation de la société au vieillissement, c'est sensibiliser les différents publics (retraités actifs, personnes fragiles, futurs dépendants...) sur la nécessité d'adapter leur logement. C'est promouvoir les activités physiques adaptées, essentielles dans la prévention des chutes, c'est une politique ambitieuse de prévention de la dénutrition¹. Le rapport interministériel « nous vieillirons ensemble » de Luc Broussy, remis en mai dernier, souligne les réponses qui peuvent être apportées (logement, mobilité...) par des ajustements des pratiques et un regard nouveau sur l'ensemble de ces politiques. Il faut améliorer les services à domicile, changer les modalités de fonctionnement de ces services et moderniser les EHPAD, mais le plus important c'est d'investir en amont dans des politiques de prévention. Au moment où la 5^e branche de la Sécurité sociale est

créée, nous devrions immédiatement mettre en place un levier puissant d'intervention en termes de prévention. La difficulté française, c'est qu'aujourd'hui celui qui la finance n'est pas toujours celui qui bénéficie des économies qu'elle génère. Nous réussirons assurément une politique du grand âge et de l'autonomie lorsque nous aurons mis la priorité sur une véritable politique de prévention, ce qui suppose parfois d'être dirigeant à l'instar de la transition écologique pour laquelle nous avons imposé des normes de haute qualité environnementale en matière de construction de logements écoresponsables. Il faudra très certainement faire la même chose pour imposer des critères et des normes pour avoir des logements adaptés au vieillissement.

LA QUESTION DE L'ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ÉTAIT UN IMPENSÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES

POUR L'HEURE, IL N'Y AURA PAS DE RÉFORME DANS LE DOMAINE DU GRAND ÂGE ET DE L'AUTONOMIE. TOUTEFOIS, LE PREMIER MINISTRE PROMET DE NOUVELLES MESURES POUR RENFORCER LA 5^E BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR CES ANNONCES ?

J.G. : La crise sanitaire a mis en exergue les urgences liées au vieillissement et, paradoxalement, la loi Grand âge et autonomie annoncée avant la pandémie est abandonnée. C'est une déception. Il y avait une forte attente en la matière et un travail important a été effectué. Le gouvernement avait lui-même commandé



de nombreux rapports sur ces sujets (métiers du grand âge, nouvelles formes d'habitats, lutte contre l'âgisme...) jusqu'à celui de Luc Broussy, qui proposait d'intégrer tous ces éléments dans une loi panoramique sur le vieillissement et la transition démographique sans se limiter à une loi centrée sur les seuls sujets sanitaires et médico-sociaux. Nous avons besoin d'une loi interministérielle, pas seulement d'une loi qui émane du ministère des Solidarités et de la Santé. C'est donc une double déception de voir qu'il n'y aura pas cette loi Grand âge et autonomie et qu'il n'y aura pas non plus cette loi interministérielle de la transition démographique et de la révolution de la longévité.

Les mesures inscrites dans le PLFSS vont par ailleurs dans le bon sens. Je pense, notamment, à l'amorce de la réforme de la tarification des services à domicile pour sortir de modalités de financement archaïques qui ne rendent pas le système attractif et engendrent des pénuries de per-

sonnels. De la même façon, c'est une bonne chose de parler de la création de 10 000 places dans les EHPAD pour les cinq prochaines années, mais c'est notoirement insuffisant au regard des besoins déjà identifiés et surtout au regard de l'ampleur de ceux qui surviendront dans les dix, quinze, prochaines années. Nous avons fait un Grenelle de l'environnement, il faudrait maintenant un Matignon de la transition démographique porté au niveau primo-ministériel, voire présidentiel, puisque c'est un phénomène qui impactera tous les Français, tous les acteurs (économiques, sociaux, culturels...). Gouverner, c'est prévoir, il est donc inquiétant de constater que nous n'avons – a fortiori au lendemain de la crise – pas opéré le changement de braquet dans la prise en compte des enjeux de la longévité. ■

¹ *Semaine nationale de la dénutrition, du 12 au 20 novembre 2021.*



TRIBUNE

PER ET LOI PACTE : QUEL BILAN DEUX ANS APRÈS LA RÉFORME ?

PAR ANTHONY SALIC
DIRECTEUR GÉNÉRAL D'YCE PARTNERS

Un bilan des PER très positif deux ans après la loi PACTE.

L'ensemble des participants à la deuxième édition de notre matinale « Financement de la retraite et de la dépendance » du 28 septembre dernier, organisée en partenariat avec l'Argus de l'assurance et réunissant quelque cinquante personnalités du secteur, s'accordent à juger réussis le lancement et la commercialisation des PER.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes :

- Le nombre d'assurés est passé de 80 000 en décembre 2019 à 1,9 million en juin 2021.
- Les volumes d'encours sont passés de 500 millions d'euros à 21 milliards sur cette même période.

Ce succès s'explique par les atouts indéniables du PER, soulignés par 10 directeurs généraux

du secteur interrogés dans le cadre de l'étude qualitative réalisée par YCE Partners en partenariat avec l'Argus de l'assurance au cours de l'été 2021 :

Le premier atout du nouveau PER est fiscal, puisque les versements réalisés au titre d'un PER sont déductibles des revenus imposables. Le PER est également un formidable outil de transmission patrimoniale avec un taux d'imposition aux droits de succession moindres que dans le cadre d'un contrat d'assurance vie.

Le produit apporte également de nouvelles réponses aux lacunes et inconvénients des anciens produits : jugé plus simple, le nouveau PER lève toute con-

trainte relative à la sortie en capital et au déblocage anticipé en cas d'achat d'une résidence principale.

Produit « tout-en-un », le PER matérialise une vision unifiée de l'épargne en favorisant la portabilité de l'épargne et des droits entre les différents dispositifs tout au long de la vie professionnelle et facilite le suivi de la relation client en appelant conseil et orientation des choix dans la durée (pour les étapes clés) dès la souscription du produit.

Si ce succès peut toutefois être nuancé (croissance principalement portée par le PER individuel et par le transfert d'anciens contrats), l'ensemble des acteurs interrogés dans le cadre de l'étude qualifient le potentiel du nouveau PER « d'immense » pour les prochaines années. L'augmentation du stock d'épargne des Français (résultat de la crise sanitaire) et la sensibilisation croissante de ces derniers sur le besoin d'épargner ces dernières années devraient accroître l'intérêt pour le PER. Par ailleurs, la réforme des retraites, bien que repoussée à une date ultérieure, devrait susciter un besoin de revenu supplémentaire et ainsi stimuler les souscriptions du PER.

Nos conclusions sur l'avenir du PER.

- Un marché de l'épargne-retraite structurellement en développement à moyen-long terme ;
- Des Français de plus en plus sensibilisés à l'importance d'épargner pour « bien vieillir » ;
- La retraite se prépare avec un mix : l'accès à la propriété de sa résidence principale d'une part, et une combinaison d'épargne d'autre part, PER compris ;
- Parmi les options d'épargne, le PER reste attractif, notamment par sa fiscalité et la possibilité de sortie en capital ;
- Malgré des investissements coûteux et une mise en place et commercialisation complexes, il est conseillé aux acteurs de l'épargne-retraite de capitaliser sur le PER.

Comment se différencier de la concurrence ?

Si les opportunités sont nombreuses pour les assureurs, le devoir d'accompagnement et de conseil mis

Principales opportunités et freins majeurs autour du nouveau PER

+ Opportunités

Sensibilisation croissante sur le besoin d'épargner, qui augmente l'intérêt pour le PER

La crise sanitaire 2020/21 :

- **Un stock d'épargne plus important chez les Français, à réorienter sur le PER**
- **Une simplification des processus administratifs (digitalisation)**

- Freins et obstacles passés ou actuels

Montage des produits/ agrégation

Sensibilisation/Communication
Crise sanitaire
Concurrence

en exergue dans la loi PACTE devra les amener à repenser progressivement le triptyque « offre/service/accompagnement » de manière différenciée selon les réseaux de distribution et les clients, notamment par le biais d'un recours croissant à la digitalisation pour s'adapter aux nouveaux usages (sans pour autant verser dans le tout-numérique, au détriment du conseil).

En résumé, nos principaux conseils aux acteurs du secteur :

- Face à un produit peu connu, accroître les connaissances des assurés, offrir un suivi pédagogique et lancer de nouvelles stratégies de distribution : mettre en place des outils et des parcours client adaptés (des outils de simulation par exemple, des outils digitaux d'accompagnement tels que de courtes vidéos pédagogiques, des quizz, etc. et des robo-advisors, permettant la gestion automatisée d'un portefeuille d'actifs) ou encore structurer la distribution pour cibler de nouveaux clients, notamment via un ancrage local (permettant par exemple la rencontre des clients à domicile) ;
- Être « *global player* » dans la mesure du possible : flexibilité, proposition de l'ensemble des solutions

PER, y compris dans une approche intégrée avec l'épargne salariale ;

- Développer de nouvelles UC et optimiser le rendement : diversification plus poussée des gammes de supports en UC, investissement dans des actifs non cotés, etc. ;
- Proposer des produits aux frais plafonnés et transparents : positionnement « low price », offres 100 % en ligne, etc. ;
- Saisir de nouvelles opportunités sur le marché : mettre à profit une potentielle relance du projet de réforme des retraites par exemple, nouer des partenariats/alliances permettant la complémentarité et/ou de pallier des insuffisances, ou encore miser sur le segment du PER collectif (PERCOL et PEROB) ;
- Développer et moderniser les nouveaux produits : concevoir de nouvelles offres... (produits sans rétrocommissions versées par les gérants de fonds aux distributeurs et aux assureurs, produits « verts », PERU, etc.)... pour toucher de nouveaux clients (utiliser la data afin d'adapter les offres aux besoins des épargnants). ■

de l'autonomie, dont le présent article résume les principaux enseignements.

Les avis sont unanimes : pour éviter le cercle vicieux de l'hospitalisation et de la réhospitalisation des personnes très âgées, la politique du grand âge nécessite une mobilisation générale de tous les acteurs de la protection sociale dans une approche globale et préventive où la dimension de conseil individualisé est primordiale. La politique de protection de l'autonomie requiert une transformation systémique emportant prévention, investissements, équipements, logements, aidants...

La vulgarisation des principes de prévention et l'évolution des comportements collectifs au quotidien doivent être au cœur de cette transformation. Ainsi, la généralisation dès 60 ans d'un dispositif tel que le programme ICOPE porté par l'OMS et promu en France par le professeur Bruno Vellas avec le soutien de Marie-Anne Montchamp, présidente de la CNSA, permettrait de limiter les situations de dépendance. Ce programme repose sur une évaluation, par chaque individu, de son niveau d'autonomie dans six grands domaines : la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'état psychologique, la vision et l'audition.

Le « virage domiciliaire » appelé de ses vœux par le gouvernement ne doit pas occulter la nécessité de moderniser les EHPAD ni le coût global de

l'adaptation de la société à ce tournant (adaptation des logements, rémunération et formation du personnel...). La création de nouveaux métiers, tels que les care managers, s'impose également pour éviter l'essoufflement des aidants.



Si la perte d'autonomie intervient sur une période très courte (en moyenne 4 ans jusqu'au décès à partir de la détection de la perte d'autonomie), elle peut, selon les situations, représenter des coûts et des restes à charge très élevés. Or, la cinquième branche de Sécurité sociale dédiée à

TRIBUNE

COMMENT APPRÉHENDER LE RISQUE DÉPENDANCE ?

PAR CÉCILE WAQUET
ASSOCIÉE CHEZ YCE PARTNERS

Perte d'autonomie : quel horizon pour les politiques de protection sociale au-delà de la « gestion de crise » ?

YCE Partners a réalisé au printemps/été 2021 une étude qualitative auprès de représentants de mutuelles, d'institutions de prévoyance, d'assureurs, de caisses de Sécurité sociale et du ministère des Solidarités et de la Santé, afin de recueillir leurs points de vue sur les enjeux du « cinquième risque » de Sécurité sociale, celui lié à la perte d'autonomie. Cette étude a été présentée lors de la Matinale de l'Argus de l'assurance du 28 septembre 2021 consacrée au thème de la retraite et

LE CERCLE VICIEUX DE LA PERTE PROGRESSIVE DE L'AUTONOMIE : COMMENT LE CONTRECARRER ?



PLUSIEURS PATHOLOGIES ⊗ PLUSIEURS MÉDICAMENTS ⊗ IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE ⊗ PERTE DU CONJOINT ⊗ ISOLEMENT ⊗ DÉPRESSION ⊗ DÉNUTRITION ⊗ FONTE MUSCULAIRE ⊗ CHUTES ⊗ HOSPITALISATION



ACTIVITÉ PHYSIQUE ⊗ DIÉTÉTIQUE ⊗ INSERTION SOCIALE ASSOCIATIVE ⊗ PORTAGE DE REPAS ⊗ ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ⊗ PSYCHOTHÉRAPIE ⊗ VISITE À DOMICILE : ÉCHANGE AU TÉLÉPHONE ⊗ AMÉNAGEMENT DU LOGEMENT ⊗ TÉLÉASSISTANCE MÉDICALE

Concrètement, aujourd'hui, qui fait et finance quoi dans la prise en charge de l'autonomie et de la dépendance ?

COUVERTURE COMMUNE À TOUTES LES PERSONNES ÂGÉES

- ③ **Mes revenus**
 - Régime de retraite de base (CNAV)
 - Régime de retraite complémentaire (Agirc-Arrco/GPS)
 - Retraite supplémentaire (assureurs et GPS)
 - Épargne/Assurance vie
- ④ **Mes soins**
 - Assurance maladie (CNAM)
 - Complémentaire santé (mutuelles, assureurs, IP/GPS)
- ⑤ **Mon logement**
 - Allocation logement (CAF)
 - Aide à l'adaptation logement (ANAH)
 - Action sociale complémentaire (GPS)
 - Patrimoine immobilier

PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES AYANT PERDU LEUR AUTONOMIE

- ⑥ **Je me fais aider par mes proches**
 - Congé proche aidant/AJPA (financée par CNSA, versée par la CAF)
 - Dispositifs de répit et offre de soutien psychologique et formation (CNSA)
- ⑦ **Je me fais aider par des intervenants à domicile (SSAD/SPASAD)**
 - APA à domicile (financée par CNSA, versée par le Département)
- ⑧ **J'habite en EHPAD ou en Résidence autonomie**
 - APA en établissement et ASH (financée par CNSA, versée par le Département)
- ⑨ **Je cultive le lien social**
 - Actions du tissu associatif (ex : Mona Lisa)
 - Innovations de la silver économie

l'autonomie instituée à l'été 2021 par les pouvoirs publics n'a pas été assortie de la création d'une assurance dépendance publique.

Dans ce contexte, les mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs ont toute leur place à prendre.

Nous avons la conviction que les acteurs privés de la protection sociale sont indispensables pour accompagner les Français dans la préparation de leur perte d'autonomie, pour la limiter au maximum et y faire face le moment venu. Ils peuvent agir de deux façons : soit en mobilisant des outils d'épargne retraite ou d'assurance autonomie, soit en s'appuyant sur des partenariats et des services permettant de promouvoir une approche globale, préventive et adaptée aux différentes situations incluant les enjeux de l'aidance.

À titre d'exemple, AG2R LA MONDIALE propose à ses assurés une démarche de « projets de vie », en réalisant notamment un bilan global de la situation des assurés au moment de la liquidation de la retraite, pour les inciter à se projeter à court et moyen terme et à retarder, limiter, voire éviter, leur perte d'autonomie par des services de prévention. Le groupe a, en outre, investi dans Domitys afin de développer un parc immobilier dédié aux séniors.

La mutuelle Garance, qui chiffre à 120 000 € par personne le coût moyen de prise en charge de la perte d'autonomie, mise, quant à elle, sur l'épargne à long terme pour une transition la plus

indolore possible en cas de perte d'autonomie en proposant à ses assurés un produit mixte, mêlant Assurance vie ou PER avec un produit d'assurance dépendance.

Pour autant, si des initiatives comme celles-ci existent déjà, la prise en main du risque dépendance par les assureurs reste difficile, se heurtant à la question de l'usage des produits d'assurance et des services développés. Pour avancer, les acteurs privés de la protection sociale peuvent se poser en agrégateur des différentes solutions aussi bien dans le cadre de contrats collectifs qu'individuels, aussi bien en retraite qu'en santé ou prévoyance, dans une logique de parcours, de prévention et de continuité :

- Sensibiliser à la problématique de l'aidance et de la dépendance dès l'âge actif ;
- Développer des services de prévention le plus tôt possible, dès le début de l'activité ;
- Diagnostiquer les problèmes à l'approche de la retraite ;
- Éclairer sur les mesures individuelles à prendre : aménager son logement, préserver son capital santé, souscrire une assurance dépendance, mobiliser les aides publiques existantes, choisir un EHPAD... ;
- Construire enfin un écosystème partenarial sur lequel s'appuyer pour enrichir les réponses en misant sur l'atout de la proximité. ■



TRIBUNE

POUR UN SYSTÈME D'ÉVALUATION EN PHASE AVEC LE PARADIGME DE L'INNOVATION

PAR CATHERINE DEROCHE
PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES AU SÉNAT

Les conditions d'accès au marché des médicaments reposent sur un équilibre subtil entre trois éléments essentiels : l'accès rapide des patients à une innovation thérapeutique porteuse d'espoirs, les exigences d'efficacité et de sécurité sanitaires et les enjeux, non moins sensibles, de maîtrise du coût pour les finances publiques.

L'accélération des innovations au cours de cette dernière décennie, en particulier en oncologie, réinterroge en profondeur notre modèle et nos procédures « de droit commun », peu adaptés à un tel changement de paradigme. Comme le relevait la Mecss du Sénat¹, les lenteurs et les lourdeurs de l'accès au marché des médicaments innovants dans notre pays renvoient l'image d'un système de santé qui subit l'innovation, et son coût, plutôt que de l'anticiper et de l'accompagner.

Si nous souhaitons que la France demeure pionnière en matière d'accès aux innovations thérapeutiques, comme elle a su l'être dans les années 1990 avec le dispositif longtemps envié des autorisations temporaires d'utilisation, ATU, il nous faut lever des freins et repenser, en particulier, les procédures d'évaluation du médicament.

La réforme de l'évaluation du médicament figure à l'agenda depuis le 8^e conseil stratégique des industries de santé du 10 juillet 2018, sans résultat concret à ce jour.

Il est vrai que la substitution d'un seul critère – la valeur thérapeutique relative – aux deux critères actuels déterminés par la commission de transparence de la Haute Autorité de santé – le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) – soulève des difficultés pratiques, notamment des conséquences sur le taux de prise en charge du médicament.

Toutefois, les enjeux nous imposent de surmonter ces difficultés. L'accélération des innovations bouscule nos procédures classiques et exige une approche plus dynamique, plus souple, dans le respect des exigences fortes en matière d'éthique et de sécurité qui contribuent à l'excellence du modèle français.

Les autorisations de mise sur le marché accordées par l'agence européenne du médicament à des stades plus précoces peuvent reposer sur des données scientifiques jugées peu robustes qui complexifient l'évaluation par la HAS et l'invitent à la prudence, d'autant que le niveau d'ASMR détermine ensuite le niveau de prix du médicament. Cette situation crée des tensions, des incompréhensions, voire des blocages, qui sont autant d'obstacles sur le parcours d'accès au marché de thérapeutiques potentiellement innovantes. La réforme des ATU engagée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, dont la commission a soutenu le principe, va de même conduire la HAS à déterminer si le médicament est « présumé innovant ».

Dans tous les cas, ce « pari de l'innovation » doit s'inscrire dans un cadre transparent, pour assurer une bonne compréhension de tous les acteurs, mais aussi suffisamment agile pour tirer les conséquences appropriées quand un médicament ne tient pas ses promesses. Le principe d'un remboursement temporaire conditionné à l'apport de données supplémentaires et d'une réévaluation plus régulière et évolutive sur la base

des données cliniques collectées en vie réelle introduirait une souplesse bienvenue dans des schémas aujourd'hui trop rigides pour s'adapter aux spécificités des différentes catégories de médicaments, qu'ils soient ou non innovants.

Cette approche plus dynamique permettrait une gestion plus pertinente des dispositifs de liste en sus pour la prise en charge des traitements onéreux à l'hôpital ou encore du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) dans le domaine de la biologie médicale. Les travaux conduits par la Mecss sur l'accès précoce aux médicaments innovants ont ainsi montré le caractère inadapté de l'ASMR pour l'inscription sur la liste en sus. La sédimentation de ces listes, a fortiori dans le cas d'une enveloppe budgétaire fermée comme le RIHN, a des conséquences néfastes sur la prise en charge des patients, en particulier ceux atteints de cancer en les privant des tests dits « compagnons » essentiels pour préciser le diagnostic et accompagner le développement de la médecine personnalisée en oncologie.

Une innovation thérapeutique peut contribuer, en favorisant la « désescalade thérapeutique » ou en améliorant la qualité de vie des patients, au renforcement de la pertinence des soins et, au final, de l'efficacité du système de santé. Cette dimension médico-économique, encore trop balbutiante, apparaît comme un complément indispensable de tout processus d'évaluation moderne. Mettons les patients et leurs besoins au cœur de notre approche. ■

¹ « **Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce** », rapport d'information n° 569 (2017-2018), par Yves Daudigny, Catherine Deroche et Véronique Guillotin, Sénat.



TRIBUNE

FAIRE LE PARI DE L'INNOVATION MÉDICAMENTEUSE ET ENVIRONNEMENTALE EST UNE FORMIDABLE OPPORTUNITÉ POUR L'AVENIR

PAR **PATRICE CARAYON**
PRÉSIDENT DE CHIESI FRANCE

« **L**e changement climatique est identifié comme le plus grand risque, et la plus grande opportunité pour la santé publique du XXI^e siècle », souligne l'Organisation mondiale de la Santé.

Agir en faveur du développement durable et réduire l'empreinte carbone des activités industrielles est aujourd'hui devenu un axe fort de communication pour la majorité des entreprises du médicament.

Notre enjeu collectif repose désormais sur notre capacité à intégrer pleinement ces enjeux environnementaux et sociétaux, au cœur de nos stratégies d'entreprises. Dans cette perspective, le cadre des sociétés à mission offre une nouvelle dynamique, plus vertueuse et pérenne. Nous pouvons réussir à conjuguer innovation thérapeutique, pour que les patients puissent continuer

à bénéficier des traitements les plus adaptés à leurs besoins, et transition écologique.

En tant qu'entreprise de santé, notre mission au service des patients dépasse le développement et la mise à disposition de traitements. C'est un engagement en faveur de la vie, tourné vers l'avenir de notre planète et des générations futures. Nous portons à ce titre une responsabilité sociale, sanitaire et économique singulière.

Un changement de paradigme dans l'approche environnementale du secteur du médicament permettrait de contribuer à un système de santé écologiquement viable, économiquement durable, à la fois innovant et solidaire. Il permettrait d'engager une réflexion nouvelle sur la performance globale de nos entreprises.

Il suppose également une approche multipartite et un effort combiné entreprises/pouvoirs publics, ainsi que la mobilisation du patient-citoyen.

Par réciprocité, et parce que les déterminants climatiques et environnementaux ont un impact direct sur notre système de santé, il paraît essentiel que les politiques de santé intègrent cette notion dans les choix stratégiques opérés.

La Société attend de notre secteur des engagements forts. Faire le pari de l'innovation médicale et environnementale est une formidable opportunité pour l'avenir.

ENJEU N°1 :

L'innovation en faveur de modèles de production et de nouvelles solutions médicamenteuses écoresponsables gagnerait à être soutenue et encouragée par les pouvoirs publics, au même titre que l'innovation thérapeutique.

Cette approche contribuerait à façonner la santé de demain et à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients.

PROPOSITIONS :

- Favoriser le « produit responsable » : introduire une plus grande prise en compte de la chaîne de valeur (R&D, matières premières, lieu de transformation/fabrication finale) et son empreinte carbone totale dans les critères de fixation du prix du médicament.
- Mettre en place un système d'incitations à destination des prescripteurs, visant à favoriser le choix d'un médicament écoresponsable lorsque deux produits sont à valeur médicale équivalente.
- Engager une réflexion collective sur la mise en place d'un écoscore spécifique au secteur du médicament dans la continuité des débats de la convention citoyenne pour le climat et de la loi « Climat et Résilience ».
- Identifier les solutions thérapeutiques davantage respectueuses de l'environnement et tenant compte des critères de production « locale », de l'empreinte carbone minimum, etc.

ENJEU N°2 :

La crise de la Covid-19 a accéléré les vulnérabilités déjà présentes dans le secteur industriel de la santé, notamment notre dépendance vis-à-vis de pays tiers en matière de principes actifs, ou de médicaments dits essentiels.

Ce constat nous impose de réagir en renforçant la résilience des différentes chaînes de valeur, et en favorisant les conditions d'une souveraineté industrielle en santé.

Aux côtés de ses alliés européens, la France pourrait porter ce sujet dans le cadre de la présidence de l'Union européenne de 2022, et créer un effet d'entraînement ambitieux : il s'agirait de bâtir un standard européen qui prenne en considération l'impact environnemental, social et de gouvernance des entreprises dans le secteur de la santé.

PROPOSITIONS :

- Créer un cadre favorable pour soutenir les entreprises engagées afin de permettre un effet d'entraînement en :
 - Augmentant la part des critères RSE dans les appels d'offres hospitaliers à hauteur de 30 % (vs 5 % aujourd'hui).
 - Favorisant les médicaments produits en Europe au travers de la stabilité de prix et des appels d'offres, lorsque ce choix est possible.
 - Intégrant dans l'évaluation du médicament les investissements menés pour réduire l'impact environnemental des sites de production.
- Mettre en cohérence les engagements et les actes : concrètement, il s'agirait de rendre visibles et lisibles les données environnementales, sociales et de gouvernance des entreprises du secteur du médicament au travers d'outils communs dédiés, à l'instar de la plateforme IMPACT mise en place par le gouvernement en mai dernier. ■

La France a connu ces derniers mois une des plus graves crises de son histoire aux conséquences multiples. Nous subissons une crise sanitaire sans précédent, qui a frappé en premier lieu des personnes déjà fragilisées par l'âge ou la maladie. Nous connaissons une crise économique, la gestion de la pandémie ayant nécessité la mise en place de mesures fortes de freinage. Et nous risquons une crise sociale, les Français, notamment les plus jeunes, ayant été durement éprouvés par les restrictions en place.

Alors que nous pouvons espérer une fin progressive de la phase aiguë de la pandémie, notre pays se trouve à la croisée des chemins. Nous quittons une période pendant laquelle la gestion du court terme a primé et nous entrons dans une séquence nouvelle, où les choix de relance qui seront faits engageront notre pays sur le long terme. Dans ce contexte, ma conviction profonde est qu'il faut oser l'audace. Il faut aujourd'hui oser investir de manière significative, pérenne et résolue pour la santé de nos concitoyens, pour relancer notre économie et pour créer de la valeur pour la société.

La pandémie de Covid-19 a constitué un puissant révélateur de l'importance de mieux prévenir et prendre en charge des maladies lourdes et de l'intérêt de consacrer des moyens supplémentaires pour s'assurer d'une société en bonne santé. L'investissement dans la santé a longtemps été présenté comme un coût, il est dorénavant perçu comme une solution d'avenir. Notre pays, fort de l'expérience acquise, doit pouvoir accélérer tout particulièrement sur certains champs dans lesquels nous avons pris un retard certain.

Dans le domaine de la prévention vaccinale, malgré les réformes engagées s'agissant des nourrissons, les politiques vaccinales de l'adolescent et de l'adulte sont en souffrance et de nouvelles réformes sont nécessaires – nouveaux points de vaccination, extension des compétences vaccinales, invitations systématiques à se faire

TRIBUNE

OSER L'INVESTISSEMENT DANS LA SANTÉ POUR SORTIR DE LA CRISE

PAR CLARISSE LHOSTE
PRÉSIDENTE DE MSD FRANCE



vacciner à des âges clés, mise en place d'un carnet de vaccination électronique – pour bâtir un parcours de prévention tout au long de la vie en lien avec d'autres actions (activité physique, alimentation, etc.). Le bilan de la politique vaccinale reste aujourd'hui mitigé : notre pays n'atteint aucun de ses objectifs en termes de couverture vaccinale, que ce soit chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte. Oser investir dans la simplification du parcours vaccinal nous permettra de prévenir des

maladies infectieuses évitables et de maintenir notre population en bonne santé.

S'agissant du soin, de nombreuses innovations médicamenteuses sont en développement notamment dans le champ du cancer qui reste une des premières causes de mortalité en France. Nous devons nous réjouir de cette période qui voit les efforts de recherche aboutir, qui permet de combler des vides thérapeutiques et d'améliorer de manière inédite la condition des malades.

Il faut pouvoir accueillir ces innovations en passant d'une logique comptable lorsque l'on considère les dépenses de santé et de médicament, à une logique d'investissement à long terme. De manière concrète, une première mesure consisterait à bâtir un budget et à investir en réponse à des besoins de santé publique clairement identifiés. En parallèle, il est nécessaire de construire un dispositif de veille prospective sur les innovations et les évolutions épidémiologiques pour mieux anticiper et adapter notre écosystème aux enjeux futurs. Parce que la santé ne peut pas être vue comme un enjeu de court terme, ce budget doit pouvoir s'envisager sur plusieurs années, donnant ainsi de la visibilité à l'ensemble des acteurs.

TRIBUNE

L'ESS, UNE MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE ET PRAGMATIQUE DE L'IDÉE DE RÉPUBLIQUE

PAR UNÉO

Au-delà des réformes de fond, il faut aussi oser changer de méthode. Pendant de nombreuses années, la participation de notre secteur industriel au progrès thérapeutique a été questionnée et notre rôle souvent caricaturé. La pandémie de Covid-19 a rappelé l'apport majeur des industriels dans le développement de solutions innovantes et sa grande capacité de réaction. Grâce à son expertise, à ses investissements et à un partenariat enfin assumé par les gouvernements, l'industrie du médicament met progressivement à disposition un large éventail de solutions préventives et thérapeutiques contre un virus encore inconnu il y a plusieurs mois. Les pouvoirs publics doivent oser un partenariat public-privé renforcé avec notre industrie s'appuyant sur des engagements mutuels et de long terme. Pour faire face aux nombreuses menaces pour la santé publique, la priorité doit être à l'investissement dans la recherche, à tous les niveaux, pour répondre aux besoins médicaux non couverts et pour se préparer à l'émergence de nouveaux dangers.

La pandémie a fait naître des défis nouveaux et de grande ampleur, nécessitant une réponse immédiate et à la hauteur des difficultés rencontrées. Oser investir dans la santé, la prévention et les produits de santé est sans conteste la stratégie gagnante pour l'avenir. ■

Le concept de « République » rassemble très largement les Français, sans doute plus que n'importe quelle idée ou idéologie. La plasticité de cette idée républicaine, le fait qu'elle soit peu définie par ceux, nombreux, qui s'en réclament, contribuent certes à son succès. Mais surtout, la République fait office de plus grand dénominateur commun, ou plus exactement de cadre de référence commun au sein duquel peut s'exprimer la diversité de la société française.

Pour autant, paradoxalement, malgré son caractère a priori consensuel, le sentiment commence à prévaloir qu'au-delà même des terroristes islamistes, ennemis déclarés de la République, celle-ci est fragilisée, de l'intérieur, par :

- des périls de nature économique et sociale : selon cette vision des choses, les inégalités sociales, territoriales, sanitaires mineraient le « pacte républicain ». Des forces du marché et une mondialisation non contrôlées saperaient les fondements de notre modèle social, et par la suite, de la République ;

- des périls de nature plus identitaire : la montée en puissance des revendications religieuses et culturalistes de différentes minorités au nom de l'égalité, peu compatibles avec le cadre républicain traditionnel, lequel ne reconnaît que des individus, pas des groupes ethniques ou religieux.

Voie médiane entre le marché et l'État, les partisans de l'ESS l'ont de longue date présentée comme une réponse aux périls de nature économique et sociale brièvement énoncés plus haut.

Tenants d'une conception affinitaire de la Mutualité, celle de la Mutualité militaire, il nous semble que l'ESS est en capacité d'apporter également, à sa mesure, une réponse à l'autre nature de périls qui minent le vivre-ensemble, celle de la contestation identitaire du cadre républicain.

En effet, nous postulons et démontrons au quotidien que l'ESS est un modèle permettant de faire vivre des solidarités et des réponses intermédiaires entre l'« universalisme » de l'État et de la Sécurité sociale, qui bien souvent confine à l'uniformisation, et l'individualisme, qui ne profite qu'à ceux qui ont les capacités de déployer des stratégies individuelles. Ancrée le plus souvent à la même échelle que celle où s'exprime la citoyenneté républicaine (commune ou bassin de vie, département, région, Nation), l'ESS n'est pas une idéologie ou un dogme, mais plutôt un mode d'entreprendre porteur de valeurs et irrigué par de multiples courants de pensée (socialisme utopique, catholicisme social, libéralisme, solidarisme...). Cette caractéristique en fait un modèle apparenté à la République, ce « tout » qui transcende les clivages. L'ESS en exprime une vision pragmatique et concrète, celle d'une communauté en action, et non celle d'une communauté de confrontation, d'affirmation ou de posture.

Sur le plan économique et social, celui de la production et de la consommation, l'ESS ne crée ni ne suscite le besoin à satisfaire, mais configure sa réponse en fonction de ce besoin. De la même façon, l'ESS ne « surfe » pas sur une logique communautariste. Elle construit des réponses affinitaires spécifiques à des communautés de métier ou régionales.

Aussi, n'est-il pas dans l'intérêt du plus grand nombre, et de cette idée de République, de favoriser la contribution des communautés d'action qui relèvent de l'ESS à la construction d'une société plus fraternelle ? Si l'ESS doit d'abord compter sur ses propres forces, les pouvoirs publics n'ont-ils pas la responsabilité de définir, avec les acteurs concernés, un cadre qui permette de faire réellement vivre des approches ESS de certains secteurs économiques ? Un cadre qui leur laisse de réelles chances ? Plutôt que de plaquer des règles uniformisantes, qui érodent la biodiversité économique, facteur de résilience ? ■





**TOUS LES NUMÉROS
À RETROUVER SUR
L'ENSEMBLE DE VOS
SUPPORTS NUMÉRIQUES
ET AU FORMAT PAPIER SUR
DEMANDE**

MAGAZINES

L'État souhaiterait-il s'arroger le monopole des solidarités
Août 2021

Séjour de la Santé
Novembre 2020

Spécial Covid-19
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale !
Mai 2019

Heur et malheur de l'assurance chômage
Février 2019

L'Organisation Internationale du Travail : une utopie en marche !
Octobre 2018

Quelques vérités sur le médicament !
Mai 2018

Quelle nouvelle réforme du système de santé avant la crise ?
Février 2018

Le modèle mutualiste dans les pays en voie de développement : quelle implantation ?
Novembre 2017

Le grand appareillage orthopédique
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires
Juillet 2017

Les mutuelles au cœur de notre avenir
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
Mai 2016

Le numérique au chevet de la médecine...
Mars 2016

L'enjeu du vieillissement sur la population
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant
Janvier 2015

Démographie médicale
Avril 2013

LIVRES

Tous solitaires, tous solidaires
Octobre 2020

Hôpital les idées des acteurs
Juillet 2020

5 leçons pour penser le social au XXI^e siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle Protection sociale !
Mai 2017

La Protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

CAHIERS

L'intelligence artificielle : un défi pour la Protection sociale - Début d'une réflexion
Mars 2020

Territoires de santé : de nouvelles frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
Avril 2017

Big data et nouvelles technologies, la Protection sociale à l'heure de la révolution numérique
Mars 2017

Un quinquennat pour retrouver une ambition française contre le tabagisme
Mars 2017

Quelle politique mener ? [Addiction à l'alcool]
Mars 2017

Quatre stratégies pour maîtriser la dépense [Assurance maladie]
Février 2017

Quelques vérités pour la pérennité d'un patrimoine commun [Financement de la Sécurité sociale]
Février 2017

L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

Une bombe à mèche longue [Chômage, formation, accompagnement et indemnisation]
Décembre 2016

Huit pistes pour relever les défis de l'hôpital public
Décembre 2016

Pour structurer la médecine du XXI^e siècle : la télémédecine
Décembre 2016





CRAPS

LE THINK TANK DE LA PROTECTION SOCIALE