CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°22 / JUIN 2022

LES DONNÉES SOCIALES AU COEUR D'UNE JUSTE PRESTATION ?







D'un côté un « pognon de dingue ». De l'autre des droits à prestation oubliés…

L'établissement d'une « juste prestation » à une époque où la révolution informatique irrigue désormais administration et vie quotidienne semble étonnamment pour le moins difficile voire impossible.

Les enjeux politiques sont à l'évidence fondamentaux. Populistes, néo-libéraux et socialo étatistes s'opposent non sans démagogie - pillage du système et oubli ciblé ! - tant sur l'évaluation des montants en cause que sur l'élaboration des remèdes. S'ajoutent de toute évidence des enjeux de justice sociale. Les personnes les plus vulnérables sont celles qui méconnaissent le plus souvent leurs droits. À 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à la retraite… Et le renoncement aux soins, en réalité le renoncement au « droit à la santé pour tous » progresse, combien même les conséquences en sont dramatiques : dépistages tardifs, aggravations des infections, recours accrus des urgences et bien d'autres maux… Enjeux enfin administratifs et sociétaux. Le système de protection sociale crée à la Libération a été, pour faire face aux besoins nouveaux successifs, complété d'une multitude de prestations. La lisibilité en est devenue pour l'assuré social quasi impossible

LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES SONT CELLES QUI MÉCONNAISSENT LE PLUS SOUVENT LEURS DROITS.

- source principale du non-recours - générant en même temps erreurs et indus, des frais de gestion en constante hausse, renforçant indirectement la méfiance envers les Institutions… Et la pauvreté ne cesse d'augmenter !

Inspection des finances, Cour des comptes, Inspection générale des affaires sociales… Les corps de contrôle ne manquent pas au sein de notre République. Rapports parlementaires et débats démocratiques se succèdent… sans pour autant modifier la situation. N'en déplaise à Niels Bohr, ce qui ne se mesure pas existe bel et bien !

Entre 15 et 40 milliards pour la fraude, entre 2 et 3 milliards pour le non-recours ! L'exception française qu'est notre système de protection sociale butte depuis tant d'années sur la question de son efficacité. « Le versement social unique » promesse en 2017 du candidat Macron est restée lettre morte. Personne ne saura donc s'il est une potentielle solution. Toujours est-il qu'une conclusion s'impose. Notre État de droit dont chacun se félicite n'est pas sui generis juste… il est grand temps d'en prendre conscience ! ■



L'IMAGE 8

LE CRAPS REÇOIT
DOMINIQUE PON & OLIVIER CLATZ



L'ACTU 10



LE FOCUS 12

VERS UN ESPACE EUROPÉEN DES
DONNÉES DE SANTÉ POUR 2025 !



DOSSIER 14

LES DONNÉES SOCIALES AU COEUR D'UNE JUSTE PRESTATION ?

CRAPSLOG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS
45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS
01 83 89 68 64
accueil@thinktankcraps.fr
www.thinktankcraps.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 &
Marie-Ange Montjovet-Basset

Crédits Photo
Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock, Julie Bourges

Impression
Imprimerie Chirat



ITW 22

MARIANNE KERMOAL-BERTHOMÉ
EX-CHEFFE DE SERVICE, ADJOINTE AU
DIRECTEUR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
CONSEILLÈRE ET CHEFFE DU PÔLE SOCIAL
AU CABINET DE LA PREMIÈRE MINISTRE



ITW 25

VÉRONIQUE PUCHE
DIRECTRICE DES SYSTÈMES
D'INFORMATION DE LA CNAV



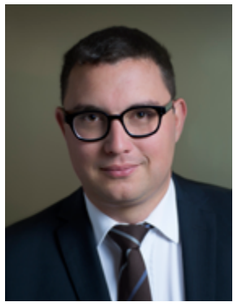
ITW 28

ÉLISABETH HUMBERT-BOTTIN
DIRECTEUR GÉNÉRAL DU
GIP-MDS



ITW 31

FRÉDÉRIC MARINACCE
DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ
DE LA CNAF &
VALÉRIE MARTY
COORDINATRICE DE LA MODER-
NISATION DES PRESTATIONS DE
LA CNAF



ITW 34

GAUDÉRIQUE BARRIÈRE
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAF
DE L'OISE



ITW 37

JÉRÔME JUMEL
CHEF DE SERVICE, ADJOINT À LA
DGCS &
DENIS DARNAND
SOUS-DIRECTEUR DE L'INCLUSION
SOCIALE, L'INSERTION ET LA
LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ



DOSSIER 40

PERFORMANCE DES PLATEAUX TECHNIQUES : LE PARTI PRIS DE LA DONNÉE



ITW 48

VINCENT LELONG
DIRECTEUR PROTECTION SOCIALE
DU GROUPE RELYENS



POINT DE VUE 53

REQUIEM POUR
L'ASSURANCE CHÔMAGE



ITW 57

P[R] FRANCK CHAUVIN
PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL DE
LA SANTÉ PUBLIQUE



ZOOM 62

PLAIDOYER POUR UNE
RENAISSANCE "SOCIALE"



ITW 71

LAURA LÉTOURNEAU
DÉLÉGUÉE MINISTÉRIELLE AU
NUMÉRIQUE EN SANTÉ AUPRÈS
DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



TRIBUNE 76

ET SI LA SANTÉ PERMETTAIT DE
REVITALISER LA DÉMOCRATIE ?



TRIBUNE 78

LES NOUVEAUX CHEMINS DE LA
PERFORMANCE



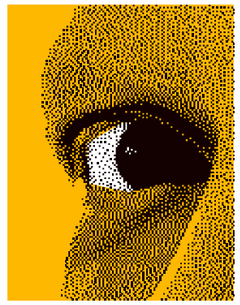
TRIBUNE 82

LA RSE ET LA SANTÉ ENVIRON-
NEMENTALE DEVRAIENT ÊTRE
LE COEUR DE LA POLITIQUE DE
SANTÉ



TRIBUNE 85

REVOIR L'ARTICULATION ENTRE
MÉTIERS MÉDICAUX ET
PARAMÉDICAUX



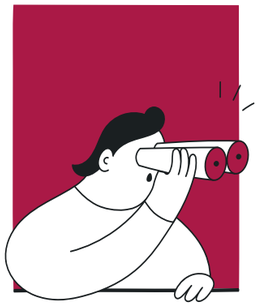
TRIBUNE 87

INNOVER, C'EST UNE QUESTION
DE VOLONTÉ



TRIBUNE 90

ET SI ON FAISAIT UNE PRIORITÉ
NATIONALE DE LA SANTÉ DE
CEUX QUI NOUS SOIGNENT ?



TRIBUNE 95

LUTTE CONTRE LA FRAUDE :
L'IMPORTANCE DES CONTRÔLES
AMONT



ITW CROISÉE 100

ZOOM SUR LE PROGRAMME
CITIES CHANGING DIABETES



LECTURE 106

SANTÉ :
LES INÉGALITÉS TUENT

Dominique Pon, Responsable ministériel au numérique en santé et Olivier Clatz, Directeur du programme Ségur Numérique, ont été les invités du CRAPS lors d'un dîner-débat animé par David Gruson, Directeur du programme santé de Luminess, le 21 avril 2022.

DÉBAT



Évènement La REF Santé : « La santé une affaire d'État ? »
Le 25 mai, le Président du CRAPS, Jean-Paul Ségade est intervenu lors de la matinée de La REF Santé du Mouvement des entreprises de France, présidé par Geoffroy Roux de Bezieux, sur la thématique « La santé : l'affaire de tous ? » aux côtés de Raymond Le Moign, Directeur Général des Hospices Civils de Lyon (distanciel), Florence Lustman, Présidente de France Assureurs Gérard Raymond, Président France Assos Santé.

LIVRE



« Et si »... Et si on refaisait non pas le match mais le monde ? Le monde de la protection sociale. Rien que cela ! Imposons le débat, portons nos valeurs, provoquons la nécessité de se déterminer face au choix de société - jamais débattu, toujours esquivé - qui sous-tend tous les problèmes que chacun rencontre dans son quotidien. L'élection présidentielle, point d'orgue de la vie démocratique de notre vieux pays, n'est-elle pas l'occasion de sortir des débats convenus, des joutes stériles, des arguments démagogiques... ? Laissons enfin s'exprimer les acteurs de la protection sociale !

DÉBAT



Dîner-débat : « Comment l'État a-t-il accéléré le virage numérique en santé ? »
Le CRAPS a eu l'honneur de recevoir Dominique Pon, Responsable ministériel au numérique en santé et Olivier Clatz, Directeur du programme Ségur Numérique, le 21 avril lors d'un dîner-débat organisé dans les salons des Arts et Métiers et animé par David Gruson, Directeur santé de Luminess, pour parler de l'action de l'État en matière de numérique en santé et plus singulièrement du bilan des actions menées pendant le précédent quinquennat.

DÉBAT



Emission : « Quelle protection sociale pour les travailleurs en situation de mobilité internationale ? »
Le 18 mai, le CRAPS a lancé une nouvelle émission de la protection sociale inaugurée durant la crise sanitaire afin de traiter la thématique des travailleurs en situation de mobilité internationale et plus précisément de leur protection sociale. Cette émission animée par Martine Derdevet et Vincent de Graauw, experts en mobilité internationale, a mis en exergue un environnement juridique complexe mais aussi l'inventivité des entreprises, organismes et institutions publiques travaillant à l'international pour construire leurs politiques de mobilité internationale.

DÉBAT



Dîner-débat : Quel médecin pour le XXIe siècle ?
Le CRAPS a eu l'honneur de recevoir le 24 mai dernier à la Maison des Polytechniciens Isabelle Riom, interne en médecine générale et ex-Vice Présidente de l'ISNI, Franck Devulder Président de la CSMF, le Pr Pascal Leprince, Chef de service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire à la pitié salpêtrière ainsi que le Pr Guy Vallancien, membre de l'Académie de médecine et Président de CHAM, à l'occasion d'un dîner-débat autour du médecin du XXIe siècle pour aborder différents sujets tels que le progrès technique, l'évolution des métiers ou encore les nouveaux besoins de la population !

LIVRE



Loin des corporatismes qui sont les nôtres, loin des éternels contre-feux allumés ici ou là dès que le mot réforme est prononcé, le Danemark, fort d'un cartésianisme que l'on pourrait qualifier d'opérationnel, d'une alliance vertueuse du bon sens et du pragmatisme, nourri par une réflexion non partisane et porté par un courage politique exemplaire a réussi un pari dont nous ferions bien de nous inspirer ! Il n'est question ici ni de mode de vie, de « Hygge » et encore moins de conception du bonheur. Il s'agit tout simplement d'administrer, de gérer et d'optimiser les 10 % de PIB que lui, comme la France, consacre à la santé... Une offre de santé construite sur l'approche populationnelle, un ciblage de l'investissement plus efficace, un pilotage régional, une évolution de la gouvernance et une réforme du statut. Le CRAPS vous propose dans cet ouvrage 4 inspirations pour penser le système de santé du XXIe siècle !

DÉBAT



Workshop : « Précarité, pauvreté, quelles perspectives pour un nouveau quinquennat ? »
Le 8 mars dernier, le CRAPS a eu le plaisir de recevoir Julien Damon, Enseignant à sciences Po et à HEC, Conseiller scientifique de l'EN3S et Essayiste, pour inaugurer, à la Villa M, son nouveau format de débat intitulé le « workshop de la protection sociale » et aborder les perspectives du nouveau quinquennat en matière de précarité et de pauvreté. Une occasion de réfléchir à la façon d'accompagner les personnes en situation de précarité et in fine d'améliorer notre système de protection sociale.

FOCUS

VERS UN ESPACE EUROPÉEN DES DONNÉES DE SANTÉ POUR 2025 !



La crise sanitaire a révélé que « la complexité des règles, des structures et des processus en vigueur dans les États membres entrave l'accès aux données de santé et le partage de ces données, notamment par-delà les frontières ». Afin de répondre à ce défi de l'accès et du partage des données de santé, la Commission européenne a donc publié le 3 mai dernier son projet de règlement pour l'espace européen des données de santé (« EHDS ») visant à encadrer l'utilisation des données au sein de l'union européenne. Une véritable « pierre angulaire dans la construction d'une union européenne de santé forte » se félicite la Commission précisant que cet espace permettra de « métamorphoser la manière dont les soins de santé sont dispensés aux citoyens de toute l'Europe ».

AMBITION DU PROJET

- CRÉER UN CADRE DE PARTAGE DES DONNÉES DE SANTÉ EN ÉTABLISSANT DES RÈGLES CLAIRES, DES NORMES ET PRATIQUES COMMUNES, DES INFRASTRUCTURES ET UN CADRE DE GOUVERNANCE ;
- FACILITER L'ACCÈS AUX DONNÉES DE SANTÉ DES CITOYENS EUROPÉENS ET ASSURER LA CONTINUITÉ DE LEURS SOINS ;
- FAVORISER LA RECHERCHE MÉDICALE ET L'INNOVATION EN SANTÉ À L'ÉCHELLE EUROPÉENNE ;
- FAVORISER LA MISE EN PLACE D'UN VÉRITABLE MARCHÉ UNIQUE DES SERVICES ET PRODUITS DE SANTÉ NUMÉRIQUES.

SOURCES :
AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ : " L'ESPACE EUROPÉEN DES DONNÉES DE SANTÉ : C'EST PARTI !".
"METTRE EN COMMUN NOS DONNÉES DE SANTÉ À L'ÉCHELLE EUROPÉENNE ? CINQ QUESTIONS AUTOUR DE CET ENJEU" - OUEST FRANCE.

UN ESPACE EUROPÉEN BÉNÉFIQUE POUR LES CITOYENS...

LES PATIENTS AURONT UN ACCÈS GRATUIT, IMMÉDIAT ET SIMPLIFIÉ À LEURS DONNÉES DE SANTÉ SOUS FORME ÉLECTRONIQUE. ILS POURRONT AJOUTER DES INFORMATIONS, OU ENCORE RESTREINDRE L'ACCÈS À LEURS DONNÉES ET OBTENIR DES INFORMATIONS SUR LA MANIÈRE DONT LEURS DONNÉES SONT UTILISÉES ET À QUELLES FINS. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POURRONT QUANT À EUX AMÉLIORER LEURS PRESTATIONS DE SOINS GRÂCE À UN MEILLEUR PARTAGE DES INFORMATIONS DE LEURS PATIENTS.

POUR LA SCIENCE...

UN CADRE JURIDIQUE SOLIDE SERA CRÉER POUR L'UTILISATION DES DONNÉES DE SANTÉ À DES FINS DE RECHERCHE, D'INNOVATION, DE SANTÉ PUBLIQUE, D'ÉLABORATION DE POLITIQUES ET DE RÉGLEMENTATION. DANS CERTAINES CONDITIONS, LES CHERCHEURS, LES INNOVATEURS, LES INSTITUTIONS PUBLIQUES OU LES ENTREPRISES AURONT ACCÈS À DE GRANDES QUANTITÉS DE DONNÉES DE SANTÉ DE QUALITÉ ÉLEVÉE. POUR ACCÉDER À CES DONNÉES, UNE AUTORISATION AUPRÈS DE L'ORGANISME RESPONSABLE DE L'ACCÈS AUX DONNÉES DE SANTÉ DEVRA ÊTRE DEMANDÉE.

ET POUR L'ECONOMIE !

SELON LES ESTIMATIONS CET ESPACE DEVRAIT PERMETTRE À L'UNION EUROPÉENNE D'ÉCONOMISER ENVIRON 11 MILLIARDS D'EUROS SUR 10 ANS : 5,5 MILLIARDS GRÂCE À UN MEILLEUR ACCÈS ET ÉCHANGE DES DONNÉES, ET 5,4 MILLIARDS GRÂCE À UNE MEILLEURE UTILISATION POUR LA RECHERCHE, L'INNOVATION ET L'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES.

CE QU'ILS EN DISENT...



***STELLA* KYRIAKIDES**
COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ

« CES DONNÉES, AUXQUELLES IL SERA POSSIBLE D'ACCÉDER DANS LE CADRE DE SOLIDES GARANTIES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ ET DE RESPECT DE LA VIE PRIVÉE, CONSTITUERONT ÉGALEMENT UNE MINE D'OR POUR LES SCIENTIFIQUES, LES CHERCHEURS, LES INNOVATEURS ET LES DÉCIDEURS TRAVAILLANT SUR LE PROCHAIN TRAITEMENT VITAL »



***MARGARITIS* SCHINAS**
VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMISSION

"PLUS NOUS AURONS DE DONNÉES DE SANTÉ, PLUS NOUS AMÉLIORERONS LES DIAGNOSTICS ET PLUS NOUS OBTIENDRONS DE TRAITEMENTS, POUR DES MALADIES QUI POSENT AUTANT DE DÉFIS QUE LE CANCER OU LA MALADIE D'ALZHEIMER »



***JENS* SPAHN**
MINISTRE FÉDÉRAL ALLEMAND DE LA SANTÉ

« LES DONNÉES RELATIVES À LA SANTÉ SONT ESSENTIELLES POUR LES SOINS DE SANTÉ EN GÉNÉRAL, MAIS SURTOUT POUR LUTTER CONTRE LES MENACES SANITAIRES TRANSFRONTIÈRES COMME LA PANDÉMIE DE COVID-19 »



***THIERRY* BRETON**
COMMISSAIRE CHARGÉ DU MARCHÉ INTÉRIEUR

« RENFORCER ET ÉTENDRE L'UTILISATION ET LA RÉUTILISATION DES DONNÉES RELATIVES À LA SANTÉ EST ESSENTIEL POUR UN SECTEUR EUROPÉEN DES SOINS DE SANTÉ INNOVANT ET COMPÉTITIF »

LES DONNÉES SOCIALES AU COEUR D'UNE JUSTE PRESTATION ?

PAR YCE PARTNERS
CABINET CONSEIL EN PROTECTION SOCIALE

STÉPHANIE ANDRIEUX, PIERRE-LUC DELAGE, MARIE DEVAINE, FANNY MAS, NOÉMIE RÉMY & SOPHIE LOPEZ VAN HOUTRYVE



Offrir une « juste prestation », équitable et adaptée aux situations individuelles et à leurs évolutions, constitue un enjeu majeur pour notre modèle de protection sociale. L'usage des données sociales et du numérique ouvre des perspectives d'automatisation et de simplification jusqu'ici inenvisageables, un nouveau champ des possibles dont les organismes de protection sociale sont en train de se saisir. Nous sommes au début d'un chantier colossal de modernisation des prestations soumises à conditions de ressources dont nous décryptons la trajectoire complexe et passionnante dans ce dossier spécial.

FRAUDE, NON-RECOURS ET INDUS : UNE SITUATION LARGEMENT PERFECTIBLE POUR SÉCURISER L'ATTRIBUTION D'UN JUSTE DROIT

Servir une juste prestation, c'est attribuer l'aide adaptée au moment où l'individu en a besoin en définissant les critères les plus ajustés (ressources, composition du foyer…) pour l'attribution des droits.

C'est aussi s'assurer que ces critères sont bien respectés en pratique, c'est-à-dire que personne ne reçoit plus que ce qui lui est dû (lutter contre la fraude et plus largement éviter les versements indus) et, à l'inverse, que ceux qui ont droit à une aide la reçoivent effectivement (lutter contre le non-recours).

Non-recours, fraude et plus généralement erreurs de versements constituent des problématiques liées : la fraude donne lieu de fait à des indus, les erreurs de

EXPLICATIONS



FRAUDES, NON-RECOURS, INDUS ET ERREURS D'ATTRIBUTION... ÉVITONS LES CONFUSIONS !

LA FRAUDE AUX PRESTATIONS SOCIALES

La fraude aux prestations, qui consiste en « une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques », est un thème qui s'est imposé progressivement en France. À partir des années 1990, contrôler l'attribution des minima sociaux est devenu une préoccupation grandissante et un axe important de l'action des administrations sociales, pour assurer l'équilibre d'un modèle social essentiellement basé sur une logique déclarative et assainir les comptes sociaux.

Néanmoins, il reste difficile de mesurer précisément l'ampleur de cette fraude, d'autant plus que l'aspect volontaire de la fraude est difficile à vérifier, notamment dans le cadre d'une réglementation complexe et bien souvent opaque aux allocataires. On constate ainsi que les chiffres peuvent varier grandement : en effet, seule une partie des comportements frauduleux sont détectés. La mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF), relève que le montant de la fraude aux prestations sociales constaté par les organismes (branches vieillesse, maladie, famille et chômage) s'élève à un montant de 703 millions d'euros pour 2019. La branche famille évalue quant à elle à 1,9 milliard d'euros le montant de la fraude en 2019, en extrapolant les montants de fraude effectivement constatés (324 millions d'euros) grâce à une approche de datamining.

Malgré les difficultés à la mesurer, elle est fréquemment évoquée dans le débat public, comme récemment lors des débats autour de l'élection présidentielle avec des estimations parfois surévaluées.

LE NON-RECOURS

Si la lutte contre la fraude attire davantage le feu des projecteurs, petit à petit le thème du non-recours a commencé à faire parler de lui en France à la fin des années 1990, dans un contexte de lutte accrue contre la pauvreté et l'exclusion. Malgré la complexité du phénomène, les études ont réussi à en identifier quelques causes principales : les freins administratifs, la complexité des critères d'éligibilité, le risque d'indus (voir l'entretien avec Jérôme Jumel et Denis Darnand de la DGCS - P.37), le manque de connaissance des prestations et la stigmatisation qui peut parfois les accompagner.

Signe que ce phénomène s'inscrit désormais au cœur des politiques publiques, la DREES propose dans une étude de début 2022 de mesurer ce phénomène de manière régulière. Elle estime dans cette étude que plus d'un tiers des bénéficiaires potentiels du RSA n'y recourent pas, ce qui résulterait en un total de sommes non-versées de 750 millions d'euros par trimestre pour le seul non-recours au RSA.



INDUS ET ERREURS D'ATTRIBUTION : CONSÉQUENCES D'UNE GRANDE COMPLEXITÉ ?

Moins médiatisés que les problématiques de fraude et de non-recours, les versements indus (ou minorés) de prestations constituent pourtant un enjeu majeur tant pour les organismes gestionnaires (enjeu financier et charge en gestion associée aux régularisations nécessaires) que pour les bénéficiaires (en termes de prédictibilité des revenus).

Au-delà des comportements délibérément frauduleux, les erreurs déclaratives non volontaires sont nombreuses et peuvent mener à des erreurs de versement.

Selon une étude CAF sur la prime d'activité, 60 % des déclarations des bénéficiaires seraient erronées, majoritairement en défaveur des allocataires[1]. Le rapport sur la « juste prestation[2] » souligne aussi que chaque année, 27 % des allocataires de la CAF et la moitié des allocataires du RSA sont concernés par un indu (erreur de montant de versement en faveur de l'allocataire).

La récente étude du Conseil d'État pointe la complexité des critères d'attribution et de calcul des prestations, en particulier ceux concernant les ressources, comme cause des erreurs déclaratives et prône donc une simplification drastique des « bases ressources » ■

[1] Les conditions de ressources dans les politiques sociales : plus de simplicité, plus de cohérence », étude du Conseil d'État publiée en novembre 2021.

[2] « La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés », rapport de Christine Cloarec-Le Nabour et Julien Damon remis au Premier ministre - septembre 2018.

versements et notamment les récupérations d'indus associées peuvent décourager l'allocataire de faire valoir ses droits en premier lieu, entrainant ainsi du non-recours.

Si la complexité des dispositifs actuels constitue une cause majeure de non-recours, de fraude et d'indus, l'enjeu consiste manifestement à simplifier et moderniser, notamment à l'aide des données sociales.

LES DONNÉES SOCIALES, LEVIERS DE TRANSFORMATION MAJEURE, OUVRENT DES OPPORTUNITÉS CONSIDÉRABLES POUR REPENSER LE MODÈLE ACTUEL ET LA RELATION À L'USAGER

L'utilisation des données sociales et l'appui sur le DRM : outils concrets de la contemporanéisation du versement des prestations

Avec la collecte et l'exploitation des données sociales, un changement de paradigme est à l'œuvre concernant le calcul et la délivrance des prestations sociales. La création de vecteurs déclaratifs mensuels des données sociales (DSN et PASRAU[1]) permet de procéder à un changement de logique : la déclaration des ressources n'est plus portée par le bénéficiaire mais principalement par l'intermédiaire de l'employeur pour les revenus d'activité (salaire) ou de l'organisme versant un revenu de remplacement (ex : pensions de retraite, prestations chômage, IJ maladie etc.). Ces déclarations sont ensuite consolidées mensuellement afin de reconstituer l'ensemble des ressources des individus.

Cette reconstitution se fait au niveau du DRM (Dispositif de Ressources Mensuelles), pierre angulaire de la stratégie actuelle de modernisation des prestations sociales. Il s'agit du tout premier dispositif permettant d'avoir une vision consolidée de l'ensemble des ressources des individus « en temps réel ». Par nature, les données déclarées et disponibles dans le DRM sont davantage fiabilisées car elles sont directement issues des systèmes sources (système de paie pour les données d'activité ou système de versement des prestations pour le reste) et déjà utilisées à de multiples fins (recouvrement des cotisations et de l'impôt, calcul et versement des droits des bénéficiaires). La définition normée des données et leur transmission dématérialisée en permet un usage industrialisé et mutualisé pour un ensemble d'organismes verseurs de prestations.

Enfin, ce dispositif permet de ne plus attribuer les aides versées sous conditions de ressources sur la base d'une situation lointaine, mais sur la base des derniers mois écoulés. Opérationnel depuis 2020, il a été utilisé en pratique pour plusieurs projets, le plus emblématique étant à ce jour la

MONTANTS D'INDUS CONSTATÉS PAR BRANCHE EN 2019*

203 MILLIONS D'€ VIEILLESSE
1,6 MILLIARD D'€ MALADIE
1,4 MILLIARD D'€ FAMILLE

Sources : États financiers 2019 de la CNAV, de la CNAM et de la CNAF.



réforme du versement des allocations logement début 2021, mise œuvre en premier lieu par les réseaux des CAF et des MSA.

L'usage du DRM doit désormais s'étendre beaucoup plus largement : on peut espérer que l'usage des données sociales contribue à réduire drastiquement la fraude, le non-recours et les indus, même si le recul sur les projets engagés n'est pas encore suffisant pour juger de leur impact (voir l'entretien de Gaudérique Barrière, CAF de l'Oise).

Des opportunités de modernisation qui nécessitent d'activer plusieurs leviers

Pour que l'exploitation des données sociales et l'appui sur le DRM favorisent pleinement la modernisation de la délivrance des prestations sociales, plusieurs défis sont à relever.

3 MILLIARDS D'EUROS
ESTIMATION DE LA DREES DU MONTANT DES DROITS AU RSA NON RECOURUS EN 2019

En premier lieu, il est fait le constat unanime d'une nécessaire simplification du système des prestations de solidarité modulées en fonction des ressources. L'atteinte d'une juste prestation ne pourra se faire sans interroger la réglementation - construite dans un cadre où les moyens de collecte des données étaient tout autres et datant parfois de plusieurs dizaines d'années - dès lors qu'elle semble incompatible avec ce qui représente un tout nouveau schéma de fonctionnement. Une piste prioritaire appuyée par la récente étude du Conseil d'État consisterait à harmoniser les différentes bases ressources aujourd'hui utilisées pour le calcul des droits pour gagner en simplicité et lisibilité. Cette harmonisation des bases ressources pourrait ouvrir la porte à la création d'un revenu universel d'activité (RUA[2]), qui répond au double objectif de simplification du système des prestations de solidarité et d'amélioration de l'accès aux droits. Il semble aussi pertinent de transformer les modes de raisonnement et de penser à partir de ce qui est disponible à la source et non des règles telles qu'elles existent.

Par ailleurs, le revers de la médaille de la prise en compte de revenus contemporains pour le calcul des droits peut se traduire par leur instabilité (voir l'entretien de Frédéric Marinacce et Valérie Marty de la CNAF - P.31). En effet, les régularisations (pour les revenus de remplacement et la paie) sont fréquentes et entraînent une plus grande fluctuation des montants de prestation versés, réduisant la visibilité des allocataires sur leurs revenus futurs alors même qu'ils se trouvent en situation précaire. La définition de la période de référence à retenir est donc un point clé pour sécuriser le bon équilibre entre les caractères contemporain et fiable des données tout en limitant les impacts sur les bénéficiaires (voir les entretiens de Marianne Kermoal-Berthomé de la DSS - P.22, Elisabeth Humbert-Bottin du GIP-MDS - P.28 et Véronique Puche de la CNAV - P.25).

UTILISATION DU DRM EN QUELQUES DATES

2020
PROJET DE REVALORISATION DES PENSIONS DE RETRAITES

2021
MISE EN OEUVRE DE LA RÉFORME DES ALLOCATIONS LOGEMENT
-
UTILISATION DU DRM POUR IDENTIFIER LES INDIVIDUS AYANT DROIT À L'INDEMNITÉ INFLATION
-
UTILISATION DU DRM POUR LE CALCUL DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

2022
EXPÉRIMENTATIONS POUR LE RSA ET LA PRIME D'ACTIVITÉ



Plus largement, le changement de paradigme déclaratif conduit à repenser la relation aux usagers. En premier lieu, une appropriation des nouvelles modalités déclaratives est nécessaire tant pour le bénéficiaire qui maîtrise moins les données qu'il ne déclare pas lui-même que pour les gestionnaires qui doivent s'approprier les nouvelles règles de calcul et la signification des données sources sur lesquelles elles se fondent. Les parcours usagers sont ainsi à réinventer et le métier des gestionnaires à redéfinir !

Enfin, la portée des projets de modernisation suppose, pour leur pleine réussite, qu'ils reposent sur une gouvernance interministérielle et transverse aux organismes de sécurité sociale (voir les entretiens de Marianne Kermoal-Berthomé de la DSS - P.22 et de Frédéric Marinacce et Valérie Marty de la CNAF - P.31) impliquant l'instauration de modes de fonctionnement inédits.

QUELLES PISTES POUR DEMAIN : VERS UNE SOLIDARITÉ À LA SOURCE ET UN RENFORCEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

L'usage des données sociales pourrait être poussé encore plus loin dans le cadre du second quinquennat du président de la République, Emmanuel Macron, pour aller jusqu'à la mise en place d'une « solidarité à la source ». Derrière cette expression, se dessinerait un chantier ambitieux de versement automatique du RSA, de la prime pour l'activité, des allocations logement et familiales. Un des défis à relever dans ce contexte serait d'associer aux données de revenus des individus déjà disponibles via le DRM d'autres données individuelles (composition du foyer par exemple).

Plus globalement, l'usage des données et le data mining donnent des perspectives de stratégies prédictives à la fois pour la lutte contre le non-recours et la lutte contre la fraude. Au-delà de l'estimation du niveau de fraude et de non-recours (comme c'est le cas actuellement pour la CNAF), ces stratégies pourraient aboutir à un meilleur ciblage de politiques d'action sociale envers les populations identifiées en risque pour proposer des solutions sur mesure. En miroir, l'utilisation de la data science permettrait l'identification des facteurs contextuels et l'anticipation des comportements frauduleux, afin de les prévenir.

Finalement, une « juste prestation » ne saurait être suffisante pour lutter efficacement contre la pauvreté si elle ne va pas de pair avec un accompagnement adapté des populations. Au-delà des opportunités de modernisation de délivrance des prestations sociales, l'usage des données sociales pourrait permettre à terme, grâce aux gains de gestion liés à l'automatisation, de réaffecter l'activité des équipes de gestionnaires dans les réseaux vers des missions de conseil et d'accompagnement renforcé des bénéficiaires en lien avec les acteurs du monde associatif et de l'insertion. Un programme ambitieux qu'il reste donc à concrétiser dans les prochaines années ■

[1] La Déclaration Sociale Nominative (DSN) s'est substituée aux déclarations sociales et fiscales des revenus versés par les employeurs, elle s'appuie sur les données issues de la paie des entreprises ; le dispositif de Passage des Revenus Autres (PASRAU) permet aux organismes de protection sociale de transmettre les informations relatives aux revenus de remplacement, notamment le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu.

[2] Une consultation sur le revenu universel d'activité (RUA) a été menée en 2019. Sa trajectoire de mise en œuvre reste à préciser : un rapport de Fabrice Lenglart, rapporteur général du RUA et directeur de la Drees, doit prochainement être remis au gouvernement.

ILLUSTRATION DE L'HÉTÉROGÉNÉITÉ ET DE LA COMPLEXITÉ DES BASES RESSOURCES

UN ENJEU MAJEUR D'HARMONISATION POUR UNE « JUSTE PRESTATION »

Selon l'étude du Conseil d'État* sur les conditions de ressources dans les politiques sociales publiée en 2021, plusieurs grandes familles de bases ressources coexistent : différentes prestations sont assises sur chacune de ces bases selon la nature de la prestation et la logique de son attribution.

BASE « AIDE SOCIALE » DE TYPE PRESTATIONS DE SOLIDARITÉ ET MINIMA SOCIAUX
Définie par la règlementation

RSA
Ensemble large de ressources (revenus d'activité et de remplacement) : inclusion de certains avantages en nature, dons/libéralités et des prestations familiales. Prise en compte du patrimoine non productif de revenus.

PRIME D'ACTIVITÉ
Base proche de celle du RSA. Pas de prise en compte du patrimoine.

CSS
Base proche du RSA, à quelques exceptions près (ex. : pas de prise en compte des revenus non imposables du patrimoine).

AME
Base proche de celle du RSA.

APA
Base proche du RSA, Pas de prise en compte des rentes viagères.

BASE « FISCALE »
S'appuie sur la feuille d'imposition

ALLOCATIONS LOGEMENT
Revenus nets fiscaux et revenus issus des heures supplémentaires exonérées. Prise en compte du patrimoine au-dessus d'un seuil.

PAJE ALLOC. FAM.
Revenus nets fiscaux, revenus issus des heures supplémentaires exonérées, revenus du capital imposés hors du barème progressif.

ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ
Base proche de celles des allocations familiales, avec quelques aménagements (abattements sur les revenus d'activité, exclusions liées au handicap).

ALLOC. SOLIDARITÉ SPÉCIFIQUE
Revenus nets fiscaux avec quelques aménagements.

BASE « COTISATIONS SOCIALES »
Salaires bruts (avant cotisations)

ASPA ALL. VEUVAGE ASI
Ensemble large de ressources, sur la base du revenu brut (avant cotisations et CSG). Prise en compte du patrimoine non productif de revenus.

PENSION RÉVERSION
Identique à l'ASPA. Exclusion des revenus de l'assuré décédé.

Zoom sur la mise en place d'un futur RUA

Les prestations de solidarité sont octroyées en fonction de bases ressources, différentes pour chaque prestation.

La mise en place d'n éventuel futur revenu universel d'activité (RUA), pourrait porter sur RSA, Prime d'activité, ASPA et AL.

Nota : les aides sociales versées par les collectivités s'appuient, selon les départements, sur différentes ressources (revenu fiscal de référence, quotient familial, etc.).
* https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/etudes/conditions-de-ressources-dans-les-politiques-sociales-15-propositions-pour-simplifier-et-harmoniser-leur-prise-en-compte



MARIANNE KERMOAL-BERTHOMÉ

EX-CHEFFE DE SERVICE, ADJOINTE AU DIRECTEUR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, CONSEILLÈRE ET CHEFFE DU PÔLE SOCIAL AU CABINET DE LA PREMIÈRE MINISTRE

INTERVIEW RÉALISÉE AU TITRE DE SON POSTE À LA DSS AVANT SA NOMINATION AU CABINET DE LA PREMIÈRE MINISTRE

Quel constat faites-vous sur le fonctionnement des prestations de solidarité, en termes de lisibilité, de compréhension par les usagers, et donc d'accès aux droits ?

Les prestations modulées en fonction des ressources représentent un enjeu financier majeur pour les finances publiques puisque le montant total versé chaque année s'élève à environ 100 milliards d'euros. L'essentiel se situe dans la sphère de la Sécurité sociale ; les trois quarts de ces prestations étant versées par les CAF. Le constat, qui est aujourd'hui partagé par l'ensemble des acteurs - pouvoirs publics, organismes de Sécurité sociale et bénéficiaires - est celui d'une forte complexité du système, qui s'explique par trois raisons. D'abord, le système actuel est un système fondé sur la déclaration des ressources par les allocataires. Ces démarches déclaratives peuvent être source d'erreurs et sont parfois décourageantes pour le bénéficiaire, ce qui peut conduire au non-recours à certaines prestations. Le deuxième sujet de complexité renvoie à l'hétérogénéité des conditions de ressources examinées, qui a fait l'objet de plusieurs réflexions, dont dernièrement dans un rapport du Conseil d'État. Il existe aujourd'hui trois grands types de bases ressources : leur juxtaposition rend le paysage des prestations sociales peu lisible pour les bénéficiaires. Enfin, une troisième source de complexité réside dans l'hétérogénéité des périodes de référence et d'actualisation utilisées pour la prise en compte de ces ressources dans le calcul des droits (année, trimestre, mois précédent). Les conséquences de cette complexité s'observent par trois phénomènes : le non-recours, les indus et la fraude. Pour la branche famille, en 2020, sur 40 millions de contrôles réalisés, près d'un milliard d'euros ont été régularisés. Il y a donc un vrai sujet autour de la juste déclaration des revenus pour permettre l'allocation à bon droit des prestations.

Quelles sont les opportunités nouvelles permises notamment par les systèmes d'information et la mise en place du DRM ?

Depuis une dizaine d'années, des travaux de fond ont été menés pour automatiser la transmission des données sociales en lien avec le principe du « Dîtes le nous une fois (DLN1X) », en particulier, avec la mise en

LE POTENTIEL D'UTILISATION DU DRM REPRÉSENTE UNE OPPORTUNITÉ MAJEURE POUR LES POUVOIRS PUBLICS, POUR LES ORGANISMES MAIS ÉGALEMENT ET SURTOUT POUR LES BÉNÉFICIAIRES

œuvre de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) et du Prélèvement à la Source (PAS). La continuité de ce mouvement est le rapprochement de différentes bases de données pour éviter aux bénéficiaires de nouvelles démarches fondées sur des données qui sont déjà connues par ailleurs. En ce sens, le potentiel d'utilisation du DRM représente une opportunité majeure pour les pouvoirs publics, pour les organismes mais également et surtout pour les bénéficiaires. Par ailleurs, le DRM ouvre également des possibilités pour la prise en compte de données récentes dans le calcul des droits, dans la limite des besoins de fiabilité des données. La simplification et la fiabilisation sont deux axes nécessaires à la réduction du non-recours, des indus et des fraudes, et permettent également des gains d'efficience certains pour les organismes de protection sociale. Ces perspectives ne s'appuient pas uniquement sur des considérations théoriques mais bien sur des retours d'expériences pratiques : plusieurs projets liés à l'exploitation du référentiel de données individuelles porté par le DRM ont déjà été menés ces dernières années (revalorisation différenciée des pensions de retraite, réforme des allocations logement, indemnité inflation, complémentaire santé solidaire). Pour la suite, la feuille de route du DRM devra être précisée par le nouveau gouvernement. Les prochaines prestations calculées à partir des données du DRM devront être la prime d'activité et le RSA. Les attentes politiques autour de ces grandes réformes sont très fortes puisque le sujet a largement été mis en exergue lors de la dernière campagne présidentielle : le président réélu Emmanuel Macron porte le projet d'une solidarité à la source, qui repose sur l'utilisation du DRM dans la délivrance des prestations sous conditions de ressources.

Quels sont les enjeux vus de la Direction de la Sécurité sociale de la mise en œuvre de ces transformations ? Quelles sont les conditions de succès et les risques qui y sont associés ?

On peut distinguer quatre enjeux majeurs. Le premier enjeu porte sur la sécurisation de la donnée elle-même, qui renvoie à plusieurs travaux. D'une part, la correcte définition de la donnée, grâce à un travail sur la normalisation et la diffusion de l'information sur la donnée. La DSS souhaite sur ce point remettre en place un comité de normalisation, et le confier au GIP-MDS qui a une compétence transverse en la matière. D'autre part, au-delà de sa correcte définition, la bonne déclaration de la donnée est au cœur de cet enjeu de sécurisation. Pour fiabiliser les données déclarées, des contrôles mutualisés par les organismes doivent être mis en œuvre, à l'image de ce qui est en cours dans le cadre du projet de transfert du recouvrement de l'Agirc-Arrco à l'Urssaf. Il s'agit de s'assurer que les contrôles opérés sont cohérents et que les remontées d'anomalies

LA SIMPLIFICATION ET LA FIABILISATION SONT DEUX AXES NÉCESSAIRES À LA RÉDUCTION DU NON-RECOURS, DES INDUS ET DES FRAUDES

donnent lieu à des corrections effectives des déclarants qui alimentent l'ensemble de la chaîne de distribution des données. Le second enjeu est juridique : les évolutions législatives et réglementaires sont nécessaires pour harmoniser les bases ressources. L'appréciation unique des revenus d'activité notamment va nécessiter des arbitrages qui peuvent être lourds de conséquences puisqu'ils impactent directement les droits des individus et les systèmes des organismes. La définition des périodes de référence va également nécessiter des adaptations juridiques. Il s'agit de trouver le juste équilibre entre des données récentes et des données fiables : les cycles de paie impliquent de fréquentes régularisations dans les mois qui suivent la déclaration et peuvent créer une instabilité des montants de prestations calculés par les organismes. Ces sujets font aujourd'hui l'objet de travaux d'expertise et d'expérimentation, notamment dans le cadre des réflexions autour de la prime d'activité et le RSA. Le troisième enjeu porte sur les systèmes d'information impliqués dans ces transformations. Toutes les données utiles au calcul des droits ne sont pas véhiculées par le DRM, il faut donc l'articuler avec d'autres systèmes d'information et sources de données. Les données fiscales doivent pouvoir servir de référence auprès des organismes sociaux puisqu'elles contiennent des informations complémentaires comme la composition du foyer, les revenus des travailleurs indépendants ou ceux perçus à l'étranger, qui peuvent servir à l'ouverture des droits. En parallèle, les CAF et les caisses MSA au premier rang, qui concentrent la majorité du versement des prestations modulées en fonction des ressources, mais également les CPAM et les caisses de retraite, doivent réussir à adapter leurs systèmes d'information existants, pour s'adosser au DRM. Le dernier défi sur ce sujet concerne la protection des données personnelles : ces transformations doivent nécessairement se faire en accord avec la législation « informatique et libertés » en vigueur, tout en assurant un retour d'information vers les bénéficiaires. En réduisant les démarches déclaratives, il faut réussir à maintenir une interlocution avec les allocataires et notamment permettre à ces derniers de questionner ou de corriger les données utilisées. Un outil existe déjà pour permettre cet accompagnement et doit être davantage valorisé : le Portail Numérique des Droits Sociaux (PNDS), qui met à disposition du citoyen l'ensemble des informations sociales le concernant. Enfin, le dernier enjeu porte sur la gouvernance des projets de transformation : ces chantiers de moyen terme ont une portée transverse et interministérielle. La direction de la Sécurité sociale doit s'adapter et renforcer son rôle de pilotage sur ces problématiques. Sa mission est d'assurer et de renforcer la transversalité entre le GIP-MDS, qui est le concepteur de la donnée, la CNAV, qui est l'opérateur du DRM et les organismes verseurs qui délivrent les prestations, en lien avec l'ensemble des ministères qui ont le souhait de travailler dans cette démarche de simplification, de modernisation et de fiabilisation du versement des prestations. Ce sont des enjeux qui peuvent aussi intéresser les collectivités locales pour les prestations dont elles ont la compétence. La gouvernance de ces projets d'ampleur à dimension interministérielle, sur des enjeux à la fois juridiques, métiers et de systèmes d'information, amènera nécessairement à revoir le mode de fonctionnement classique de nos administrations ■

VÉRONIQUE PUCHE

DIRECTRICE DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

Pouvez-vous préciser le rôle du dispositif de ressources mensuelles dans le programme de modernisation de la délivrance des prestations sociales ? En quoi peut-il être considéré comme un carrefour des données sociales, cousin de la banque carrefour des données sociales belge ?

À l'origine, le DRM fait suite à un rapport de 2017 de l'IGAS et de l'IGF qui identifiait le manque de contemporanéité entre la situation des bénéficiaires et leurs droits sociaux soumis à condition de ressources. Le parallèle avec la banque-carrefour des données sociales belge est pertinent, un benchmark avait effectivement été établi : tout n'était pas complètement transposable, mais le DRM constitue tout de même un référentiel consolidé qui permet d'avoir une visibilité sur l'ensemble des ressources perçues par les salariés et les bénéficiaires des revenus de remplacement. Le DRM tel qu'il est aujourd'hui gagnerait à être complété et le modèle de données enrichi pour effectivement disposer de l'ensemble des ressources des individus : c'est bien le plan de marche qui est envisagé.



Quelles sont les enjeux et pistes concrètes d'utilisation du DRM pour appuyer la lutte contre le non-recours ? Quels autres besoins pourraient être couverts ?

À l'origine, il y avait plusieurs enjeux au DRM : rendre plus transparentes les données qui sont détenues par les organismes de Sécurité sociale, ne pas solliciter plusieurs fois l'assuré (principe du « dites-le nous

une fois »), et se mettre en capacité de mieux répondre à l'objectif de lutte contre la fraude et le non-recours. Le fait de disposer, dans une base, de l'ensemble des ressources individuelles pour l'intégralité de la population, avec un caractère croisable, constitue un outil redoutable d'efficacité. À ce titre, le principe de contemporanéité fait du DRM un outil mobilisable pour répondre de manière réactive à des commandes politiques d'aides financières activables selon les ressources des individus, comme dans le cadre du versement de l'indemnité inflation à la fin de l'année 2021. Cette indemnité a pu être versée sans sollicitation des usagers, sur le seul examen du DRM et des croisements de données qui ont été effectués, ce qui constitue un usage extrêmement prometteur. Le DRM ouvre également des perspectives prometteuses en matière de lutte contre la fraude : on pourra plus facilement identifier s'il y a des versements de prestations antagonistes ou si des versements se situent au-delà d'un plafond de ressources. Cela s'inscrit dans la continuité des actions de lutte contre la fraude qui sont réalisées au niveau de chaque organisme, sur leur périmètre de prestations, et constitue une opportunité forte de développer en cible une approche transverse à la sphère sociale.

LE FAIT D'AUTOMATISER LA RÉCUPÉRATION DE LA SOURCE DU CALCUL PEUT ENTRAÎNER UN EFFET « BOÎTE NOIRE »

Quels enjeux identifiez-vous pour la CNAV en tant qu'opérateur dans le cadre du déploiement de ce dispositif vis-à-vis des partenaires de la sphère sociale ?

La CNAV est opérateur de plusieurs référentiels transverses majeurs de la sphère sociale : le SNGI pour les identités des individus, le RGCU pour l'alimentation des carrières, le RNCPS pour la connaissance par bénéficiaire des affiliations et risques couverts, l'EIRR pour les échanges inter régimes de retraite (qui a vocation à converger vers le DRM) et désormais le DRM. En tant qu'opérateur informatique, elle porte également, vis-à-vis des organismes clients, les enjeux liés à la qualité, la stabilité et l'intégrité des données qui sont contenues dans ces différents référentiels et en particulier sur le DRM. Les données qui sont contenues dans les référentiels sont des données de référence et doivent, en ce sens, être le moins transformées possible. La garantie de cette intégrité constitue un enjeu pour la CNAV en tant qu'opérateur. Le DRM, en tant qu'entrepôt de données alimenté par les dispositifs sources que sont la Déclaration Sociale Nominative (DSN) et Prélèvement à la Source des Revenus AUtres (PASRAU), n'a ainsi pas vocation à modifier ces données. Vis-à-vis des systèmes sources, la mise en place d'une gouvernance de la donnée pour maintenir l'intégrité de la donnée sur toute la chaîne de traitement est donc essentielle.

Pensez-vous qu'une bonne intelligibilité des données est également un prérequis pour l'acceptation par les bénéficiaires de cette logique « inversée » d'un système qui va calculer les prestations sans leur détailler les éléments recueillis, c'est-à-dire avec possiblement un effet « boîte noire » ?

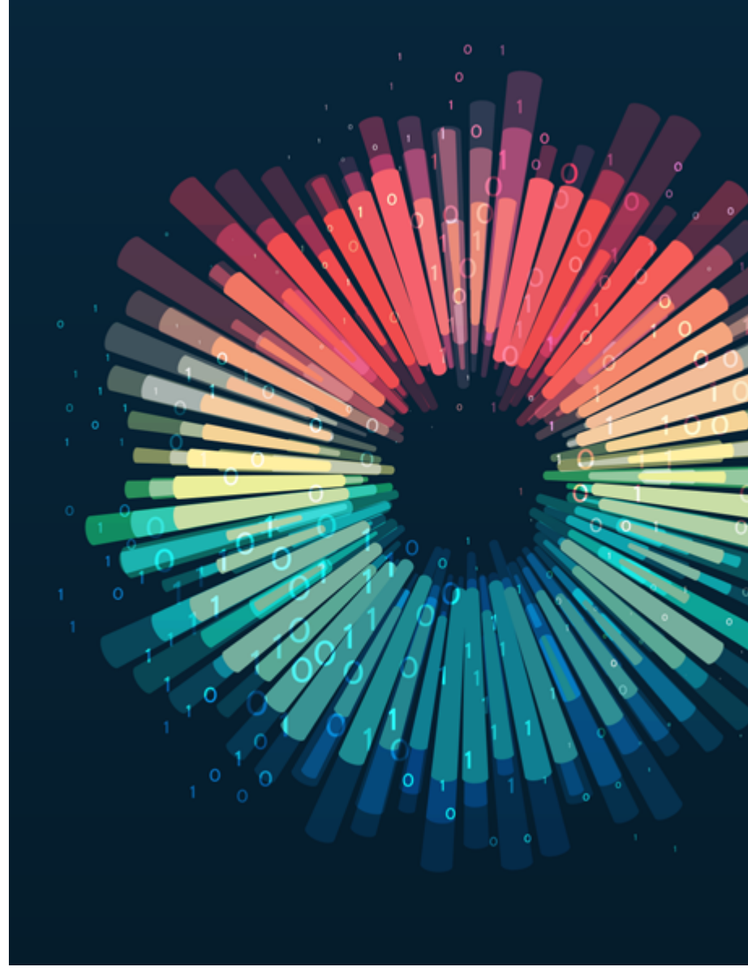
C'est vrai qu'aujourd'hui l'usager connaît les données qu'il renseigne pour le calcul des prestations. Le fait d'automatiser la récupération de la source du calcul peut entraîner un effet « boîte noire » : c'est pour cela qu'une des conditions de réussite est d'opérer une simplification, une clarification de la réglementation pour que cela puisse être lisible et communicable vis-à-vis de l'ensemble de la population. Un travail est également à mener pour restituer à l'assuré les données que l'on détient sur lui de manière compréhensible.

La logique trimestrielle de la période de référence, mise en place dans le cadre de la réforme des allocations logement, entraîne des fluctuations fortes de revenus, impactant de manière conséquente le versement des droits. Y a-t-il, dans le cadre de l'élargissement des usages à venir, des perspectives d'évolution sur la notion de période de référence, pour tendre vers une temporalité qui permettrait plus de stabilité dans le versement des droits ?

Un retour d'expérience sur la notion de contemporanéité et sur la période de référence pourra être utile pour la suite. Le sujet des périodes de référence peut faire débat. Lors de la réflexion sur la mise en place de l'indemnité inflation, cela a aussi été un sujet majeur : partait-on sur une base de référence de 3 mois, d'un mois ? On est finalement partis sur une période de référence d'un mois, en faisant en sorte que cela puisse être le plus juste.

Est-ce que vous identifiez aujourd'hui des écueils à éviter sur les prochaines années concernant ce programme de transformation majeur ?

À chaque fois que l'on va étendre les usages du DRM, il faudra être vigilant à ne faire porter au DRM que ce qu'il doit porter, en tant que référentiel et ne pas y introduire de règles de gestion métier à la place d'un organisme client du DRM. Un autre écueil à éviter serait de ne pas travailler sur les parcours usagers qui sont des éléments clés pour que les réformes à venir fonctionnent et soient vécues par les bénéficiaires comme une réelle simplification. ■





ÉLISABETH HUMBERT-BOTTIN

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPEMENT D'INTÉRÊT PUBLIC POUR LA MODERNISATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES (GIP-MDS)

En quoi, selon vous, l'usage des données sociales est une des clefs pour la modernisation des prestations soumises à condition de ressources ?

Tout d'abord, je constate qu'il y a une confusion qui s'installe lorsque l'on parle de « prestation », entre la couche assurantielle historique (Laroque) de la Sécurité sociale (la retraite, la maladie, le chômage qui sont des risques « inhérents » au fait de travailler) et le système d'aides pour lutter contre la pauvreté qui mélangent désormais le minima servi par la Sécurité sociale et le minima décent pour vivre (comme le RSA, inspiré d'une approche universaliste, plus beveridgienne). Ces minima viennent normalement en « complément » des revenus du travail et de la première couche assurantielle de la protection sociale. Si l'on raisonne bien, les données sociales peuvent ainsi en effet être un outil pour éclairer la manière de traiter les situations difficiles et de précarité, pour les cas où un complément à la partie couverte par le travail et la composante assurantielle de la protection sociale est nécessaire.

IL Y A UN ENJEU MAJEUR DE BONNE COMPRÉHENSION PAR TOUS DU SENS DES DONNÉES UTILISÉES ET DES RESSOURCES PRISES EN COMPTE

Pour définir et tendre vers une « juste prestation », il faudrait donc au préalable que les notions d' « assurantiel » et d'« aides » soient toutes deux clairement distinguées et définies ?

Oui, il est important de clarifier ces deux notions pour construire un système d'ensemble cohérent. Une piste pourrait être, grâce à l'usage des données, de repérer les personnes qui, lorsque l'on cumule les éléments issus du revenu du travail direct ou du revenu indirect (les prestations sociales générées par le travail - les IJ par exemple), n'atteindraient pas un seuil suffisant pour vivre (seuil à définir par le politique). Il est ensuite nécessaire de situer les modalités pour contacter ces personnes et situer avec elles si d'autres revenus existent ou si une aide en complément pour atteindre le seuil qui les ferait sortir de cette situation de précarité. Cette approche permettrait de construire un fonctionnement d'ensemble clarifié au niveau des systèmes en gestion et plus lisible pour les usagers.

Comment justement prendre en compte les données sociales pour identifier les besoins en aides et les attribuer au mieux ?

Il faut définir une utilisation qui respecte les caractéristiques des données sources. Premier exemple : respecter le fait qu'un salaire est annuel, bien qu'il soit transmis mensuellement, et doit être examiné sur une période de 12 mois glissants. Ce n'est pas incompatible avec le caractère contemporain de la donnée, attendu aujourd'hui pour les prestations délivrées via le Dispositif de gestion des Ressources Mensuelles (DRM) à l'échelle du dernier trimestre : on peut être dans l'actualité en considérant que l'on examine les données sur 12 mois glissants. Cela permettrait de stabiliser le montant des aides et de favoriser une meilleure visibilité pour les bénéficiaires, sachant que cela n'empêche pas que les situations d'urgence (quand par exemple rien n'a été perçu sur les 2 derniers mois) donnent lieu à un traitement spécifique pour ne pas laisser les personnes démunies au motif que les 10 mois précédents étaient confortables.

L'extension du périmètre des prestations dont la délivrance est modernisée entraîne de nouvelles demandes en termes de collecte de données. Jusqu'où est-il raisonnable d'aller ?

IL NE FAUT PAS CONSIDÉRER QUE L'ON PEUT ENRICHIR À L'INFINI UN FLUX CONSIDÉRÉ COMME « TECHNIQUE »

Attention, le niveau de collecte doit être posé par l'acte et le système source qui génèrent la donnée : le système de paie doit générer les données utiles à la paie ; les systèmes opérant le paiement des prestations, celles utiles au paiement des prestations, et c'est tout. Je recommande que l'on s'inspire plutôt du système belge : le message déclaratif y évolue très peu, sauf en cas de réforme importante. Il convient de rester extrêmement vigilant sur ce point : pour que les réformes de délivrance des prestations fonctionnent, il ne faut pas déformer l'objet premier qui est l'objet de collecte à la source. Il ne faut pas considérer que l'on peut enrichir à l'infini un flux considéré comme « technique » : la DSN n'est pas un flux technique, c'est un sous-produit de la paie.

Quels sont, selon vous, les critères de réussite de ce vaste chantier de modernisation des prestations ?

Il y a un enjeu majeur de bonne compréhension par tous du sens des données utilisées et des ressources prises en compte. À ce jour, la façon dont le système est construit ne permet pas aux bénéficiaires de bien comprendre. Il faut garantir une compréhension de la donnée source servant au calcul jusqu'à la prestation versée, partagée par les bénéficiaires et également les gestionnaires. L'ajout de la mention du « net social » sur le bulletin de salaire, par exemple, n'est pas un élément suffisant, d'une part parce que la notion n'est pas utile en paie à ce jour et d'autre part parce que sa définition n'est pas à ce jour clairement posée. Il y a un vrai enjeu à ce qu'un bon fonctionnement sur ce point soit installé au plus tôt, sans quoi on prendra le risque de demander des éléments aux employeurs qu'ils ne comprendront pas, avec des gestionnaires qui ne pourront pas tracer la base du calcul et ne pourront pas l'expliquer, et des assurés qui ne comprendront pas l'origine de leur droit. Cela passe par un travail de montée en compétences des acteurs de la sphère sociale sur la compréhension du sens des données utilisées et également par des actions de pédagogie vis-à-vis des usagers. Un autre facteur de réussite majeur porte sur la trajectoire de simplification : pour atteindre l'étage de simplification règlementaire nécessaire au bon fonctionnement d'ensemble, il faudra dépasser l'approche de la réglementation qui est située aujourd'hui prestation par prestation, en mélangeant parfois les deux dimensions du minima (minima dans le calcul des prestations de Sécurité sociale et minima de lutte contre la précarité) et s'inscrire dans des analyses règlementaires décloisonnées, posant clairement la complémentarité entre les deux étages, avec assise du premier (Sécurité sociale) sur le brut puisque lié au travail de la personne et du second sur le net (lutte contre la précarité) puisque venant compléter les revenus perçus vers un niveau décent ■



FRÉDÉRIC MARINACCE
DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ CHARGÉ DES POLITIQUES FAMILIALES ET SOCIALES DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

VALÉRIE MARTY
COORDINATRICE DE LA MODERNISATION DES PRESTATIONS DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

La réforme des allocations logement a été permise par l'exploitation des données sociales : quel premier bilan pour la branche famille et pour les bénéficiaires ?

La réforme des allocations logement a été extraordinairement importante pour la branche famille étant donné sa dimension industrielle (plus de 6,3 millions de bénéficiaires) et la sensibilité des allocations logement (80 % des bénéficiaires de cette prestation ont des ressources égales ou inférieures au SMIC). Dans un premier temps, il a été nécessaire d'implémenter une nouvelle réglementation conduisant à actualiser chaque trimestre les bases ressources pour adapter le montant des prestations à la situation réelle du bénéficiaire (et non plus sur la situation des années précédentes), dans une logique de juste droit. Cette actualisation était auparavant effectuée une fois par an grâce à des échanges de données avec la DGFIP. Deuxièmement, il a fallu adosser le dispositif de collecte des ressources au Dispositif de Ressources Mensuelles (DRM) alimenté directement par les systèmes sources verseurs de revenus utiles aux calculs des droits. Enfin, cette réforme s'est accompagnée de la modernisation du système d'information (SI) de la branche famille. La réforme des allocations logement a été déployée avec succès à partir du 1er janvier 2021, grâce aux gros efforts d'adaptation de la branche famille et à la compréhension des allocataires. Des difficultés ont toutefois été rencontrées. Bien que le DRM soit un dispositif stable et extrêmement performant, des limites peuvent être notées en termes de « mouvance » des ressources remontées : la CNAF estime que 10 % des ressources déclarées peuvent faire l'objet d'une correction les mois suivants. Dans la configuration d'une révision trimestrielle des ressources, cela peut entraîner une certaine instabilité et un manque de visibilité sur le montant des aides au logement versées à la fin du mois pour l'allocataire. Par ailleurs, le DRM ne véhicule pas l'ensemble des données : 5 à 7 % des ressources doivent être déclarées directement par l'allocataire chaque trimestre alors que dans l'ancien système, les

LA RÉFORME DES ALLOCATIONS LOGEMENT A ÉTÉ DÉPLOYÉE AVEC SUCCÈS À PARTIR DU 1ER JANVIER 2021, GRÂCE AUX GROS EFFORTS D'ADAPTATION DE LA BRANCHE FAMILLE ET À LA COMPRÉHENSION DES ALLOCATAIRES

ressources étaient acquises grâce à un échange avec la DGFIP. La fluidification du parcours allocataire reste donc un enjeu majeur. Enfin, cette réforme a permis de mettre en évidence plusieurs besoins impératifs. Pour la branche famille, une gouvernance stratégique et opérationnelle autour du DRM apparaît indispensable, afin de gérer la nouvelle interdépendance entre les dispositifs de collecte des données sources (DSN et PASRAU), le DRM et les différents organismes de protection sociale verseurs de prestations. Il est également nécessaire de développer une ingénierie de prévention des anomalies et des incidents pour mieux anticiper les conséquences par rapport aux allocataires et opérateurs ; de réduire la complexité de la législation ; et de passer par des expérimentations à blanc pour les futures prestations à moderniser en capitalisant sur l'expertise acquise de la réforme des allocations logement.

Les données qui restent à renseigner par les allocataires ont-elles vocation à être transmises de façon automatisée ?

Pour l'instant, il n'est pas prévu de transmettre de manière automatisée les données qui sont renseignées directement par l'allocataire, mais cela constitue un objectif, notamment pour les travailleurs indépendants. À noter, qu'il restera toujours des ressources à déclarer manuellement telles que les ressources perçues à l'étranger ou encore les pensions alimentaires. Au-delà des échanges avec les partenaires comme l'Urssaf pour récupérer à la racine les données concernant les travailleurs indépendants, une autre option que porte la branche famille est la simplification réglementaire et l'harmonisation des bases ressources, avec par exemple l'abandon de la prise en compte de certaines ressources non structurantes dans le calcul des droits.

Quels ont été les freins ou les éventuelles difficultés rencontrés par les gestionnaires dans le cadre de cette réforme ?

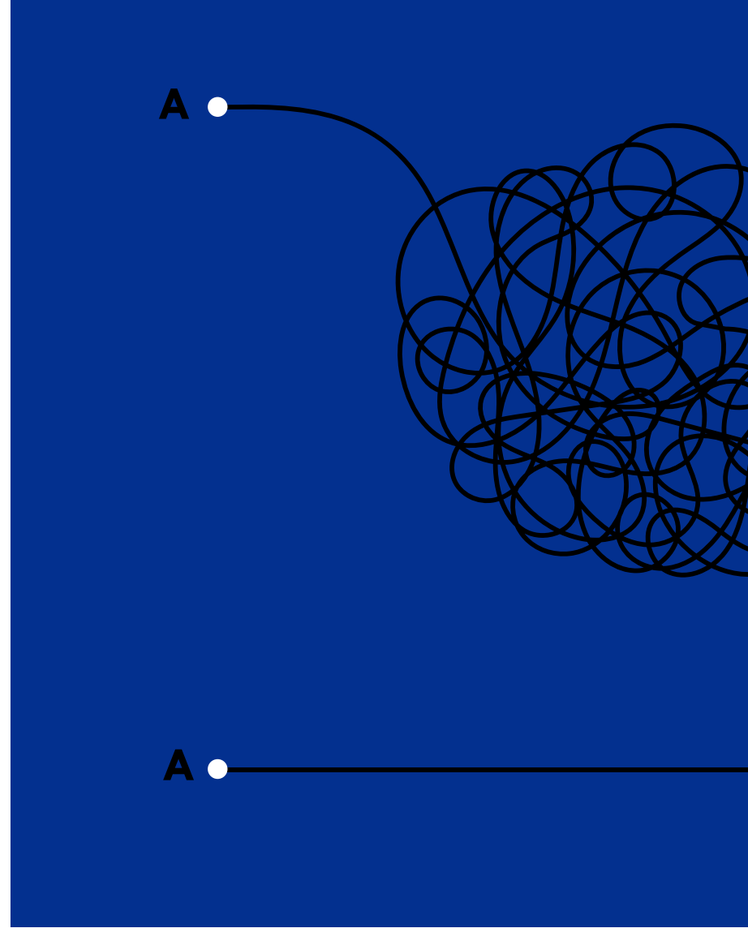
Les impacts métiers de la modernisation des prestations avec l'adossement au DRM ont été très importants puisque l'acquisition des données à la source modifient sensiblement la relation de service. Avant la réforme, la branche famille était à l'origine des données demandées à la DGFiP et les gestionnaires savaient exactement comment les interpréter. Aujourd'hui, l'interprétation est plus difficile parce que le gestionnaire conseil est aveugle par rapport aux données remontées par le DRM.

Quelles étaient les actions engagées avant la réforme pour la lutte contre la fraude au niveau de la CNAF ? Celles-ci ont-elles été impactées par la réforme des allocations logement ? Et sur le non-recours ?

Pour l'instant, la CNAF s'est concentrée sur la mise en place des aides au logement puisque l'utilisation du DRM dans une logique de contrôle, de lutte contre la fraude et de non-recours n'a pas été autorisée par le décret le régissant. Pour autant, le DRM est un rubik's cube qui ouvre un immense champ des possibles en matière d'accès aux droits mais aussi de lutte contre la fraude. La politique de lutte contre la fraude de la branche famille est basée sur les contrôles des données entrantes, les contrôles sur place, le datamining, etc. Toutefois, le DRM a pu sous certains aspects fragiliser la fiabilité du versement des aides au logement, avec un taux d'erreur qui a augmenté de 7 à 9 % en 2021. Concernant le non-recours, le DRM contient des informations sur des millions d'individus. Il serait ainsi possible de cibler tous les individus ayant des ressources inférieures au plafond d'octroi et qui ne sont pas bénéficiaires d'une aide.

Quels enseignements tirez-vous de votre expérience d'une telle transformation de la logique déclarative ? Quelles perspectives pour la suite et quel rôle de la CNAF ?

Il est nécessaire de renforcer la fiabilité des données, ce qui suppose une simplification des 4 bases ressources de la branche famille (base ressources pour les allocations logement, pour les prestations familiales, pour le RSA, et pour la prime d'activité). La simplification ne sera pas complète tant que nous ne serons pas capables de communiquer à l'allocataire sur sa fiche de paie le montant sur lequel se base le calcul de ses droits, sans reconstitution de sa part. Par ailleurs, il faut aller encore plus loin en identifiant à la source le non-recours, à la fois en décelant le non-recours pour les non-allocataires des CAF mais aussi pour tous les allocataires ayant recours à une seule partie des prestations auxquelles ils peuvent prétendre. Le DRM doit permettre d'atteindre ces objectifs, puisqu'il permet un accès à toutes les prestations versées par la sphère sociale. Enfin, il faut fluidifier le parcours allocataire pour éviter les déclarations inutiles. En cible, l'allocataire se manifestera, soit par une demande, soit par une déclaration de situation, mais par la suite, il n'aura plus rien à déclarer, notamment dans la révision trimestrielle des ressources : voilà ce nous imaginons être demain la solidarité à la source. La branche famille est capable de mener à bien le projet de solidarité à la source puisqu'elle en maîtrise toutes les composantes : le système d'information et toutes les prestations dont il sera question ■





GAUDÉRIQUE BARRIÈRE

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF) DE L'OISE

La réforme des allocations logement a été permise par l'exploitation des données sociales : quel premier bilan faites-vous pour les bénéficiaires en termes de qualité de service (simplification, fiabilité des montants calculés/ versés, etc.) ?

Après quelques difficultés au démarrage, la délivrance mensuelle des prestations fonctionne désormais et permet d'offrir un niveau de service adapté aux allocataires. Sa mise en œuvre pratique a néanmoins mis en évidence certains écueils : le retour d'expérience est riche pour préparer les étapes ultérieures. En effet, depuis la mise en œuvre de la réforme il y a un an et demi, nous mesurons le manque de maîtrise des données desquelles nous dépendons : nos gestionnaires conseil ont besoin de mieux comprendre les données utilisées pour fournir un meilleur accompagnement. De plus, la réglementation pouvant être difficile à appréhender, notamment sur la nature des revenus à déclarer, l'automatisation du calcul peut conduire à une discordance entre le montant d'allocation versé (qui, par principe, est le reflet de la bonne application de la loi) et le montant auquel ils s'attendaient (qui correspondait à leurs pratiques déclaratives de bonne foi). Par ailleurs, la réforme a fait le pari de calculer les prestations au plus près des situations des individus en procédant à des réajustements chaque trimestre. Il est néanmoins important de garder à l'esprit qu'il s'agit de bénéficiaires pour qui toute variation, même de 20 ou 30 euros, est susceptible d'avoir un impact significatif sur leur équilibre financier. En utilisant des données plus contemporaines, les mouvements de la paye et les régularisations opérées de manière fréquente peuvent induire une plus grande volatilité des montants de prestation versés, qui réduit la visibilité des allocataires sur leurs revenus futurs. Les allocataires ont perdu en capacité de planification ; il n'est pas certain qu'un système qui colle davantage à la situation des individus soit ressenti comme un gain : les faits méritent selon moi d'être questionnés pour l'extension du dispositif aux prestations à venir. Il faudra également préparer plus encore le changement pour le futur RSA et la prime pour l'activité que pour l'aide au logement car ce sont des montants qui sont plus importants et qui sont - s'agissant du RSA - souvent l'unique revenu des allocataires.

Comment cette réforme visant à moderniser la délivrance des prestations versées par les CAF (en tendant vers une plus grande automatisation, notamment dans l'alimentation des revenus de référence issus du Dispositif de gestion des Ressources Mensuelles (DRM) et moins d'un déclaratif usager) impacte-t-elle le métier des gestionnaires au quotidien ?

La réponse des gestionnaires serait : depuis la mise en œuvre de la réforme, notre vie est plus compliquée. On est sorti d'un SI vieillissant certes, mais stable et maitrisé pour aller vers un SI qui est encore en transition et cela crée de l'instabilité. Les gestionnaires doivent composer en cette période de transition avec deux systèmes parallèles, ce qui accroît les incidents et impacte la productivité. Actuellement, les gestionnaires perdent entre 1 et 8 % des saisies qu'ils réalisent chaque jour. La nature des activités qu'ils réalisent n'a cependant pas fondamentalement changé : leur métier est de veiller au « juste droit » par la vérification des situations individuelles ou la régularisation des cas complexes ou des cas que le système ne gère pas automatiquement. L'effet sur le métier des gestionnaires sera probablement plus important à l'issue de l'extension au RSA et à la prime pour l'activité, car la plus grande automatisation attendue pourra à terme rendre possible une réorientation plus franche des activités vers le conseil et l'accompagnement des usagers. En parallèle, une réflexion émerge dans le réseau de la branche Famille autour de « l'approche populationnelle », qui repense l'organisation des services vers plus de spécialisation selon les profils des bénéficiaires et l'adaptation du service proposé en fonction des attentes de chacun.

EN PARALLÈLE, UNE RÉFLEXION ÉMERGE DANS LE RÉSEAU DE LA BRANCHE FAMILLE AUTOUR DE « L'APPROCHE POPULATIONNELLE », QUI REPENSE L'ORGANISATION DES SERVICES VERS PLUS DE SPÉCIALISATION SELON LES PROFILS DES BÉNÉFICIAIRES

Quelles étaient les actions engagées avant la réforme pour la lutte contre la fraude au niveau des CAF ? Celles-ci ont-elles été impactées par la réforme des allocations logement ? Et sur le non-recours ?

Sur la lutte contre la fraude, l'essentiel de nos opérations de contrôle est fondé sur



des dispositifs de datamining portés au niveau des CAF qui mettent en évidence des situations de risques ou d'incohérence. Il y a ensuite différents types d'actions : des contrôles classiques sur place ou sur pièce. Les contrôles sur pièce relatifs aux revenus ont vocation à se réduire drastiquement si l'alimentation du dispositif DSN-PASRAU est généralisée. De ce point de vue, il y a avec l'exploitation des données sociales une vraie opportunité de transformation de l'activité des CAF et de gains de gestion. Sur la lutte contre le non-recours, l'automatisation du versement à partir du DRM permettrait des avancées significatives et ouvre une réelle opportunité d'action pour l'accès aux droits. Cela est toutefois conditionné à une évolution des autorisations délivrées par la CNIL. Nos actions pour l'accès au droit ne peuvent cependant se limiter à cela, les données relatives aux revenus n'étant les seules mobilisées pour l'ouverture des droits (l'exemple le plus évident étant celui des prestations liées au handicap, mais on peut aussi citer l'ASF dont peuvent bénéficier les parents séparés). À ce stade, il est d'ailleurs déjà possible d'agir contre le non-recours sur la base de constats simples. À l'aide de questionnaires assez basiques (le niveau de revenus, le type de logement ou la situation familiale), les gestionnaires peuvent détecter des situations incohérentes qui méritent d'être étudiées. En cible, à mon sens, il faudra en complément des dispositifs automatisés s'appuyant sur le DRM, renforcer la coordination avec nos partenaires sur le terrain : des associations comme le SAMU social ou les Restos du cœur sont en mesure de toucher des publics qui nous sont peu accessibles et seront nos alliés dans la lutte contre le non-recours ■



JÉRÔME JUMEL

CHEF DE SERVICE, ADJOINT À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE

DENIS DARNAND

SOUS-DIRECTEUR DE L'INCLUSION SOCIALE, L'INSERTION ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

En quoi la modernisation de la délivrance des prestations de solidarité sur la base des données sociales est-elle un levier de lutte contre la pauvreté ?

Nous identifions trois axes auxquels le chantier de modernisation en cours permettrait de répondre. Le premier repose sur la capacité à anticiper l'éligibilité des personnes et ainsi à les informer sur leurs droits. Le non-recours aux prestations est souvent un « non-recours dans le temps » : le temps de connaître les prestations auxquelles on a droit mais également d'entrer dans les dispositifs et de bénéficier de l'accompagnement afférent. L'objectif de la modernisation est d'aboutir à l'ouverture des droits avant que la personne concernée n'ait consommé une trop grande partie de ses ressources mobilisables (sollicitation de ses proches, confiance en soi, etc.). Le second porte sur une attribution des droits plus performante qui contribue à alléger la charge administrative que représentent les différents rendez-vous avec les organismes sociaux (CAF, travailleurs sociaux, collectivités…) : tout allègement de cette charge est du temps gagné qui peut être consacré à de la formation, de la recherche d'emploi. Enfin, le dernier axe porte sur la capacité à ouvrir des aides connexes (l'automatisation du lien entre RSA et complémentaire santé solidaire étant opérationnelle) pour ainsi éloigner davantage les personnes du seuil de pauvreté et mieux répondre à leur situation individuelle.

Le RSA et la Prime d'Activité sont les deux premières prestations de solidarité suivies par la DGCS qui font l'objet d'une modernisation de leur délivrance sur la base des données du DRM : quels enjeux identifiez-vous en termes d'amélioration du service aux bénéficiaires et de lutte contre le non-recours ?

Ce sont deux prestations pour lesquelles il y a un enjeu fort à être au plus près du temps réel sur les revenus examinés : elles représentent le dernier filet de sécurité, avec un enjeu de bascule d'une aide à l'autre qui doit être sécurisée (dans les deux sens : RSA vers PA et PA vers

RSA, en fonction des niveaux d'activité). Le RSA repose sur une des bases ressources la plus contemporaine - avec celle de la PA - mais surtout la plus complexe avec l'étendue de ressources la plus large (elle comprend jusqu'aux dons et libéralités). Cette complexité entraine des risques d'indus importants, un des motifs du non-recours clairement identifié par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Sans même aller jusqu'à évoquer l'automatisation, le fait de simplifier les bases ressources pour les usagers permettra d'éviter les indus. Ainsi, la recherche d'une « juste prestation », va à la fois limiter les indus (dans un objectif de maîtrise de la dépense) et permettre de lutter contre le non-recours. Ce sont deux objectifs politiques poursuivis en parallèle par la modernisation de la délivrance du RSA et de la PA.

Partagez-vous le constat d'une nécessaire simplification du système des prestations de solidarité ? Quelles pistes de simplification seraient à prioriser ?

Nous partageons évidemment le constat de la nécessaire simplification du système des prestations de solidarité, avec des pistes sur l'harmonisation et la contemporanéisation. Nous avons participé aux travaux du président Josse au Conseil d'État sur les bases

L'OBJECTIF DE LA MODERNISATION EST D'ABOUTIR À L'OUVERTURE DES DROITS AVANT QUE LA PERSONNE CONCERNÉE N'AIT CONSOMMÉ UNE TROP GRANDE PARTIE DE SES RESSOURCES MOBILISABLES

ressources et nous sommes favorables à la mise en place de franchises ou abattements sur certains revenus. Pour ceux-ci, il ne serait pas nécessaire de déclarer tout ce qui est en dessous d'un seuil, diminuant ainsi les craintes d'indus des potentiels bénéficiaires. L'objectif est d'éviter de construire un système complexifiant les règles de calcul pour tous les demandeurs, qui ne prévienne que de petites fraudes (oublis de déclaration) par crainte d'une grosse fraude qui ne pourrait être évitée. Jusqu'ici, on a eu tendance à imaginer le revenu ou la ressource théoriquement parfaite, sans véritable souci de sa traduction en pratique, notamment dans les SI. Il serait sans doute préférable de s'appuyer sur un revenu qui existe et soit lisible (présent sur la feuille de paye, par exemple) : ce pourrait être un chemin pragmatique simple, intelligible par les bénéficiaires, tout en permettant plus d'automatisation. L'autre enjeu de la simplification du système des prestations de solidarité repose sur la connaissance de la composition des foyers (pacs, concubinage, enfants à charge), qui permet de déterminer l'éligibilité et le montant de certaines prestations sociales. Aujourd'hui, aucune source fiscale ou sociale partagée ne permet de disposer de cette information qui est pourtant essentielle pour l'attribution du juste droit. On pourrait aussi imaginer un grand chantier de remise à plat qui irait jusqu'aux aides des collectivités, pour porter une harmonisation jusqu'à ce niveau afin de les inciter à adopter des bases ressources proches, et favoriser plus d'équité sur l'ensemble du territoire. Il y a de fortes disparités en fonction des collectivités, en particulier sur l'attribution d'aides facultatives (soutien aux personnes âgées, aides aux familles en difficulté) et on



se rend compte que parfois, les collectivités accueillant les populations plus précaires ne sont pas forcément celles qui ont le plus de capacité à verser des aides.

La proposition de « solidarité à la source » des minimas sociaux, portée par le gouvernement, s'inscrit dans une démarche de plus grande automatisation de l'attribution des aides sur la base des données sociales. Quels enjeux sont identifiés au niveau de la DGCS sur cette proposition ?

L'enjeu majeur sera de pouvoir cibler les personnes les plus éloignées des administrations à travers la connaissance exhaustive des populations éligibles, si toutefois cela est possible. À date, seules les personnes qui perçoivent des revenus et des prestations sont connus dans les systèmes, cependant, une partie des personnes éligibles sont hors des circuits d'information et il y a de fortes chances que ni l'administration fiscale ni les acteurs de la protection sociale ne connaissent leurs revenus. C'est une des difficultés principales dans l'évaluation fine du non-recours et dans le chiffrage d'une automatisation du versement. On entrevoit par ailleurs que la proposition de « solidarité à la source » et le Revenu Universel d'Activité (RUA) peuvent être pensés de concert. La « solidarité à la source », qui vise à un versement automatique des aides, peut se faire en mobilisant plusieurs briques du RUA qui porte sur la fusion de différentes prestations en une seule à des fins de simplification (ex : RSA, prime d'activité, allocation logement, etc.). Quel que soit le scénario et la trajectoire envisagés, se poseront également des questions d'ordre paramétrique, par exemple : prend-on en compte les étudiants ? Quel âge minimal pour percevoir la prestation (20 ans ? 25 ans ?), etc. Enfin, l'automatisation portée par la solidarité à la source ne saurait être suffisante pour éloigner les personnes de la précarité et devra nécessairement être complétée d'un accompagnement renforcé des bénéficiaires afin de construire un dispositif global et efficace de lutte contre la pauvreté ■

DOSSIER

PERFORMANCE DES PLATEAUX TECHNIQUES : LE PARTI PRIS DE LA DONNÉE

PAR CHARLEY CHAUVIN

DIRECTEUR COMMERCIAL DE DATAMENDO

" AUJOURD'HUI, C'EST SA CAPACITÉ À AMÉLIORER LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE DE SES PLATEAUX TECHNIQUES QUI PERMETTRA À UN ÉTABLISSEMENT DE RESPECTER SES OBJECTIFS DE QUALITÉ ET DE PERTINENCE DES ACTES "

Les plateaux techniques sont au centre de la prise en charge des patients et de l'organisation des établissements de santé. Leurs fonctionnements se distinguent par des moyens techniques particuliers, par des moyens humains spécifiques et par des modèles d'organisation adaptés.

Il est généralement entendu qu'ils concentrent le laboratoire, l'imagerie et le bloc, mais ils concernent plus largement également les urgences, les consultations externes et les explorations fonctionnelles.

Les pathologies à prendre en charge, les équipements, le volume important de ressources humaines qualifiées nécessaires, la complexité de la planification et de la programmation, ou encore les contraintes architecturales impactent fortement la performance d'un plateau.

Or, le coût de ces plateaux est important - coûts technologiques (matériels, maintenance et



consommables) et coûts RH (équipes spécialisées et nombreuses) - et chaque dysfonctionnement a un impact financier et humain significatif.

Ces 40 dernières années les plateaux techniques ont fortement évolué et par conséquent amélioré dans un certain sens leurs performances :

• Développement et usage de l'informatique (pour la donnée, la qualité des images, l'aide au diagnostic...),

• Progrès technique et technologique,

• Échanges de connaissance sur les innovations et les procédés,

• Développement de l'ambulatoire, diminution de la durée des gestes,

• Évolutions de normes et de la législation (SSPI, check-list, radioprotection...),

• ...



Aujourd'hui, c'est sa capacité à améliorer la performance organisationnelle de ses plateaux techniques qui permettra à un établissement de respecter ses objectifs de qualité et de pertinence des actes et de maintenir une cohésion et une motivation de l'ensemble de ses équipes.

À l'initiative de la Meah, devenue ANAP, et désormais soutenue par les ARS, de nombreux travaux de benchmarks ont été initiés et ont permis de mesurer les marges de progression des établissements et de les aider ainsi à se mesurer dans un référentiel.

Toutefois, au quotidien, le plateau technique est en déficit de management objectivé et les prises de décision basées sur le ressenti ou l'expérience perdurent. Il est indispensable de comprendre son organisation à partir d'éléments vérifiables pour piloter un plateau technique mêlant des personnels aux profils variés et sous pression.

Matthieu Ledermann, directeur général de la Fondation Saint-François d'Haguenau explique que « tout dysfonctionnement au bloc constitue un facteur de risque. Toute désorganisation porte en elle le germe d'un risque potentiel sur la sécurité des soins : allongement du temps opératoire, retards sur les plannings induisant agacement ou irritation des équipes médico-soignantes, et, in fine, une déstabilisation des équilibres économiques. Organiser ou réorganiser un bloc reste un défi permanent. La culture de l'analyse et de la statistique constitue finalement un modèle à inscrire en routine à la fois dans la gestion opérationnelle du processus de production de soins, mais également à l'appui d'un management concerté avec l'ensemble des parties prenantes du bloc ».

Au bloc opératoire un certain nombre d'indicateurs ont été généralisés dans les établissements de santé. Relativement simples de construction, ils permettent une mesure de l'activité d'un bloc, et leur reproductibilité assure des comparaisons inter-établissements. Ces indicateurs caractérisent aussi bien l'activité de l'établissement (occupation des salles, case-mix d'activité…) que les pratiques des acteurs du bloc, qu'ils soient chirurgiens (utilisation des vacations, retards et débordements de planning opératoire…), responsables de l'organisation (efficacité de la programmation opératoire, mise à disposition des salles opératoires…) ou des équipes médicales (temps de soin des infirmières, préparation des salles…) et des équipes techniques.

Pour l'ANAP, le haut niveau d'informatisation des plateaux techniques aurait amélioré le pilotage et l'organisation des processus.

La réalité du terrain n'est pas aussi candide : la donnée n'est pas suffisamment et correctement exploitée.

Les obligations médico-légales imposent aux établissements la collecte de recueils d'information relatifs à l'activité du plateau technique. Les indicateurs de performance en étant issus ne font toutefois pas consensus car les méthodologies utilisées ne sont pas maîtrisées et les sources de données utilisées ne garantissent pas une production statistique solide et unanime. Bien souvent les indicateurs sont trop souvent destinés à être communiqués aux tutelles ou à être contestés en instance, pas assez pour mobiliser les équipes sur un projet commun de performance et d'efficience.

LA DONNÉE EST ESSENTIELLE DANS UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION. ELLE EST UTILE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS, POUR LA BONNE ALLOCATION DES RESSOURCES HUMAINES, POUR OPTIMISER LES PROCESSUS, POUR DÉVELOPPER DE NOUVELLES MÉTHODES, POUR CRÉER DE NOUVEAUX SERVICES...

La donnée est essentielle dans une démarche d'amélioration de l'organisation. Elle est utile pour la prise en charge des patients, pour la bonne allocation des ressources humaines, pour optimiser les processus, pour développer de nouvelles méthodes, pour créer de nouveaux services...

On parle aujourd'hui de supply chain de la donnée - à savoir une succession d'étapes d'approvisionnement et de distribution de la donnée - et sa collecte passe par des étapes qu'il faut faire consciencieusement, si possible dès la première fois. Les aléas du plateau technique font que la saisie peut parfois être altérée, et les corrections plus ou moins aléatoires.

D'autre part, lorsqu'un acteur de l'hôpital voit une information de mauvaise qualité, c'est-à-dire une information rencontrant un problème d'exhaustivité, de chevauchement ou de chronologie, il ne doit pas la corriger seulement pour lui, mais aller à la source pour la rendre disponible à tous ceux qui pourraient bénéficier d'une information propre.

Cette étape préalable de qualification et de correction de l'information source est un prérequis indispensable à toute démarche d'amélioration dans la durée du plateau technique sur la base d'outils et de méthodes structurées.

L'organisation d'un plateau technique est contrainte par un lieu sur lequel doivent se retrouver en même temps des équipements lourds, une équipe médicale, une équipe paramédicale et un patient, mais aussi des fonctions support comme la stérilisation, la pharmacie ou le brancardage.

Associer autant d'acteurs interdépendants sur un parcours de soin complexifie une parfaite coordination et peut facilement engendrer des conséquences diverses en cascade, impactant également la prise en charge des autres patients.

De manière générale, tout dysfonctionnement peut provoquer une désorganisation, un mécontentement de l'équipe, et peut finalement influer sur la qualité de prise en charge des patients et/ou entraîner un surcoût financier.

Organiser ou réorganiser un plateau technique reste un défi, la culture de l'analyse et de la statistique y est totalement absente.

Pour améliorer sa performance, il faut une vue consolidée et homogène des pratiques dans l'établissement, permettant d'observer les bonnes pratiques organisationnelles, d'en comprendre les prérequis pour les diffuser auprès des acteurs du plateau.

En définitive, l'objectif des indicateurs de performance est de prendre des décisions acceptées par tous. Même si la référence semble déjà dater (2011…), on peut imaginer que les 3 grandes familles de décisions que proposait Frédéric Bonvoisin, auteur de « Evaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs », ont encore leur place, car ce triptyque est finalement simple à assimiler et qu'il responsabilise.

LE DIRECTEUR OU LE CHEF DE PÔLE NE DOIVENT PAS ÊTRE LES SEULS MAÎTRES À BORD. POUR FAIRE AVANCER SON PLATEAU TECHNIQUE, IL FAUT SAVOIR DÉLÉGUER AU MAXIMUM LES PRISES DE DÉCISIONS, SUR DIFFÉRENTS ÉCHELONS, SELON LES MOTIVATIONS INDIVIDUELLES ET LES IMPLICATIONS DE SES ÉQUIPES

LES DÉCISIONS STRATÉGIQUES (DIRECTEURS GÉNÉRAUX, PRÉSIDENTS DE CME)

Les décisions stratégiques (long terme) sont des décisions essentiellement externes, concernant la politique globale de l'établissement ainsi que ses relations avec son milieu environnant. Ces décisions sont centrales, non répétitives, prises dans une ignorance partielle de leurs incidences possibles et engagent l'établissement de manière assez irréversible.

LES DÉCISIONS TACTIQUES (CHEF DE PÔLE, CHEFS DE SERVICE)

Les décisions tactiques (moyen terme) portent sur l'acquisition, le développement et l'organisation des ressources (physiques et humaines) de l'établissement de telle sorte que ses objectifs puissent être atteints. Elles créent souvent des conflits entre les objectifs de l'organisation et ceux des individus, ce qui implique une liaison étroite entre les variables économiques et les aspects sociaux.

LES DÉCISIONS OPÉRATIONNELLES (CADRES DE BLOC, CHIRURGIENS, ANESTHÉSISTES)

Les décisions opérationnelles (court terme) sont plutôt de nature interne, relativement fréquentes, auto-restructurantes et traitent spécifiquement des problèmes d'allocation des ressources ainsi que du contrôle de l'utilisation de ces ressources. Elles visent à maximiser l'efficience du processus de transformation des ressources de l'établissement et concernent notamment les flux patients, la qualité des soins, la logistique.

Pour prendre ces différentes décisions, il faut être compris. Aujourd'hui, bien trop souvent l'information reste indigeste, voire incompréhensible pour ses destinataires. Il faut simplifier le contenu en fonction des problématiques et des compétences de chacun, mais aussi autour des problèmes du moment.

Chaque catégorie de décisions ne demande pas le même niveau de connaissance ou de maîtrise du plateau technique. On ne demandera pas à un directeur d'établissement de connaître parfaitement le fonctionnement d'un plateau technique. Il devra toutefois être capable d'en donner les orientations et d'être légitime sur ses choix, en se basant sur des éléments contextuels humains et sur des données objectives.

D'autre part, l'information, fiable de préférence, doit voyager pour engager l'ensemble des équipes autour d'un projet motivant d'amélioration collective de l'organisation. Malheureusement, trop souvent l'information est consultée entre sachants.

Il est en effet particulièrement étrange de constater que des directeurs, chefs de pôle/services ou des opérateurs aient accès à l'analyse de la performance du plateau technique, alors que les infirmières sont exclues généralement de la diffusion, alors que sources motrices indispensables au fonctionnement de l'hôpital.

Le directeur ou le chef de pôle ne doivent pas être les seuls maîtres à bord. Pour faire avancer son plateau technique, il faut savoir déléguer au maximum les prises de décisions, sur différents échelons, selon les motivations individuelles et les implications de ses équipes, en proposant ainsi une organisation qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé. Ce sera d'ailleurs le meilleur moyen d'apporter une satisfaction dans le travail, et s'il est agréable de travailler dans un établissement, il fera bon s'y faire soigner.

Selon Matthieu Ledermann : « La mesure fiable et exhaustive de l'activité du bloc constitue un prérequis incontournable pour atteindre l'efficience. L'expertise métier, la rigueur méthodologique, le sens de la pédagogie, la capacité à consolider puis à analyser, voire à comparer les données, forment autant d'étapes à concrétiser sur le chemin de la performance.

L'expérience de la Fondation Saint François montre que les équipes qui parviennent à décliner cette démarche en routine par un management collégial du bloc garantissent d'une part sa capacité d'adaptation aux évolutions qui l'impactent, et d'autre part s'inscrivent durablement dans un processus d'amélioration continue des plateaux médico-techniques ».

Le directeur de la Fondation Saint-François d'Haguenau rajoute que l'un des concepts clé du pilotage macroéconomique, c'est la fonction de Cobb Douglas : la production est facteur du travail, du capital et de la productivité globale des facteurs. À son sens, la performance du



bloc dépend des contributions respectives des ressources humaines et matérielles à la production de soin, et du dosage de progrès technique qu'il est nécessaire d'injecter pour optimiser la productivité des ressources. Si l'exigence réglementaire en matière de compétences du personnel infirmier mobilisé garantit la sécurité des prises en charge, aucun outil ne permet à ce jour de qualifier l'optimum de ressources humaines strictement nécessaire à la réalisation d'un acte, en effectif comme en niveau de compétence. En d'autres termes, comment garantir la mobilisation de la bonne compétence au bon moment et au bon endroit ? À l'heure de la rareté préoccupante des effectifs d'IBODE disponibles, nombreux sont les établissements qui cherchent à déterminer et optimiser avec fiabilité l'allocation de la ressource à la réalisation d'un acte opératoire. L'enjeu ici réside bien sûr dans la conciliation de l'impérieuse nécessité de garantir la sécurité des soins avec celle d'une performance médico-économique maximale. La planification plus fine des effectifs par niveau de compétence et par acte opératoire constituerait à cet égard un complément précieux à l'outil d'optimisation des ressources matérielles offert par Performance Bloc.

S'il fallait ressortir un processus idéal permettant d'objectiver les pratiques de ses plateaux techniques, nous pourrions imaginer 5 étapes clés :



1. Consolider et fiabiliser les données sources

Il est capital d'initialiser la démarche de pilotage par l'analyse des sources de données et de leurs modalités de recueil. L'enjeu : disposer d'une information fiable et exhaustive pour garantir la pertinence des indicateurs produits. Il ne faut pas sous-estimer la complexité de cette étape.

2. Produire des indicateurs métiers

L'indicateur doit être utile, interprétable et adapté à son lecteur. Il doit prendre en considération les particularités du plateau technique (travail sur 2 salles, vacations partagées, équipements spécifiques, intégration des urgences…).

3. S'évaluer dans un référentiel

L'ANAP a depuis longtemps identifié au bloc opératoire la cible de 85 % d'utilisation de la vacation. Cette cible ne doit pas être un but en soi car finalement trop générique. Une spécialité hyper réglée comme l'orthopédie doit-elle avoir le même référentiel que la traumatologie avec son lot d'urgences ? Pour garder la motivation de ses équipes et pour atteindre des objectifs cohérents, l'établissement doit être en mesure de fixer collectivement ses cibles, et se baser sur des référentiels correspondant à son périmètre, ses problématiques, ses équipes et ses objectifs.

ACCÉDER À LA PERFORMANCE, C'EST PRENDRE EN CONSIDÉRATION L'INTÉRÊT DU PATIENT, DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU PERSONNEL. AUCUNE RÉORGANISATION NE PEUT ABOUTIR SANS S'INTÉRESSER AVEC PRÉCISION AUX OBJECTIFS, AUX ATTENTES ET À L'ACTIVITÉ DE CHACUN

4. Diffuser l'information

Il faut partager l'information pour mobiliser les acteurs de son plateau technique. Tous les acteurs, sans quoi les décisions seront imposées et les freins nombreux.

5. Améliorer son organisation

Accéder à la performance, c'est prendre en considération l'intérêt du patient, de l'établissement et du personnel. Aucune réorganisation ne peut aboutir sans s'intéresser avec précision aux objectifs, aux attentes et à l'activité de chacun. La démarche doit être globale et régulière. Il faut désormais dépasser le stade de la prise de conscience et utiliser les moyens existants pour s'adapter au contexte atypique de la santé.

En conclusion, rendre performant son plateau technique c'est avant tout savoir prendre des décisions.

Décider, c'est prendre un risque.

Le tableau de bord seul ne suffit pas, mais il est un outil indispensable à un manager ou une équipe autonome pour se fixer un cap, le garder ou le revoir au fil de l'eau fonction des aléas inhérents à l'activité d'un plateau technique.

Il faut ainsi suivre en routine l'atteinte des objectifs et mesurer sa progression ■



VINCENT LELONG

DIRECTEUR PROTECTION SOCIALE DU GROUPE RELYENS

POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS LE GROUPE RELYENS ET SON HISTOIRE ?

Vincent Lelong : Le groupe puise ses racines au sein même du monde hospitalier avec la création de Sham en 1927 par et pour des directeurs d'hôpitaux. Le Groupe s'est ensuite constitué avec le rapprochement en 2013 entre Sham et Sofaxis, puis son développement en Europe à partir de 2014, d'abord en Espagne, puis en Italie et en Allemagne. Relyens est aujourd'hui le groupe mutualiste européen de référence en assurance et management des risques au service des acteurs de la santé et des territoires. Il accompagne à ce titre plus de 34 000 clients et sociétaires (hôpitaux, établissements médico-sociaux, collectivités territoriales etc.) pour sécuriser leur activité et garantir la continuité et la qualité de leur mission d'intérêt général, à travers une approche globale en management des risques unique en Europe, au bénéfice des patients et des citoyens. Ces dernières années, nous avons pris un virage technologique avec le développement de solutions sur-mesure et innovantes, combinant des solutions de prévention, de pilotage des risques et d'assurance. Cette expertise, couplée à notre ADN mutualiste et nos engagements liés à notre qualité d'entreprise à mission, viennent nourrir les orientations stratégiques de Relyens pour contribuer concrètement à la société durable de demain. C'est dans cet esprit que nous sommes heureux d'adhérer au CRAPS et de pouvoir prendre part aux réflexions et débats sur les transformations et les enjeux de la protection sociale.

CONCRÈTEMENT, QUEL EST L'IMPACT DE L'OFFRE DU GROUPE RELYENS SUR L'ACTION DES PERSONNES COUVERTES, QUELLE EST L'ÉVOLUTION DE LEURS RISQUES ?

V.L. : L'offre de Relyens s'inscrit dans une approche globale de maîtrise des risques et nous nous efforçons de regarder bien en amont des sinistres afin de les anticiper. Ce travail sur les risques contribue concrètement à garantir la bonne délivrance des missions d'intérêt général dans le secteur de la santé et du monde territorial. Prenons l'exemple du territorial pour qui la gestion des absences au travail pour raison de santé est aujourd'hui un enjeu majeur pour les politiques RH des collectivités. L'offre de valeur Relyens s'appuie sur des leviers, tels que la qualité de vie au travail et la santé mentale des agents, afin de servir l'objectif d'amélioration des conditions de travail et d'attractivité des collectivités territoriales. Le maintien en emploi des agents et de performance des organisations implique une méthodologie d'évaluation et d'analyse, d'outils de suivi et des plans d'actions que nous proposons pour permettre aux organisations publiques d'intégrer au sein de leurs politiques RH une réelle dimension préventive. Ainsi, 60 % des agents en difficulté et ayant eu besoin de soutien psychologique, d'un accompagnement social ou d'un service de coaching restent en activité un an après avoir suivi nos programmes d'accompagnement au maintien/retour à l'emploi. Côté hospitalier, il est indéniable que la mutation numérique de l'hôpital offre de nouvelles perspectives pour les établissements de santé, notamment en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Nous accompagnons ainsi nos sociétaires dans leur transformation digitale, notamment au bloc opératoire avec la solution CareSyntax, qui se consacre à rendre la chirurgie plus intelligente et plus sûre grâce à sa plateforme technologique. Ces innovations ouvrent de nouvelles voies d'apprentissage, de formation et de perfectionnement de pratique médicale qui doivent être saisies, notamment pour la chirurgie qui représente 42,5 % des sinistres. Cette démarche nous permet de mieux analyser le risque médical au bloc opératoire et de le réduire. In fine, notre offre sera toujours orientée vers la réduction du risque impactant les services délivrés auprès de la population afin de protéger les agents, les patients et les citoyens.

RELYENS EST AUJOURD'HUI LE GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN DE RÉFÉRENCE EN ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES AU SERVICE DES ACTEURS DE LA SANTÉ ET DES TERRITOIRES

LE GROUPE RELYENS INVESTIT SUR L'EXPLOITATION DE LA DATA ET DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE. COMMENT CES TECHNOLOGIES

INNOVANTES POURRAIENT-ELLES AVOIR UNE INCIDENCE À COURT ET LONG TERME SUR UNE GESTION DU RISQUE PERFORMANTE ?

V.L. : Cette gestion du risque performante passe avant tout par une meilleure compréhension du risque. Relyens n'a d'ailleurs pas attendu le développement des nouvelles technologies pour renforcer ses compétences sur ce terrain. Fort de plus de plus de 35 ans de données sur l'absentéisme dans la fonction publique territoriale, Sofaxis - groupe Relyens publie chaque année le Panorama « Qualité de vie au travail et santé des agents dans les collectivités territoriales » afin de mieux informer l'écosystème du monde territorial sur les statistiques d'absences au travail et des enjeux du moment. Cette mesure et cette connaissance du risque doivent bien entendu être continuellement améliorées et optimisées notamment par de nouveaux outils de data et d'intelligence artificielle qui permettent d'identifier les signaux faibles pouvant impacter les conditions de travail des personnels de manière significative. Nous estimons que c'est par une approche prédictive innovante et en temps réel que nous pourrons être au cœur du risque afin de mieux le prévenir et le traiter. Ces dernières années Relyens collabore avec plusieurs partenaires pour mettre en œuvre ces outils, notamment avec la start-up barcelonaise Amalfi analytics, plateforme technologique dédiée à la prédiction de l'absentéisme non programmé lié aux contraintes des établissements de soins, et la start-up française Manty qui propose des solutions basées sur des algorithmes et de l'IA accompagnant les administrations dans le pilotage de leur performance.

LA PROTECTION SOCIALE PEUT AINSI ÊTRE UN VRAI LEVIER D'ATTRACTIVITÉ POUR LES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE QUI SOUFFRENT D'UN FAIBLE ENGOUEMENT ET DONT LES CONDITIONS D'EXERCICE MÉRITENT D'ÊTRE REQUESTIONNÉES

NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE A CONNU DE NOMBREUSES MUTATIONS ET RÉFORMES CES DERNIÈRES ANNÉES. QUELS SONT SELON VOUS LES GRANDS ENJEUX DE CELUI-CI ?

V.L. : À la lumière de ce que nous pouvons observer sur nos deux marchés stratégiques, à savoir le territorial et l'hospitalier, nous identifions trois grands enjeux. Tout d'abord démographique. L'accélération des mutations consécutives aux différentes réformes des secteurs territorial et de santé, le vieillissement de la population active et l'allongement de la vie professionnelle provoquent des évolutions significatives dans les ressources humaines. Comment faire en sorte que les agents restent compétents et motivés tout au long de leur vie professionnelle tout en conservant une bonne santé ? Comment éviter de gérer des situations de reclassements pour des personnes en fin de carrière que l'on peut difficilement accompagner sur de nouveaux métiers ? Ensuite la précarisation des métiers est un défi auquel la protection sociale devra répondre. Il s'agit de traiter les agents avec équité afin de garantir leur protection en cas de pépins de santé ou d'aléas de la vie. Ce sujet rejoint également les questions de pouvoir d'achat, notamment au travers de la participation financière des employeurs à la protection sociale complémentaire de leur personnel. La protection sociale peut ainsi être un vrai levier d'attractivité pour les métiers de la fonction publique qui souffrent d'un faible engouement et dont les conditions d'exercice méritent d'être requestionnées. Enfin la modernisation des dispositifs de protection sociale soulève également de nombreuses questions. Face à l'augmentation de la demande de soins, des coûts des soins de santé, qui deviennent plus complexes, et le manque croissant de professionnels de santé, particulièrement affectés par les effets de la crise sanitaire, la digitalisation, le partage, l'accès et le traitement de la donnée sont des transformations essentielles à mettre en œuvre.



ENFIN, PLUS PARTICULIÈREMENT, QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LA RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DANS LA FONCTION PUBLIQUE ? CETTE RÉFORME SOULÈVE-T-ELLE DES POINTS DE VIGILANCE PARTICULIERS ?

V.L. : Nous saluons la mise en œuvre de la réforme de la protection sociale complémentaire, qui se concrétise depuis la publication de l'ordonnance en février 2021. En tant qu'acteur mutualiste présent sur les trois versants de la fonction publique, nous considérons que cette réforme est une véritable avancée sociale pour les agents. Levier majeur de la santé au travail et du bien-être des personnels de la fonction publique, la réforme de la PSC devra permettre aux agents

de bénéficier d'une offre de qualité avec un accès aux soins facilité, élargi et financièrement accessible grâce à une contribution significative de l'employeur public permettant un gain de pouvoir d'achat. Nous considérons également que la PSC s'inscrit comme un dispositif de prévention à destination des personnels et des encadrants pour intervenir sur l'amélioration de la qualité de vie au travail, diminuer l'absentéisme, concourant ainsi à une meilleure délivrance des missions du service public. Une fois le cadre réglementaire posé, la mise en œuvre de la réforme soulève plusieurs enjeux et nous estimons que les nouvelles modalités des contrats PSC dans la fonction publique devront adresser trois points en particulier : La couverture en prévoyance, qui demeure une question particulièrement prégnante au vu de la pénibilité et des risques auxquels les métiers de la fonction publique sont exposés. Seule la FPT impose une participation financière employeur plancher à hauteur de 20 % d'un montant de référence, ce qui n'est pas le cas des autres versants. La prévoyance doit pleinement faire partie des discussions et des négociations à venir dans les différents versants. Sur la question de l'adhésion obligatoire des agents à un contrat PSC, si celle-ci est pleinement consacrée dans la fonction publique d'État dans le cadre du dialogue social, ce n'est pas le cas dans les autres versants. Nous attirons l'attention des acteurs de la négociation collective qui seront amenés à définir les modalités des contrats PSC sur le fait que l'approche obligatoire permet une meilleure mutualisation du risque et des garanties plus avantageuses et protectrices pour les personnels. À ce titre, elle doit être considérée lors des négociations qui seront menées au niveau des collectivités territoriales et des établissements de santé. Enfin, en lien avec l'esprit initial de la réforme vers la convergence des dispositifs PSC entre les trois versants et avec ceux du secteur privé, le rythme d'application de la réforme pose question. En effet, les dates d'application fixées dans l'ordonnance s'étendent entre 2022 et 2026, ce qui engendre une trop longue période de transition avec des inégalités de traitement entre les fonctions publiques. Les employeurs publics volontaires doivent pouvoir s'engager dans une phase transitoire d'application de la réforme pour une mise en œuvre progressive et ainsi limiter l'écart entre les fonctions publiques, avec des versants déjà plus avancés que d'autres dans la formulation de cahier des charges des contrats PSC ■

L'APPROCHE OBLIGATOIRE PERMET UNE MEILLEURE MUTUALISATION DU RISQUE ET DES GARANTIES PLUS AVANTAGEUSES ET PROTECTRICES POUR LES PERSONNELS



POINT DE VUE

REQUIEM POUR L'ASSURANCE CHÔMAGE

BRUNO COQUET
EXPERT DU MARCHÉ DU TRAVAIL

L'assurance chômage avait besoin d'être adaptée au marché du travail contemporain. La réforme lancée au cours du dernier quinquennat a pris la forme d'une fusée à deux étages : une réforme institutionnelle, suivie d'une réforme paramétrique. Mais l'ensemble a fait long feu, car si l'assurance chômage en sort plus économique, son efficience est fortement amoindrie en raison d'une perte de sens, d'un alourdissement des prélèvements au profit du budget de l'État et de règles pour le moins confuses.

INSTITUTIONS ET FINANCEMENT : UNE RÉFORME À VISÉE BUDGÉTAIRE

La réforme institutionnelle a été rondement menée. Pour obtenir « l'amélioration du pouvoir d'achat de tous les travailleurs » (« salariés, indépendants et fonctionnaires ») « sans que cela ne revienne plus cher aux employeurs » la LFSS 2018 a instauré une « exonération » des cotisations salariales en contrepartie d'une hausse de la CSG, « sans aucun impact sur les droits sociaux de intéressés[1]. »

[1] PLFSS 2018, Annexe 6.

[2] L'article 54 du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, modifie alors l'article L5422-9 du Code du travail.

Mais à peine quelques semaines plus tard les cotisations salariales disparaissaient de la liste des ressources allouées à l'assurance chômage[2]. L'exonération devient ainsi une suppression qui métamorphose les droits sociaux. Comme l'explique le Président de la République devant le Congrès : cela « transforme la philosophie même de notre solidarité nationale, [qui] est de moins en moins une assurance individuelle » « assortie d'un droit de tirage, financée par l'ensemble des contribuables […] l'assurance chômage aujourd'hui n'est plus du tout financée par les cotisations des salariés » si bien qu'il « n'y a plus un droit au chômage, au sens où l'entendait classiquement, il y a l'accès à un droit qu'offre la société mais sur lequel on ne s'est pas garanti à titre individuel, puisque tous les contribuables l'ont payé[3]. » Fin de l'assurance chômage contributive, place à l'assistance chômage redistributive.

Dans une économie sociale de marché, rien ne justifie pourtant qu'un instrument qui peut fonctionner sous le régime de l'assurance mutualisée (par nature redistributive envers les assurés dont le risque est le plus élevé) soit incorporé dans le grand ensemble de la redistribution. Fut-ce au prétexte de la solidarité. D'ailleurs quelques jours auparavant le Président n'avait-il pas pointé l'inefficacité de « la politique sociale » dans laquelle l'État « met un pognon de dingue […] et les gens ne s'en sortent pas ». Plus coûteuse, moins efficace, la politique sociale, alors pourquoi y incorporer l'assurance chômage ?

L'ÉTAT A DEPUIS LONGTEMPS PRIS L'HABITUDE DE PUISER DANS LES RESSOURCES DE L'ASSURANCE CHÔMAGE POUR DÉBUDGÉTISER DES DÉPENSES PUBLIQUES RELEVANT DE L'IMPÔT

Pour des raisons budgétaires ? L'État a depuis longtemps pris l'habitude de puiser dans les ressources de l'assurance chômage pour débudgétiser des dépenses publiques relevant de l'impôt (subvention à Pôle Emploi, aux secteurs culturels, régime des frontaliers, etc.). En effet, le droit commun de l'assurance chômage (celui qui est l'objet de toutes les réformes) a toujours été excédentaire de 3 milliards d'euros chaque année en moyenne dans les 25 ans qui ont précédé la crise sanitaire, quelle que soit la conjoncture, malgré ses défauts et la charge croissante des contrats courts. Mais bien qu'elle fût en dehors du champ de compétences des partenaires sociaux gestionnaires de l'Unédic cette pratique a fini par être questionnée dans les conventions d'assurance chômage, tant il était évident qu'elle était la seule cause du déficit de l'Unédic. Cette ressource extra-budgétaire devenant plus aléatoire, l'État s'est donc assuré la mainmise sur les recettes de l'assurance chômage et sa trajectoire financière.

Pour une meilleure gouvernance ? Dans cette première phase il n'en est pas question, bien au contraire : dès avant le lancement de la réforme paramétrique, de nouvelles charges échoient à l'Unédic, à ressources constantes (subvention à Pôle Emploi accrue de 10 %, indemnisation des indépendants et des démissionnaires). Et plus tard, un tiers du coût du dispositif d'activité partielle créé pour faire face à la crise sanitaire sera affecté à l'Unédic au motif qu'éviter du chômage évitait des dépenses d'indemnisation (contresens inouï sur ce qu'est le stabilisateur automatique de l'assurance chômage). Autant de taxes sur l'épargne de précaution constituée par les salariés pour se protéger des conséquences du chômage, ce qui ne correspond pas exactement à la meilleure gouvernance que ceux-ci peuvent attendre de leur régime d'assurance.

PARAMÈTRES ET INCITATIONS : UNE RÉFORME PERFORMATIVE

La réforme paramétrique visait à « simplifier le droit, réformer l'assurance chômage pour en faire un droit universel », « combattre la précarité en responsabilisant les employeurs par la création d'un bonus-malus », en contrepartie « d'exigences nouvelles pour chacun[4]. » Et toujours que le travail paie plus que le chômage (ce qui était déjà le cas).

Les exigences nouvelles sont mises en œuvre sans attendre les nouvelles règles[5]. Pour le reste, les ambitions buttent sur un diagnostic fruste (dit « partagé », même s'il a toujours été impossible d'en trouver trace), de nombreux a priori, et l'essentiel, c'est-à-dire l'indispensable précision des détails techniques qui s'est retrouvée noyée dans un juridisme plus amphigourique que jamais[6].

Évidemment, des règles absconses et imprécises ne peuvent stimuler des incitations maîtrisées, parce que les usagers ont peu de chances de les comprendre. D'autant plus que certaines des règles cardinales poussent en réalité en direction opposée des effets recherchés. Ainsi, par exemple[7] :

• La restriction de l'éligibilité qui visait à décourager la récurrence en contrats courts touche très majoritairement des chômeurs issus de contrats longs assortis de fractionnements très brefs.

• Le calcul du salaire de référence amplifie les défauts des règles d'éligibilité, supprime la notion de taux de remplacement et de durée des droits, qui sont les deux clés de voûte de la protection et des incitations diffusées par l'assurance chômage. Et avec la nouvelle règle, jamais la reprise d'emploi ne paie plus après la réforme qu'avant elle.



• La dégressivité, sanction populaire, forcément économique à court terme, produit des effets nocifs pour les chômeurs concernés, mais aussi ceux qui ne le sont pas, et pour le régime

[3] Discours du Président de la République devant le parlement réuni en congrès à Versailles (10 juillet 2018).

[4] Citations extraites du programme du candidat E. Macron en 2017.

[5] Décret du 28 décembre 2018 relatif aux droits et obligations des chômeurs.

[6] Un décret de 156 pages de décret au format journal officiel auxquelles s'ajoutent 300 pages de circulaire d'application pour le seul règlement général hors annexes).

[7] Les points résumés ci-après, ainsi que les questions de gouvernance ou de financement, sont documentés en détails dans de nombreuses publications (Policy briefs, documents de travail, notes, etc.) disponibles à l'OFCE.

d'assurance dans son ensemble, effets biens documentés dans la littérature économique.

• Le bonus-malus ne concernera que 3 secteurs d'activité où quelques milliers de contrats courts sont en jeu quand plusieurs dizaines de millions étaient visés. Les entreprises n'utilisant jamais un seul contrat court ne sont pas celles qui paieront le moins de cotisations.

L'apothéose annoncée s'est perdue dans le verbe et la confusion.

RECOMMENCER, AVEC MÉTHODE

Une gouvernance clairvoyante ne consiste pas à se disputer le pouvoir et les budgets, ni couper de manière obsessionnelle dans les dépenses au mépris des conditions de leur efficacité : on pourrait d'ailleurs démontrer par l'absurde qu'il est possible d'économiser 40 milliards d'euros par an en supprimant ce qu'il reste d'assurance chômage. Et après ? La bonne gouvernance, et c'est ce qui précisément est difficile techniquement et politiquement, consiste à établir des objectifs simples et des règles optimales - c'est-à-dire ni trop, ni trop peu « généreuses » - pour les atteindre.

Aller de l'avant nécessite donc de revenir sur les changements institutionnels et paramétriques adoptés ces dernières années, mais évidemment pas pour restaurer les règles antérieures et leurs nombreux défauts. Il faut engager un travail minutieux, méthodique, basé sur un diagnostic complet, transparent, partagé, puis reprendre une par une et sans a priori les règles, examiner les solutions possibles et leurs conséquences, tout en préservant une cohérence d'ensemble. Une œuvre d'envergure, possible et nécessaire ■

BIBLIOGRAPHIE

COQUET Bruno [2022] "Les deux réformes de l'assurance chômage" Etude de l'OFCE n°3-2022..

COQUET Bruno [2021] "Main basse sur l'assurance chômage" L'économie française en 2022, La Découverte, coll. Repères..

COQUET Bruno [2020a] "Comment déterminer le salaire de référence des chômeurs indemnisés ?" Sciences-Po-OFCE Working Paper n°30/2020.

COQUET Bruno [2020b] "Dégressivité des allocations chômage : que peut-on en attendre ?" Sciences-Po-OFCE Working Paper n°27/2020.

COQUET Bruno, Éric HEYER [2019] "Contrats courts : trop de règles, pas assez d'incitations économiques", L'économie française en 2020, La Découverte, coll. Repères..

COQUET Bruno [2019] "Quelle gouvernance pour l'assurance chômage ?", OFCE, Policy Brief n°57 Juin.

COQUET Bruno, Éric HEYER [2018] Pour une régulation économique des contrats courts sans contraindre les entreprises, en préservant l'assurance chômage. Rapport au Sénat.

COQUET Bruno [2018] "Où va l'assurance chômage ?" L'économie française en 2019, La Découverte, coll. Repères.

COQUET Bruno [2017] "Obliger les chômeurs indemnisés à reprendre un emploi ? La bonne mesure", OFCE, Policy Brief n°21.

COQUET Bruno [2016a] "Dégressivité des allocations chômage : une réforme ni nécessaire ni efficace" OFCE, Policy Brief n°4.

COQUET Bruno [2016b] "Dette de l'assurance chômage: quel est le problème ?" Note de l'OFCE n°60.

COQUET Bruno [2016c] "Secteur public : l'assurance chômage qui n'existe pas" Note de l'OFCE n°59.

COQUET Bruno [2016d] "L'assurance chômage doit-elle financer le Service Public de l'Emploi ?" Note de l'OFCE n°58.

GOUVERNEMENT [2018] Document de cadrage en vue de la négociation de la Convention d'assurance chômage. Septembre.

UNÉDIC [2020] Évolution des règles d'assurance chômage. Impact des évolutions au 1er avril 2021.

UNÉDIC [2019] Impact de la réforme de l'assurance chômage 2019, Septembre.

UNÉDIC [2018] L'assurance chômage : dossier de référence de la négociation 2018. Novembre.



PR FRANCK CHAUVIN

PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LA QUESTION DE L'INDIVIDUALISATION DES RISQUES AVEC L'APPARITION DE LA GÉNOMIQUE EST UN PARAMÈTRE QUE L'ON NE PREND PAS SUFFISAMMENT EN COMPTE

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET SINGULIÈREMENT DE SOINS RESTE PEU DÉVELOPPÉ DANS SON VERSANT SANTÉ PUBLIQUE ET LES INDICATEURS DE SANTÉ EN MATIÈRE D'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ OU D'INÉGALITÉS DE SANTÉ SONT PEU FAVORABLES. COMMENT L'EXPLIQUEZ VOUS ?

Pr Franck Chauvin : La culture de la santé publique est très faible en France. Cela s'explique notamment par la construction d'un système de santé après la guerre principalement tourné vers des pathologies aiguës, vers le curatif et la technicité au détriment de la prévention. Les réformes successives ont amplifié cette « réponse technique » sans que les objectifs qui devaient être fixés soient interrogés. Très rapidement, les indicateurs de santé se sont modifiés : la mortalité infantile a fortement diminué et l'espérance de vie a considérablement augmenté. Cette augmentation de l'espérance de vie s'est toutefois accompagnée d'une forte hausse des maladies chroniques et non transmissibles comme

les cancers qui ont commencé à peser lourdement sur le système sans que la question de sa réadaptation ne soit toutefois posée. Nous avons in fine continué à fonctionner dans une logique essentiellement curative, à travers une vision technique et technologique de la santé. Ce défaut d'adaptation du système n'a pas été sans incidences puisque l'augmentation de l'espérance de vie ne s'est pas traduite par un allongement dans les mêmes proportions de l'espérance de vie en bonne santé et les inégalités de santé en France - parmi les plus importantes de l'OCDE - n'ont cessé de se creuser.

COMMENT PEUT-ON INVERSER LA TENDANCE ?

F.C. : Il est fondamental aujourd'hui que la santé soit appréhendée de façon globale, en prenant en compte les déterminants de santé. La santé ne peut plus être seulement pensée en termes de soins. La prévention consiste d'ailleurs à agir sur ces déterminants plutôt que sur la dégradation de la santé à travers les soins. Une telle mutation demeure cependant complexe au regard de la tension extrême que connaît notre système. De plus, sans incitatifs, les médecins et les personnels de santé n'ont pas intérêt à ce que la prévention fonctionne dans un système fondé sur le curatif… Identifier les incitations qui pourraient conduire le système à changer est donc un élément central du changement qui doit s'opérer aujourd'hui. Nous pouvons déjà souligner que l'augmentation des maladies chroniques et le fait que moins d'un Français sur deux atteint l'âge de 65 ans en bonne santé (contre 77 % des Suédois) auront un impact conséquent sur notre système qui, à terme, ne sera plus économiquement soutenable. Cela devrait être un incitatif majeur. Si comparaison n'est pas raison, on constate globalement que les pays ayant choisi des systèmes plus équilibrés ont des indicateurs bien meilleurs qu'en France en termes d'espérance de vie en bonne santé et de mortalité prématurée.

SANS INCITATIFS, LES MÉDECINS ET LES PERSONNELS DE SANTÉ N'ONT PAS INTÉRÊT À CE QUE LA PRÉVENTION FONCTIONNE DANS UN SYSTÈME FONDÉ SUR LE CURATIF…

COMMENT PEUT-ON DEVELOPPER LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE ET NOTAMMENT LA PRÉVENTION ?

F.C. : En matière de prévention toute approche égalitaire est inéquitable. Si nous voulons que les actions et les messages de prévention bénéficient à ceux qui en ont le plus besoin, nous ne pouvons pas proposer les mêmes dispositifs à toute la population sinon ceux qui en ont le moins besoin se les approprieront toujours mieux, alors que les personnes très éloignées du système n'en bénéficieront que peu. Ce constat appelle ainsi une approche populationnelle afin que les personnes à risques puissent être repérées. Sans cela, notre capacité à agir positivement sur la santé des populations restera très limitée notamment pour réduire les inégalités.

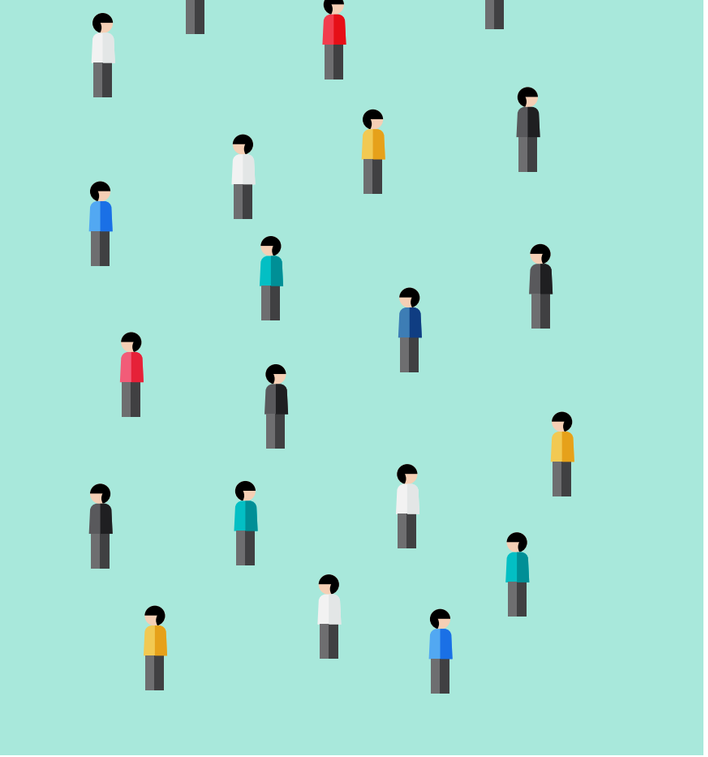
EN MATIÈRE DE PRÉVENTION TOUTE APPROCHE ÉGALITAIRE EST INÉQUITABLE

In fine, si nous voulons rééquilibrer notre système et avoir un impact sur les indicateurs de santé, la promotion de la santé, la prévention de base et la prévention personnalisée doivent être associées. Nous savons par ailleurs que l'environnement social a une incidence majeure sur la santé comme en témoignent les treize années d'espérance de vie qui séparent les 5 % les plus riches et les 5 % les plus pauvres. Le système de soins ne contribue qu'à hauteur de 20 % de la santé d'une population, le reste se passe donc ailleurs. Nous savons également que l'ensemble des politiques à l'instar de la politique sociale, du logement, du transport ou encore de l'environnement concourent à la santé d'une population, c'est ce que l'on appelle le principe de « Health in all policies ». Pour être efficaces, nous devons par conséquent avoir une vision globale. Cette vision globale passe notamment par l'éducation à la santé chez les jeunes puisque les actions doivent être précoces pour être efficientes. Elle passe également par des actions ciblées sur les individus lorsque l'âge auquel se développent les maladies chroniques se profile. Il s'agit en définitive de déployer des actions de santé et de prévention au niveau de la société et des individus.

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS ?

F.C. : La question de l'individualisation des risques avec l'apparition de la génomique est un paramètre que l'on ne prend pas suffisamment en compte. En effet, nous sommes en mesure aujourd'hui d'identifier chez les individus un certain nombre de risques liés à leur patrimoine génétique et d'identifier l'impact de l'environnement sur ce patrimoine. Certains ont un risque plus important que d'autres de présenter certaines pathologies au regard de ce patrimoine. Toutefois, en partant de ce pos-





tulat, de cette capacité à établir un diagnostic, la question de l'acceptation de la mutualisation du risque se posera. La société acceptera-t-elle de prendre en charge une personne présentant une mutation génétique augmentant considérablement son risque de cancer du poumon en cas de tabagisme, si cette dernière fume et continue de le faire ? Ce point là est capital. C'est pour cela que nous appelons à une refondation de notre système sur les valeurs que sont l'équité, l'efficience, la transparence et bien sûr, la solidarité. Nous devons par ailleurs faire un choix : soit nous réorientons notre système autour de la prévention et nous pouvons continuer de dispenser des soins techniques et coûteux, soit nous persistons dans le système actuel, en ayant toujours plus de malades - notamment chroniques - et une mortalité prématurée qui ne se réduit pas, auquel cas notre système ne sera pas soutenable financièrement.

QUELLE ORGANISATION DOIT ÊTRE MISE EN PLACE AU NIVEAU TERRITORIAL POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE EFFICACE ?

F.C. : Si nous redéfinissions nos valeurs et nos objectifs, nous devons ensuite logiquement redéfinir les niveaux de responsabilité. Nous pouvons penser que le niveau national est le bon échelon pour définir la stratégie, les objectifs et les moyens, le niveau régional pour le pilotage de la stratégie nationale et le niveau local pour sa mise en oeuvre. Reconstituer une santé publique territoriale est indispensable tant les enjeux au niveau des territoires sont nombreux. C'est d'ailleurs dans cette optique que le renforcement du niveau territorial a été préconisé dans mon rapport « Dessiner la santé publique de demain ». Ce renforcement sera possible si la population est associée aux interventions et aux discussions et que l'ensemble des acteurs - très souvent éparpillés - qui interviennent dans les territoires sont fédérés. L'organisation territoriale s'articule par ailleurs principalement autour des professionnels de santé, des politiques et de la population. Ces trois « pôles » doivent alors être organisés au sein des territoires, c'est actuellement trop peu le cas. Les collectivités territoriales doivent, quant à elles, être pleinement intégrées puisqu'elles disposent de multiples leviers d'actions en raison de leur lien de proximité avec leurs populations et de la connaissance fine de leurs besoins. Si les outils de démocratie sanitaire élaborés au niveau national ont toute leur importance, les priorités devraient donc être définies au niveau territorial au regard des spécificités propres à chaque territoire. D'un point de vue organisationnel, l'on constate par ailleurs que les pharmaciens jouent un rôle central en « quadrillant » tous les territoires. Nous gagnerions alors à leur confier des missions de santé publique à travers des contrats de santé publique par exemple qui s'ajouteraient à leur activité habituelle. Plus globalement, nous devrions confier aux « offreurs de soins » une responsabilité populationnelle en leur déléguant une partie de la responsabilité de la santé d'une population par une approche ciblée en fonction des caractéristiques de la population. Cette approche a fait ses preuves dans les pays ayant initié ce travail il y a une vingtaine d'années.

LA CRISE COVID A MONTRÉ L'IMPORTANCE DE L'ÉCOLE POUR RÉDUIRE CERTAINES INÉGALITÉS EN MATIÈRE D'ÉDUCATION ET DE SANTÉ. COMMENT PEUT-ELLE RENFORCER SON RÔLE DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DES INÉGALITÉS DANS CE CONTEXTE PARTICULIER ET POUR L'AVENIR ?

F.C. : Il est démontré que les inégalités de santé se développent avant l'âge de 12 ans (environ), il est donc fondamental d'agir en primaire pour sensibiliser les enfants aux questions de santé. Nous savons que des actions de prévention et d'éducation à la santé mises en oeuvre précocement ont beaucoup plus d'efficacité et qu'une intervention trop tardive complexifie les changements de comportements. Ces comportements sont en effet largement conditionnés par la littératie en santé (capacité à traduire les informations, à les comprendre et à être en mesure de les exploiter) devant s'acquérir tôt. C'est d'ailleurs pour cela que nous avons proposé un grand plan de littératie en santé en France. Cette proposition a été retenue et c'est une très bonne chose. Si le milieu scolaire est par conséquent un environnement au sein duquel il faut agir, ce n'est cependant pas suffisant. Il est, en effet, nécessaire d'agir au niveau du milieu professionnel où les interventions sont encore trop peu développées et sur les lieux de vie. Ces trois environnements devraient être intégrés dans un plan global.

NOUS DEVRIONS CONFIER AUX « OFFREURS DE SOINS » UNE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

COMMENT IMAGINEZ VOUS LE MÉDECIN DU XXIE SIÈCLE ?

F.C. : Les médecins doivent remplir des objectifs, ils ont un contrat tacite avec la population et plus particulièrement avec leurs patients. Ce contrat doit être redéfini. Lorsqu'un médecin est formé, il l'est pour traiter les gens et les soigner. Il n'est donc pas étonnant que les médecins aient, pour beaucoup, des difficultés par exemple à appréhender les débats sur la fin de vie car leur contrat tacite n'est pas celui là. Si nous voulons une vision systémique et prospective il faut redéfinir ce contrat. Toutefois, ce n'est pas au médecin de redéfinir le rôle que lui confie la société. C'est elle qui doit lui dire ce qu'elle attend du système de soins et/ou de santé ■



ZOOM

PLAIDOYER POUR UNE RENAISSANCE « SOCIALE »

PAR HERVÉ CHAPRON & MICHEL MONIER

MEMBRES DU CRAPS, RESPECTIVEMENT ANCIENS DIRECTEURS GÉNÉRAUX ADJOINTS DE PÔLE EMPLOI ET DE L'UNÉDIC ET AUTEURS DE « PENSER LE SOCIAL - 5 QUESTIONS POUR 2022 »

DANS LE CADRE DU PARTENARIAT
CRAPS x CTIP

CHAPITRE I

DE QUOI LE DIALOGUE SOCIAL EST-IL LE NOM ?

Apparu il y a moins de quarante ans[1], le terme dialogue social recouvre des réalités très variées. Avec des enjeux bien différents, il se pratique à trois niveaux : l'entreprise, la branche et l'interprofession. Pour les uns, il est un élément clef de la paix sociale et de la compétitivité de l'entreprise, pour les autres, une limitation coûteuse du pouvoir décisionnel du chef d'entreprise. Il est à la fois porté aux nues et mis à mal.

Pratiqué localement en direct quand il n'y a ni délégué du personnel ni délégué syndical ou par l'intermédiaire d'une instance unique de représentation du personnel, il incarne le dialogue essentiel entre employeur et salariés. Les ordonnances de septembre 2017 portant sur le renforcement du dialogue social et les relations de travail ont simplifié ses modalités pratiques et, de facto, reconnu son utilité et son efficacité. Il est tout autant fondamental au niveau des branches, pour les TPE et PME qui n'ont pas de syndicats pour signer des accords et pour les grandes entreprises qui trouvent là une « boîte à outils » dont elles se servent ou non selon les accords qu'elles signent ou non avec leurs propres organisations syndicales.

Si chacun s'accorde à considérer le dialogue social comme vigoureux à ces deux niveaux (avec 30 000 accords d'entreprise et quelques centaines d'accords de branche chaque année) et indispensable à un développement harmonieux de l'économie, il en est tout autrement au plan interprofessionnel. Au demeurant, si les promoteurs des ordonnances de 2017 en vantent aujourd'hui les effets positifs, le comité chargé de leur évaluation est, à ce stade, plus mesuré.

Au niveau national, le dialogue social est souvent perçu comme antinomique de la démocratie. Ainsi, jacobinisme et centralisation motivent l'étatisation à bas bruit de la protection sociale commencée dès 1967 avec les ordonnances Jeanneney portant sur la Sécurité sociale. La voie de l'extension de la part publique dans son financement était ouverte - création de la CSG, remplacement de la cotisation dans l'Assurance chômage par l'impôt. De là, le mélange des genres entre assurance, solidarité et assistance.

Le paritarisme, lieu de co-législation sociale, instrument le plus élaboré du dialogue social, s'est ainsi vu réduit, d'année en année, à la portion congrue jusqu'à motiver l'initiative du Medef, en 2021 proposant aux syndicats un agenda social autonome.

Peut-on croire qu'un dialogue social rénové et facilité entre employeur et salarié est porteur d'une meilleure santé du dialogue entre l'État et les partenaires sociaux nationaux ? Peut-on penser que les accords d'entreprises aux objectifs à la fois multiples et évidement locaux répondent aux enjeux sociaux de la nouvelle économie, des transitions énergétique et démographique ?

Il faut craindre que les pouvoirs publics considérant la démocratie sociale comme enfant illégitime de la démocratie politique, l'État renonce à un « outil » qui a permis le progrès social. Il faut craindre qu'en l'absence de dialogue social, des collectifs occupent la place. Il faut craindre que l'État soit seul face à toute revendication, que « les ronds-points » soient la nouvelle agora ! ■

[1] *L'expression « dialogue social » apparaît pour la première fois en 1984.*

CHAPITRE II

LE SOLIDARISME : NOUVELLE DONNE POUR L'ENTREPRISE ET L'ÉTAT

Pendant la crise sanitaire, alors que l'État était plus Providence que jamais, l'Entreprise trouvait mieux que sa raison d'être : une utilité sociale allant jusqu'à se présenter comme un service public. L'action de l'État et celle des Entreprises convergeaient vers une cause commune de salut public : sauver les emplois et le tissu productif.

Les Trente piteuses et leur lot de délocalisations d'une part, la part croissante d'une économie de services désormais relayée par la nouvelle économie d'autre part, ont asséché son financement. La part de l'industrie ne cesse de décroître, l'économie numérique fortement capitalisée utilise peu de main d'œuvre, l'Entreprise de services crée des emplois à faibles revenus. Les politiques de l'emploi accentuent, par le biais des allégements de charges, la baisse du financement assis sur les salaires. L'émergence de l'entrepreneur individuel, les conséquences des évolutions technologiques, de la grande distribution sans caissière aux plateformes de livraison, rendent le modèle conçu en 1945 définitivement obsolète. La solution de fiscalisation déconnectant les assurances sociales du travail trouve ses limites dans un État à la fois surfiscalisé et surendetté.

Quand deux Français sur trois attendent de l'Entreprise qu'elle participe à créer du « mieux social », celle-ci, se faisant Entreprise à mission, veut désormais dépasser la recherche exclusive du profit pour impacter positivement la société.

> L'État ne peut plus être Providence et l'Entreprise n'a pas à devenir Providence ! Lieu par excellence de socialisation, de convergence économico sociale, cette dernière ne doit-elle pas poursuivre sa mutation « d'entreprise à mission », statut transitoire, en « entreprise à contrat social » soucieuse des externalités négatives qu'elle peut générer ?
>
> L'État et l'Entreprise sont désormais confrontés au même défi, celui de réconcilier l'économique et le social, le capital et le travail. Si le système de protection sociale est une ardente obligation, il est aussi « un stabilisateur essentiel pour le capitalisme ».

La protection sociale du XXIe siècle doit retrouver une logique professionnelle, donner leur part de responsabilité aux acteurs économiques et aux premiers d'entre eux, l'Entreprise, ses employeurs et ses salariés. La Providence, épuisée, doit laisser place à la Prévoyance, à la responsabilité appuyée par un solidarisme, cette formidable idée léguée par Léon Bourgeois[1]. Avec le solidarisme, l'État et les acteurs économiques et sociaux trouveront alors leur rôle et responsabilité dans « le monde d'après » ■

L'ÉTAT ET L'ENTREPRISE SONT DÉSORMAIS CONFRONTÉS AU MÊME DÉFI, CELUI DE RÉCONCILIER L'ÉCONOMIQUE ET LE SOCIAL, LE CAPITAL ET LE TRAVAIL.

[1] *Le solidarisme de Léon Bourgeois, un socialisme libéral ? - La Vie des idées (laviedesidees.fr).*

CHAPITRE III

RÉFORME DES RETRAITES, MÈRE DE TOUTES LES RÉFORMES… SOUS CONDITION !

Archétype d'un bien public, patrimoine commun, l'Assurance vieillesse assure la fonction économique de régulation du revenu sur une durée de vie. La question de sa pérennité est désormais posée à travers le triptyque : cotisation - durée - pension.

La réforme des retraites, en augmentant les annuités nécessaires pour tenir compte de l'allongement de la durée de vie, est-elle vraiment la mère des réformes ? À l'entrée désormais tardive dans le monde du travail s'ajoutent l'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la population en emploi court après celle des retraités[1]. S'y adjoignent l'atonie de la croissance, la politique de désindustrialisation, la recherche du pouvoir d'achat induisant une économie « low cost », l'acceptation d'un « Munich social[2] » considérant les ressources humaines comme variable d'ajustement de l'économie, « la préférence pour le chômage »… Voilà, en vrac, les causes asséchant le financement !

Si le besoin de financement[3] justifie une réforme des retraites, pour autant d'autres réformes s'imposent pour garantir, demain, la soutenabilité du système réformé ! La seule réforme des retraites répond certes à des données démographiques, mais ne corrige pas une politique économique et encore moins d'éducation.

Trois réformes doivent accompagner celle des retraites : la relation entre Éducation nationale et formation professionnelle[4] ; la transformation du système de soins en un système de santé ; celle de la gestion des fins de carrière.

Le lien Éducation nationale et formation professionnelle parce que la relation entre l'accès au premier emploi, l'adaptation aux nouvelles compétences, à titre général la performance du système éducatif et le taux de croissance est désormais établie[5].

L'incapacité de transformer notre système de soins en système de santé donc de prévention génère un nombre élevé d'arrêts de travail et des fins d'activité anticipée[6].



Si le taux d'emploi des travailleurs âgés s'améliore[7], la gestion des fins de carrière devient un enjeu majeur au croisement de la gestion des emplois et des compétences et de la santé au travail.

Mère de toutes les réformes, la réforme des retraites le sera en dépassant le prisme comptable, en embarquant avec elles, celles de l'Éducation, de la formation professionnelle et de la santé pour devenir une réforme sociétale ■

[1] *De 1 million en 1950 à 16 millions en 2017 / [2] Philippe Séguin. 1993. / [3] Le montant des pensions versées représente 14 % du PIB et 25 % de l'effort social de la Nation.*
[4] 150 000 NEETS et 400 000 offres non pourvues chaque année. / [5] Classement PISA et TIMS.
[6] Jusqu'il y a peu facilité par l'Assurance chômage avec la dispense de recherche d'emplois. / [7] Conseil européen des 21 et 22 mars 2000. 51,3 % pour les 55-64 ans, 29,4 % pour les 60-64 ans (INSEE, 2018).

CHAPITRE IV

PRÉVENTION SANTÉ : PASSONS ENFIN AUX ACTES !

Si l'espérance de vie continue de progresser, l'espérance de vie en bonne santé stagne. La cause : un système de santé à vocation curative, un système de soins qui, malgré les incantations politiques, fait peu de place à la prévention[1]. Elle doit devenir un axe prioritaire.

Alors que le simplisme organisationnel d'un opérateur public unique semble séduire certains, la logique préventive doit se construire sur une nouvelle articulation entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires, un partenariat renforcé en lieu et place d'une forme délégataire considérant les complémentaires comme une variable d'ajustement comptable.

Faut-il rappeler que forts de leur connaissance fine des assurés avec qui ils ont tissé au quotidien des liens de proximité, les acteurs du régime complémentaire ont déjà beaucoup apporté au régime obligatoire en finançant de leur propre initiative des actions de prévention-santé au travail. Forts également de leur gouvernance paritaire, ils ont établi des « passerelles efficaces » avec les branches professionnelles auxquelles se rattachent ces institutions.

[1] *Moins de 7 % des dépenses de santé.*

C'est fort de ces acquis qu'un nouveau contrat entre obligatoire et complémentaires, davantage qu'un « grand machin », opérateur unique, doit être écrit pour repenser la politique de prévention en dépassant la vision d'une concurrence entre acteurs publics et acteurs privés pour retrouver la logique métier-activité.

Avec ce nouveau contrat de partenariat, la puissance publique alimenterait sa réflexion non plus seulement de données comptables issues des IP mais d'informations « métiers » qui, dans les branches, fondent les politiques opérationnelles de prévention, de santé au travail. Cette nouvelle logique universalisant les bonnes pratiques remplacerait un universalisme sui generis ignorant les enjeux sectoriels.

Conséquemment les logiques de pilotage devront être revisitées. Enjeu du long terme, la prévention devrait s'apprécier hors cadre budgétaire annuel. Une révision de la structure des comptes tant de la Sécurité sociale que des organismes complémentaires et des règles de solvabilité devront dépasser la seule vision financière. L'utilité sociale, environnementale et sanitaire feront partie de cette nouvelle approche. Faire du système de santé un système dans lequel les actions de prévention sont « premières », c'est participer à transformer une partie du « pognon de dingue » en investissement social ■

UN NOUVEAU CONTRAT ENTRE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRES, DAVANTAGE QU'UN « GRAND MACHIN », OPÉRATEUR UNIQUE, DOIT ÊTRE ÉCRIT POUR REPENSER LA POLITIQUE DE PRÉVENTION

CHAPITRE V

LES FRAIS DE GESTION DES AMC : CHEVAL DE TROIE D'UNE ÉTATISATION PROGRAMMÉE ?

Le législateur a choisi de s'appuyer sur les complémentaires santé, chargées (…) de réduire les restes à charge des assurés[1] ». « Cette organisation spécifique conduit au reste à charge moyen des ménages le plus faible de l'OCDE[2] ». Après un tel satisfecit, que les frais de gestion des AMC viennent au débat ce n'est assurément pas un faux débat, c'est un débat biaisé ! C'est le faux-nez derrière lequel se cache la question de la pertinence des politiques publiques ainsi délibérément soustraite à la réflexion et dont les AMC seraient responsables.

Aux 7,5 milliards de frais de gestion des AMC sont opposés les 7,3 milliards de la Sécurité sociale, en oubliant que les AMC supportent des coûts spécifiques. Ainsi 2,9 milliards[3] de coûts de conformité des AMC aux règles prudentielles (Solvency 2). Voilà qui biaise la comparaison. À périmètre égal : les 7,5 milliards des AMC deviennent 4,6 milliards[4] ! À l'inverse, il convient d'ajouter aux frais de gestion de la Sécurité sociale la part des coûts de l'ACOSS que les contributions des caisses nationales n'équilibrent pas[5]. L'architecture comptable de ce que sont les fondations d'une improbable grande Sécu ne facilite pas l'analyse : à la comptabilité des AMC en parties double, la Sécu oppose une comptabilité en partie… trouble[6].

Le trouble s'accentue avec le débat sur les dépenses fiscales et sociales, ou aides socio-fiscales selon la terminologie du HCAAM. Elles s'élèvent à 7,3 milliards d'euros et les taxes collectées via les cotisations par les AMC à 4,5 milliards[7]. Mettre au débit des AMC le coût de ces 2,8 milliards[8] « résiduels » de dépense fiscale et sociale, c'est instruire le procès d'une politique publique à charge des acteurs qui la subissent ! Ces 2,8 milliards d'euros sont bien la conséquence d'une politique publique : « Les pouvoirs publics, considérant l'assurance complémentaire comme nécessaire pour accéder à certains soins essentiels, ont multiplié les dispositifs pour favoriser sa généralisation et encadrer son fonctionnement[9]. »

Le débat sur les frais de gestion des AMC, en forme de procès, serait-il un cheval de Troie pour une étatisation programmée ? ■



[1] Cour des comptes, rapport de juin 2012 « Les complémentaires santé, un système très protecteur mais peu efficient ».

[2] HCAAM, janvier 2022.

[3] Cour des comptes, juin 2021.

[4] Autre approche : considérer le coût de gestion de la dette Sécurité sociale (1,5 milliard) comme l'équivalent du coût de la compliance prudentielle des AMC ; les chiffres comparables sont alors : 8,8 milliards pour la Sécurité sociale et 7,5 milliards pour les AMC.

[5] Cf. comptes annuels de l'ACOSS - 2020.

[6] « 5 leçons pour penser le social au XXIe siècle ». Hervé Chapron, Michel Monier. Editions du CRAPS. 2020. Page 191.

[7] Données HCAAM, rapport janvier 2022.

[8] Ces 2,8 milliards d'euros d'incitation (de marketing public ?) sont étonnement proches des 3 milliards d'euros que la Cour identifie comme des coûts d'acquisition des nouveaux clients par les AMC.

[9] HCAAM, janvier 2022.

CHAPITRE VI

LE CONTRAT COLECTIF "SANTÉ-PRÉVOYANCE SOCLE DU NOUVEAU DIALOGUE SOCIAL ?

Le dialogue social, instrument central de la démocratie sociale, a été au niveau de l'entreprise redynamisé par les ordonnances de 2017. Dans le même temps les ANI à portée nationale sont trop souvent « cadrés » par l'exécutif.

Ce double mouvement, à front renversé, ne fait-il pas une place nouvelle aux accords de branche, aux accords professionnels ? Les Partenaires sociaux n'ont-ils pas l'opportunité de réinventer le dialogue social à travers les accords collectifs de branche pour in fine adapter le dispositif de protection sociale aux enjeux nouveaux ? La crise sanitaire a démontré, dans le domaine de la prévoyance, leur réactivité par la mobilisation des « fonds mutualisés ».

C'était là l'expression d'une anticipation que seules permettent la proximité des Partenaires sociaux avec « le terrain » et leur connaissance-métier des activités et des enjeux des branches. C'est ainsi que les accords de prévoyance sont bien plus que du salaire différé ou un avantage accessoire de la rémunération. Ils sont un levier de gestion et de défense du capital humain de l'entreprise. C'est pourquoi l'accord de branche apporte des réponses sectorielles appropriées à des sujets dont le dialogue social dans l'entreprise ne peut se saisir.

En sortant du cadre devenu habituel, les accords collectifs de prévoyance peuvent être un champ nouveau, terreau de réinvention de la gestion paritaire. Ce champ d'investigation illustrerait la responsabilité des Partenaires sociaux et des organisations à gestion paritaire dans l'adaptation d'un système de protection sociale au bénéfice autant des salariés qu'à leur famille, à l'entreprise qu'à ses actionnaires.

Quand, par facilité, les solutions de « grande Sécu » d'une part et de subvention du pouvoir d'achat par l'État d'autre part, viennent réduire la liberté conventionnelle, repenser la protection sociale et économique par le canal des branches, c'est rendre « principal » ce qui est aujourd'hui complémentaire.

Les gains économiques et sociaux d'une telle démarche, s'ils bénéficient à la branche impactent positivement les dépenses sociales de l'État : ce serait une des formes de l'implication de l'entreprise dans l'économie socialement responsable ■



CHAPITRE VII

L'ASSURANCE-PRÉVOYANCE : UN ENJEU DE JUSTICE SOCIALE ?

Obligatoires pour les cadres, soumise à l'existence d'accord de branche ou d'entreprise pour les non-cadres, la prévoyance, couverture des risques « lourds » - invalidité, incapacité, décès - est-elle un angle mort de la protection sociale ? L'invalidité, la mort : la société matérialiste les a exclues de son imaginaire. Les préoccupations de court terme sont devenues l'horizon indépassable tant pour l'individu que pour le politique : c'est de facto un angle mort sociétal.

L'entreprise et ses acteurs ne feraient pas exception à la règle en privilégiant la couverture des risques de santé à celle des risques lourds. Pour autant, des accords collectifs de branche ont permis d'étendre l'assurance prévoyance au-delà de l'obligation concernant la seule catégorie des « cadres » pour bénéficier aujourd'hui à plus de 15 millions de salariés.

Les négociations sur la contractualisation de couverture prévoyance-santé dans l'entreprise privilégient, on le sait, le dentaire, l'optique, la couverture des carences des arrêts de travail… Les risques invalidité (dont on refuse d'imaginer qu'ils puissent nous concerner) ou décès (dont on nie l'horizon) sont subsidiaires … à l'image de ce qu'est le capital décès de la « Sécu » (3 475 euros).

Le premier enjeu pour développer l'appréhension de la prévoyance et conséquemment le nombre de bénéficiaires consiste donc d'éclairer cet… angle mort.

> L'accord de prévoyance est bien plus qu'un avantage accessoire de la rémunération : c'est le contrat par lequel l'entreprise assure la famille ou les ayants droits du salarié contre le risque majeur ! Si l'invalidité et la mort sont des sujets que l'on évite, dire comment leurs conséquences peuvent être couvertes, c'est affirmer une « raison d'être » majeure des accords de prévoyance-santé. Ces accords affirment l'entreprise comme un lieu de socialisation.

Au-delà de l'entreprise, l'assurance prévoyance est un enjeu de justice sociale qui doit à l'évidence être davantage présent dans le débat public tout entier occupé par le « 100 % santé ». Occulter ce sujet, n'est-ce pas in fine un défaut de responsabilité collective ?

L'entreprise et les Partenaires sociaux ont su dépasser le cadre des obligations en signant plus de 200 accords de branche qui ouvrent le bénéfice non seulement de rente invalidité et d'un capital décès mais aussi de rente-conjoint et de rente-éducation…. Ils ont un rôle sociétal à jouer en promouvant le modèle contributif de l'accord prévoyance d'entreprise. La société ne peut se satisfaire d'un système public affirmant une vocation solidaire mais insuffisant et dont la couverture des risques lourds reste un angle mort ■

AU-DELÀ DE L'ENTREPRISE, L'ASSURANCE PRÉVOYANCE EST UN ENJEU DE JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE VIII

NOUVEAU MONDE : NOUVELLE PROTECTION SOCIALE ?

Keynes prédisait la fin du travail[1], Rifkin[2] celui de l'emploi. L'industrie sans usine[3] d'abord, l'ubérisation ensuite, la valeur ajoutée à travers la matière grise et non plus dans les tournevis, le télétravail enfin auraient concrétisé ces prophéties.

L'un et l'autre ne se seraient-ils pas trompés ? Moins qu'une disparition annoncée, la question n'est-elle pas celle de l'évolution récente des formes du travail qui mettent à mal le contrat social objet de multiples réflexions, quelquefois amendé, jamais adapté à la nouvelle économie.

L'allégement voire l'exonération des cotisations sociales devenues charges, l'économie de services aux emplois peu qualifiés, le chômage et les emplois de courte durée, l'émergence d'emplois non-salariés, de facto peu socialisés et donc peu financeurs ont asséché durablement le financement du système. L'impôt a remplacé la cotisation. La confusion entre assurance sociale et solidarité depuis les Trente piteuses a achevé le processus d'éloignement du financement fondé sur la logique travail.

[1] Keynes. « Perspectives économiques pour nos petits-enfants ».1930.

[2] Rifkin. « La fin du travail ». 1998.

[3] Serge Tchuruk. 2001.

[4] Nicolas Sarkozy. Discours de la Concorde. 15 04 2012.

[5] René Teulade. Ministre des affaires sociales et de l'intégration de 1992 à 1993 du Gouvernement Pierre Bérégovoy.

Le prélèvement obligatoire et la redistribution ont comblé le besoin croissant de financement social mais aussi pesé sur la compétitivité, créé des pièges à bas salaires : le rôle de l'État s'est affirmé. Il est devenu gérant et non plus garant du système.

L'opprobre jeté sur les corps intermédiaires,[4] le faible taux de syndicalisation, une technocratie forte de ses échecs ont muselé le dialogue social, tant par le rétrécissement de son champ d'action que par les processus de sa saisine.

Pour autant dans une économie de services, avec les perspectives du développement de l'IA, de la robotisation inéluctable, du renversement de la proportion capital financier/ressources humaines, l'Entreprise reste le lieu privilégié de création de la valeur : la transformation du modèle de protection sociale doit suivre la même évolution et abandonner son ancrage « travail » sous peine non de disparition mais de changement de nature : un système fondé exclusivement sur l'assistance.

Les acteurs économiques et sociaux ont un rôle nouveau, fondamental à jouer : celui de socialiser la création de valeur et non plus le seul travail salarié. Représenter toutes les formes d'emploi sans distinction de statut et non plus les seuls salariés : c'est là le nouveau monde d'une protection sociale refondée qui permettra de continuer à « ne pas courber l'échine»[5] ! ■

LES ACTEURS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX ONT UN RÔLE NOUVEAU, FONDAMENTAL À JOUER : CELUI DE SOCIALISER LA CRÉATION DE VALEUR



LAURA LÉTOURNEAU

DÉLÉGUÉE MINISTÉRIELLE AU NUMÉRIQUE EN SANTÉ AUPRÈS DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

QUELLE EST L'AMBITION DE « MON ESPACE SANTÉ » INAUGURÉ EN FÉVRIER DERNIER POUR LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ? POURQUOI CET ESPACE SANTÉ EST-IL DE NATURE À MIEUX STRUCTURER LE PARCOURS DE SANTÉ ET DE SOINS ?

Laura Létourneau : « Mon espace santé » (MES) est un dossier médical construit sur l'ancien dossier médical partagé (DMP) dans lequel les usagers peuvent renseigner leur profil médical et trouver les documents de santé ajoutés par les professionnels de santé et les établissements. « Mon espace santé » c'est aussi une messagerie sécurisée qui leur permet d'échanger avec les professionnels de santé sans passer par « WhatsApp ou Gmail »... Il n'est en effet pas normal qu'aujourdhui les données médicales transitent sur des serveurs hébergés en Californie et que nous n'ayons pas ou peu d'alter-

natives alors que nous pouvons communiquer avec notre banquier via des canaux sécurisés !

D'ici fin 2022, cet espace proposera deux nouvelles fonctionnalités : un agenda qui permettra aux patients de gérer tous leurs rendez-vous et événements médicaux (des rendez-vous de prévention seront progressivement poussés pour que « Mon espace santé » devienne un outil de prévention) et un catalogue d'applications référencées par les pouvoirs publics à condition que des règles d'éthique, d'interopérabilité et de sécurité soient respectées.

Ces applications pourront par ailleurs être synchronisées avec le dossier médical partagé et l'agenda de « Mon espace santé » si le patient le souhaite, afin qu'il puisse récupérer les données de santé collectées par ces applications. Il aura également la possibilité de partager les données de cet espace avec les différents professionnels de santé qui interviennent dans sa prise en charge.

La raison d'être de ce partage fluide et sécurisé des données de santé est donc bien de casser les silos qui peuvent exister entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient et in fine à mieux structurer le parcours de santé en améliorant notamment la coordination des acteurs.

COMMENT CETTE PLATEFORME D'ÉTAT A-T-ELLE ÉTÉ CRÉÉE ?

L.L. : L'objectif de cet espace est de faire des citoyens des acteurs de leur santé. Pour le construire, nous avons donc travaillé avec les professionnels et les établissements de santé, les industriels mais aussi et surtout avec les associations de patients et les citoyens y compris de façon directe, ce qui est assez inédit. Pour ce faire, nous avons mis en place un comité citoyen du numérique en santé d'une trentaine de personnes tirées au sort pour émettre des recommandations sur « Mon espace santé », sur des sujets structurants tels que la confidentialité des données, la traçabilité des accès ou encore la fracture numérique. À date, plus de 60 % des recommandations sont en cours de prise en compte.

LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ A AVANCÉ PLUS QUE JAMAIS PRÉCÉDEMMENT CES 3 DERNIÈRES ANNÉES

Il faut par ailleurs comprendre qu'il y a tout une doctrine sous jacente à « Mon espace santé » et plus généralement à tous les travaux du numérique en santé. « Mon espace santé » est en l'occurence la consécration de la doctrine de « l'État plateforme » que nous présentons en expliquant qu'il faut urbaniser et organiser les systèmes d'information en santé selon le mode de gouvernance inspirée d'une ville.

Pour illustrer la logique : les pouvoirs publics énoncent les règles (Code de la route) et gèrent les infrastructures de base (routes…) mais laissent la construction des maisons individuelles au secteur privé ou aux acteurs de terrain. Le rôle des pouvoirs publics consiste à vérifier qu'elles sont conformes aux règles et qu'elles se raccordent aux infrastructures de base.

Lorsque l'on y réfléchit, « Mon espace santé » c'est exactement cela. Nous avons un corpus de règles (d'éthique, de sécurité et d'interopérabilité), des infrastructures développées par la puissance publique, les « communs numeriques » tels que l'agenda et le dossier médical partagé et nous avons les « maisons individuelles » que sont les applications ayant vocation à être référencées dans le catalogue de « Mon espace santé » à condition que les règles soient respectées et que les services se raccordent aux communs numériques de l'espace santé, si le patient en est d'accord en lecture et en écriture. Je n'aurais pas pu rêver d'un cas d'application aussi parfait depuis que j'avais présenté avec Clément Bertholet la logique d'État plateforme dans notre livre « Ubérisons l'État ! Avant que d'autres ne s'en chargent » !

L'ENGOUEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP) A ÉTÉ MODÉRÉ. COMMENT LEUR IMPLICATION SERA-T-ELLE ASSURÉE POUR « MON ESPACE SANTÉ » ?

L.L. : L'ergonomie du dossier médical partagé a été refondue avec une utilisation plus intuitive et une gestion des droits d'accès simplifiés. Des fonctionnalités majeures ont été ajoutées (messagerie, agenda, catalogue). Nous avons surtout mis en place des mécanismes qui permettent de rompre avec le cercle vicieux que l'on connaissait avec le DMP (les professionnels de santé constatant que la plupart des patients ne disposaient pas de dossier médical partagé disponible ont arrêté de s'intéresser à ces dossiers et de regarder si des informations y figuraient et donc, de les alimenter).

Grâce à l'opt-out, nous changeons de logique pour avoir une majorité d'assurés qui disposent d'un espace de santé numérique, puisque cet espace sera, sauf opposition de l'assuré, ouvert automatiquement. Au delà de l'alimentation du dossier par le patient, nous mettons en oeuvre des moyens pour que cet espace soit alimenté de façon automatique et sans efforts par les établissements et les professionnels de santé en mettant à jour leurs logiciels, pour qu'ils puissent utiliser avec fluidité la messagerie sécurisée et remplir facilement le dossier médical. Ce sont les douze travaux d'Hercule mais tout cela a été rendu possible avec les crédits historiques du Ségur numérique de plus de 2 milliards d'euros et des méthodes de travail innovantes inspirées de celles que l'on a mises en œuvre pour développer et déployer SI-DEP en 3 semaines pour gérer le dépistage des cas Covid.



Enfin, le partage et l'alimentation effective des données de « Mon espace santé » ont été rendus obligatoires par arrêté. D'ici la fin de l'année les professionnels de santé auront donc l'obligation d'alimenter cet espace santé avec certaines données dès lors que le patient n'y est pas opposé et des crédits seront conditionnés à cette alimentation. Nous n'avons jamais eu une dynamique aussi volontariste.

LA SÉCURITÉ DES DONNÉES EST UNE QUESTION SENSIBLE POUR LES USAGERS, COMMENT EST-ELLE GARANTIE ?

L.L. : La sécurité des données repose sur des systèmes qui répondent à des hautes normes de sécurité. Elles sont hébergées en France par des prestataires de l'Assurance maladie dans un environnement certifié HDS (Hébergeurs de données de santé) qui est une spécificité française, une « sur-couche » par rapport au RGPD.

L'Assurance maladie, maître d'oeuvre de « Mon espace santé » a par ailleurs bénéficié d'un accompagnement de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSI) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) qui ont donné leur autorisation pour la mise en production du produit et qui exerceront des contrôles réguliers sur l'outil.

Un chiffrement des données a également été réalisé et des « bug bounty » (tentatives d'intrusion dans le système par des hackeurs bienveillants) sont en cours avec des collectifs militants. Pour garantir la confiance, des travaux sur l'ouverture du code source sont également en cours pour que ceux qui le souhaitent puissent vérifier le fonctionnement de l'outil ou encore les accès autorisés.

De son côté, le patient garde le contrôle de ses données en ayant la liberté de choisir les documents qu'il partage, avec quels professionnels de santé.

NOUS DEVONS CONTINUER À TOUS FAIRE NOTRE PART POUR TRANSFORMER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ DANS UNE VISION ÉTHIQUE, CITOYENNE ET HUMANISTE !

D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE, COMMENT ENVISAGEZ-VOUS L'AVENIR DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ ?

L.L. : Avec la plateforme d'État et sa partie émergée que constitue « Mon espace santé », nous parlons d'infrastructures et comme pour toute infrastructure, la continuité est essentielle. Nous devons planifier les différents travaux et « embarquer » tout l'écosystème, notamment ceux qui font le numérique en santé sur le terrain, c'est-à-dire les éditeurs de logiciels et continuer sur la dynamique qui a été impulsée. Il ne s'agit toutefois que de dématérialisation des documents de santé. Cela fait 20 ans que l'on échouait mais cela existe depuis longtemps dans d'autres secteurs.

Le numérique en santé peut avoir un apport considérable sur des sujets comme la médecine 5P. Au delà de la construction de l'État plateforme et de son déploiement, il est donc essentiel que nous nous projetions sur les sujets d'avenir relatifs à l'innovation du numérique en santé et que la France devienne pionnière en Europe et idéalement dans le monde sur ces sujets d'innovation.

C'est dans cette optique que nous avons lancé la stratégie d'accélération de santé numérique, complémentaire au Ségur et dotée de 650 millions d'euros qui aborde de vastes sujets comme la formation des professionnels de santé au numérique, le développement des jumeaux numériques ou encore l'accès aux remboursements des dispositifs médicaux connectés pour un business modèle pérenne qui ne soit pas seulement basé sur des subventions…



QUEL EST LE RÔLE DE LA FRANCE AU NIVEAU EUROPÉEN SUR LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ ?

L.L. : La France joue un rôle moteur en la matière au niveau européen. La Commission européenne vient en effet de dévoiler le règlement européen des données de santé visant à créer un espace européen des données de santé à des fins d'utilisation primaire et secondaire.

Lorsque nous avons pris la Présidence française du Conseil de l'Union européenne, nous avons réussi à influencer une partie du règlement en faisant adopter en trois semaines par tous les États membres et la Commission européenne les principes éthiques du numérique en santé afin de créer une troisième voie entre les États-Unis et la Chine, qui s'inscrive dans un cadre de valeurs fidèles à notre culture humaniste.

Ces principes se traduisent par des actions très concrètes sur la mesure de l'impact écologique par exemple, l'application réelle du règlement général sur la protection des données (RGPD) dans la santé ou encore la lutte contre les fractures numériques pour que personne ne soit laissé de côté.

UN DERNIER MOT ?

L.L. : Le numérique en santé a avancé plus que jamais précédemment ces 3 dernières années. La clé du succès réside dans l'engagement collectif. Chacun détient une partie de la solution pour avancer. Nous devons continuer à tous faire notre part pour transformer notre système de santé dans une vision éthique, citoyenne et humaniste ! ■



TRIBUNE

ET SI LA SANTÉ PERMETTAIT DE REVITALISER LA DÉMOCRATIE ?

PAR BÉATRICE NOËLLEC
DIRECTRICE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES ET DE LA VEILLE SOCIÉTALE À LA FHP
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DE LA FONDATION DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les uns après les autres, sondages et enquêtes viennent confirmer l'exceptionnel crédit dont bénéficient dans l'opinion les acteurs du monde de la santé, établissements comme professionnels. Le dernier baromètre du Cevipof[1] publié en début d'année est édifiant : dans le classement des organisations en qui les citoyens ont le plus confiance, ce sont les établissements de santé qui arrivent en tête, à 82 %, à égalité parfaite avec la science. Viennent ensuite l'école, la Sécurité sociale, la police et les associations. Les entreprises, publiques et privées, se situent en milieu de tableau. Sans grosse surprise, les corps traditionnels de représentation - religions, syndicats, partis - sont bousculés, et la sphère des médias et des réseaux sociaux pareillement chahutée.

Dans notre « société de défiance généralisée » - à laquelle la sociologue Dominique Schnapper faisait déjà référence en 2010 comme l'une des tensions majeures de notre démocratie -, être en haut du podium, si je puis dire, est tout à la fois une grande satisfaction, un honneur et une lourde responsabilité, dont nous devons prendre toute la mesure en ce début de quinquennat. Car au-delà de leur mission première de soin, les acteurs de santé se trouvent ainsi garants d'un pan de la cohésion démocratique, par ailleurs largement affaiblie. La pandémie a encore renforcé cet attachement, allié à une grande empathie citoyenne vis-à-vis des difficultés de celles et ceux qui nous soignent.

Le Cevipof montre d'abord très bien la confiance accordée aux institutions et organisations qui incarnent la proximité et créent du lien social : les lieux de soin, l'école, le monde associatif. Dans un pays où 46 % des Françaises et des Français - c'est tout à fait considérable - ont le sentiment d'habiter dans un territoire en difficulté, ce sont des balises, des repères pour toutes et tous, et plus encore pour « les oubliés de la République ». L'accès aux soins est bien plus qu'un enjeu sanitaire : c'est un défi posé à notre démocratie. Cela suppose de revisiter en profondeur la notion de proximité en santé, et de travailler en parallèle une véritable pédagogie de la proximité. Pédagogie de la proximité que par le passé le politique, de droite comme de gauche, a échoué a mener sur à peu près tous les sujets, à coup de décisions imposées d'en haut et sans concertation… Nous en payons depuis plusieurs années lourdement, y compris dans les urnes, le prix.

Nous avons donc, puissance publique et acteurs de santé, une mission majeure devant nous. Pour les acteurs de santé, la confiance des citoyens nous oblige, et elle doit nous conduire à délaisser nos corporatismes et nos préjugés, et à travailler ensemble sur les territoires, au plus près des besoins qui s'expriment, au service des patients et avec eux. Dit comme cela, cela peut paraître incantatoire, et pourtant c'est exactement ce qui a surgi pendant la crise sanitaire et qui doit être sanctuarisé et pérennisé. L'argument « on ne peut transposer hors crise ce qui a marché pendant » est irrecevable, car il reviendrait à dire qu'on ne sait tirer leçon de rien. Misons donc sur l'intelligence collective !

Parmi les autres fondements de la confiance, il y a à l'évidence la protection, à travers toutes les institutions qui l'incarnent : les acteurs de santé, la Sécurité sociale, l'armée et la police… Dans un monde jugé « injuste » par 63 % des Français - là aussi, quel résultat ! - le besoin de protection contre la fragilité de l'existence est immense. Il en résulte une ambivalence à l'égard du rôle de l'État, entre attachement et lassitude. Le citoyens aspirent à une action publique plus efficace, mais ils peinent à saisir le sens profond de celle-ci. La gouvernance de la santé ne fait pas exception, et les rigidités, les cloisonnements, les complexités qui sont légion portent souvent atteinte à notre mission commune de « protection » et de réponse aux besoins de santé. Ils sont autant d'obstacles à une vision prospective partagée.

L'ACCÈS AUX SOINS EST BIEN PLUS QU'UN ENJEU SANITAIRE : C'EST UN DÉFI POSÉ À NOTRE DÉMOCRATIE

Invoquer la nécessaire simplification est trop… simpliste : s'il est mis au service du progrès, nous devrions nous réjouir que notre monde soit de plus en plus complexe. Le véritable enjeu est de passer de logiques descendantes, et parfois infantilisantes, à l'exercice d'une vraie démocratie de santé, au plus près des territoires. Dans ces temps de doute - « que savez-vous de ce qui fait nos vies » -, une démocratie de santé vivante peut et doit être un lieu de réappropriation des enjeux, associant la puissance publique, les acteurs publics et privés, les élus, les citoyens-patients. Embarquer l'ensemble des parties prenantes est le meilleur moyen de composer avec la complexité grandissante de nos environnements. Et recréer du collectif national sur le sujet de préoccupation numéro un des Françaises et des Français, n'est peut-être pas une si mauvaise idée…

Surtout, la confiance naît de l'essence même de la mission des acteurs de santé : le soin. Le philosophe Frédéric Worms le dit remarquablement : « le soin structure et révèle un pan vital des relations sociales entre les hommes ». Au-delà du soin médical, il y a le prendre soin sous toutes ses formes, qui signifie se relier les uns aux autres, face aux multiples visages de la vulnérabilité et aux nombreux périls à affronter. Dire que la société « tient », ou « a tenu » pendant la pandémie, n'est pas une image, mais la réalité de toutes ces interdépendances qui ont aussi eu des effets économiques bénéfiques. « Nous avons besoin de la coopération sociale et du débat politique », dit encore Frédéric Worms. C'est sans doute sur un tel socle que nous pourrons bâtir, enfin, une politique de prévention et de santé publique digne de ce nom dans notre pays, dans un double mouvement : la prise en considération des déterminants sociaux et environnementaux, et la prise de conscience d'une communauté de destins, alors que la pandémie a ressuscité l'approche « one health »…

Enfin, les principes même qui sous-tendent l'action en santé - la solidarité, l'hospitalité inconditionnelle, la dignité, l'égalité et la fraternité dans le soin… - sont eux-mêmes des garde-fous démocratiques. Les acteurs de santé ont d'ailleurs été nombreux à l'exprimer lors des récentes échéances électorales. Pour parvenir à dresser des caps ambitieux, à réformer intelligemment, à faire primer le contrat sur la contrainte, à préserver la cohésion sociale, à porter la santé publique et le soin aux plus vulnérables, il convient dans les années qui viennent de rester plus que jamais en éveil contre toute tentation populiste ou extrémiste. Rien n'est jamais acquis, et c'est encore une autre mission, et pas des moindres, qui convoque les acteurs de santé ■

[1] **Centre de recherches politiques de Science Po.**

MÊME S'IL RESTE BIEN SPÉCIFIQUE, LE DOMAINE DE LA SANTÉ A TOUT À GAGNER À OUVRIR SES ŒILLÈRES ET À S'INSPIRER DES AUTRES SECTEURS POUR SE NOURRIR DES BONNES PRATIQUES MANAGÉRIALES, ENVIRONNEMENTALES, NUMÉRIQUES QUI ONT DÉJÀ FAIT LEURS PREUVES AILLEURS

LES NOUVEAUX CHEMINS DE LA PERFORMANCE

PAR STÉPHANE PARDOUX
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP

La perception de la performance d'un système de santé n'est définitivement plus la même qu'il y a 15 ans : l'ensemble du secteur s'accorde à dire que la performance doit désormais être multidimensionnelle, globale. Elle doit être organisationnelle, territoriale, sociale, environnementale, numérique… et in fine, économique. L'approche financière n'est plus et ne doit plus être le point d'entrée de notre système de santé, mais une résultante, un objectif vers lequel tendre.



Il y a en réalité deux manières d'appréhender cette performance globale.

La première, en aval, consiste à évaluer la performance d'un établissement de santé ou médico-social. La stabilité financière d'un établissement santé suffit-elle à considérer qu'il est performant ? L'analyse strictement économique est-elle satisfaisante pour s'assurer de la bonne prise en charge d'un patient ou d'un usager ? Un budget au vert garantie-t-il réellement un meilleur fonctionnement systémique ? À l'Anap, nous considérons que de nombreux autres leviers doivent être pris en compte dans l'évaluation de la performance d'un établissement sanitaire ou médico-social. L'organisation interne, la politique d'attractivité, les avancées en termes de développement durable, la qualité des parcours de soin, et un usage habile du numérique doivent faire partie de l'évaluation de la performance d'un établissement.

RÉDUIRE SON EMPREINTE ENVIRONNEMENTALE, C'EST METTRE EN COHÉRENCE LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT AVEC SA MISSION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL ET AMÉLIORER LE SERVICE RENDU AUX PATIENTS ET AUX USAGERS

Cette performance globale peut également être pensée en amont, comme facteur d'explication et d'amélioration du système de santé. Longtemps pensée comme « le nerf de la guerre », l'augmentation du budget d'un établissement ne peut, en aucun cas, résoudre tous ses problèmes structurels et organisationnels. Pour être plus performant, il faut activer tous les leviers possibles, en s'appuyant notamment sur les avancées technologiques : gestion des flux et des approvisionnements, simplification du parcours administratif du patient, etc.,

Au cœur de nos hôpitaux, l'IA devient une promesse

Prenons l'exemple de l'intelligence artificielle, qui trouve une place bien particulière en santé. L'IA ouvre des possibilités infinies à tous les métiers et toutes les activités de la santé. Il existe désormais des logiciels de prédiction des capacités hospitalières à travers l'analyse des flux de passage aux urgences, d'occupation des lits, des risques de complication et de réhospitalisation. En parallèle, les technologies d'IA permettent d'automatiser les tâches administratives : codification des actes médicaux avant facturation : vérification d'une pièce d'identité en préadmission, traitement des factures… autant de missions répétitives mais essentielles au quotidien d'un hôpital. Leur automatisation permet de libérer du temps pour remobiliser les professionnels au cœur de leurs missions : le soin et l'accompagnement.

Le développement durable, d'une préoccupation lointaine à un facteur de performance

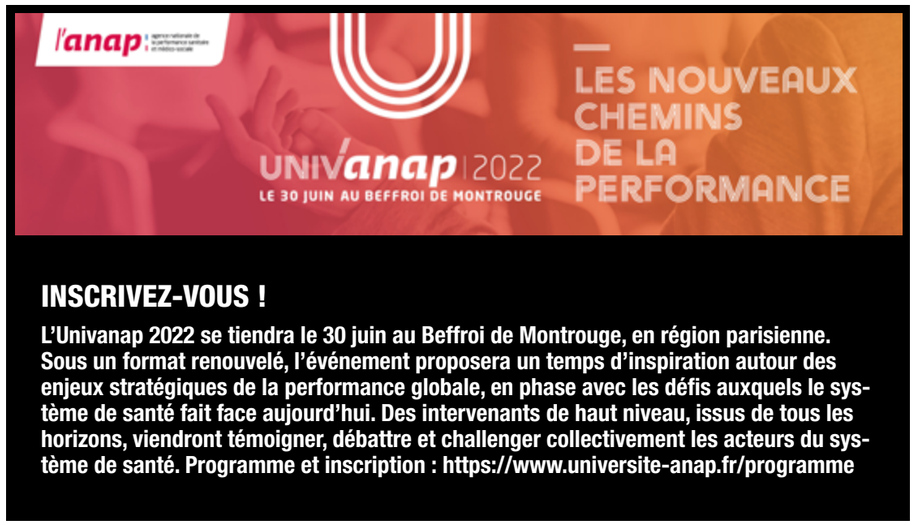
À court terme, les dirigeants des structures ont des sujets d'urgence immédiate à régler et la question de l'empreinte carbone peut leur sembler être une préoccupation lointaine, au-delà des nombreuses obligations réglementaires qui s'appliquent au secteur de la santé. Or, le développement durable pourrait - et devrait - être pensé comme un levier de management et un projet fédérateur pour les établissements. Réduire son empreinte environnementale, c'est mettre en cohérence le fonctionnement de l'établissement avec sa mission d'intérêt général et améliorer le service rendu aux patients et aux usagers. Par ailleurs, une démarche RSE constitue un véritable avantage concurrentiel pour se distinguer des autres acteurs de soins. Améliorer sa performance environnementale, c'est également implanter son établissement favorablement dans son territoire d'accueil en privilégiant les circuits courts, en réduisant l'impact sonore (véhicules électriques), en adoptant une gestion durable des déchets…

Fidélisation et attractivité de nos talents, un enjeu de taille pour l'avenir du secteur

Enfin, pour améliorer le système de santé, il faut miser sur nos professionnels et développer une véritable stratégie de ressources humaines qui réponde aux enjeux d'attractivité et de fidélisation et anticipe les évolutions des métiers. Une gestion optimale des talents s'avère d'autant plus nécessaire dans un contexte de tensions tel que le connaît le secteur. Il est indispensable d'encourager la créativité et l'engagement des équipes à travers de nouvelles dynamiques managériales. L'intelligence collective et le management collaboratif sont des leviers de performance pour les établissements qui, en répondant aux aspirations de leurs professionnels, favorisent leur engagement et améliorent la prise en charge des patients.

Même s'il reste bien spécifique, le domaine de la santé a tout à gagner à ouvrir ses œillères et à s'inspirer des autres secteurs pour se nourrir des bonnes pratiques managériales, environnementales, numériques qui ont déjà fait leurs preuves ailleurs. Nous avons beaucoup à apprendre des autres : du système logistique perfectionné de la grande distribution à la transformation numérique réussie du secteur bancaire, lui aussi fortement réglementé.

Notre secteur a plus que jamais besoin de s'ouvrir et de se renouveler au bénéfice des professionnels et des usagers. L'Université d'été de l'Anap, qui aura lieu le 30 juin, sera une occasion d'interagir avec des intellectuels, innovateurs et professionnels de tous les horizons pour évoquer les enjeux stratégiques de la performance en santé ■





TRIBUNE

LA RSE ET LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE DEVRAIENT ÊTRE LE CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ…

PAR **OLIVIER TOMA**
FONDATEUR DE L'AGENCE PRIMUM NON NOCERE ET CHARGÉ DU PLAIDOYER DE L'ASSOCIATION AGIR POUR LA SANTÉ DES GÉNÉRATIONS FUTURES

La population évolue. 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.

La politique de santé est basée depuis des années sur un concept erroné, qui pour diminuer les dépenses de santé, tend à réduire l'offre de soins… moins de lits, moins de soignants !

C'est sur cette vision « comptable » que l'État gère la santé depuis plusieurs décennies. C'est bien mal connaître le sujet !

C'est ainsi qu'à l'heure où la population augmente, vieillit et « consomme » de plus en plus de soins et de technologies, que l'on ferme et concentre des lits et que l'on ne forme pas les médecins de demain en quantités suffisantes !

L'actuelle et prévisible pénurie de soignant est telle que les listes d'attente ne font qu'augmenter, alors que nous pourrions même développer sur tout le territoire des dynamiques de « tourisme médical » tant nos professionnels sont efficaces. Dans dix ans, cette pénurie grandissante sera un problème majeur. Peut-être faudra-t-il « choisir » les patients et opter pour « l'abandon thérapeutique ». En 50 ans la population humaine et mondiale a doublé, les technologies ont évolué… Il faut donc une politique de santé à vingt ou trente ans si l'on veut anticiper les besoins !

On y arrive dans le secteur de l'aérospatial, pourquoi n'y arriverait-on pas dans la santé ?

Un contexte règlementaire foisonnant

Le contexte réglementaire est foisonnant, des centaines de textes ont été adoptés ces dix dernières années, sans se doter des moyens de les appliquer !

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SONT TRÈS MOTIVÉS POUR ÊTRE LES ACTEURS DE CETTE TRANSITION. EN 2010, ILS NOUS DEMANDAIENT « POURQUOI FAUT-IL S'ENGAGER ? » EN 2022, ILS NOUS DEMANDENT « COMMENT S'ENGAGER ? »

Économie circulaire : les filières de revalorisation des bio déchets, de verre médicamenteux, de métaux précieux ne sont pas structurées sur les territoires. Tout est détruit par incinération ! Ça n'a aucun sens. Toutes ces matières sont revalorisables. Un établissement vertueux qui fait l'effort de trier et de valoriser ses déchets est « sanctionné » par le maintien en l'état de sa taxe d'enlèvement des ordures ménagères, auquel s'ajoute le coût des filières de tri, alors qu'il devrait être en tout ou en partie exonéré pour donner envie d'agir à tous.

Écoconception des soins : on transforme l'activité de chimiothérapie qui était réalisée dans un contexte d'hospitalisation par des traitements à domicile pour réduire les dépenses. Mais à domicile, il n'y a pas de possibilité de traiter les excréta et les stations d'épuration françaises (contrairement à la Suisse) ne traitent pas ces molécules cytostatiques qu'ils contiennent. Elles sont très impactantes pour la santé et pour l'environnement. On retrouve donc des résidus médicamenteux dans l'eau de boisson !

C'est pour cette raison que les vétérinaires ont interdit la chimiothérapie en ambulatoire pour collecter et détruire les excréta à 1200°…

Les établissements de santé doivent réduire leur empreinte carbone de 40 % d'ici 2030 mais les fournisseurs de dispositifs médicaux et de médicaments ne fournissent pas leur propre empreinte ou leur « analyse du cycle de vie » (ACV) ce qui rend impossible la mesure et la réduction des émissions de gaz à effet de serre indirectes qui représentent plus de la moitié des impacts du secteur. Les autorisations de mise sur le marché (AMM) devraient maintenant être complétées par les informations relatives à l'ACV ou le bilan carbone produit.

Des dispositifs médicaux, des matériaux de construction, des médicaments, des cosmétiques pour femmes enceintes contiennent encore des perturbateurs endocriniens avérés ou des



nanoparticules. Sans autorisation de mise sur le marché de ces produits, les professionnels de santé sont démunis pour conseiller les patients et parturientes…

Des acteurs engagés et engageants

Les professionnels de santé sont très motivés pour être les acteurs de cette transition. En 2010, ils nous demandaient « pourquoi faut-il s'engager ? » en 2022, ils nous demandent « comment s'engager ? ».

Actuellement plus de 400 établissements sont engagés sur les territoires dans des démarches à Très Haute Qualité Sanitaire Sociale et Environnementale (THQSE).

La mutation est faite, il faut maintenant les accompagner.

L'ANAP, en partenariat avec le C2DS a pris le leadership en 2022 sur ces sujets en accompagnant les structures volontaires vers des démarches globales ou thématiques. Plus de 500 établissements français bénéficieront de leur conseil pour « généraliser la dynamique ».

Le ministère de la santé doit maintenant mettre des moyens spécifiques sur :

• La formation initiale et continue sur la RSE et la santé environnementale pour tous les acteurs de la santé.

• La généralisation des « achats responsables » grâce au programme PHARE de la DGOS et à la mise à disposition des établissements tant publics que privés de cahier des charges et de critères de choix intégrant des critères RSE.

• La mise à disposition auprès des médecins et des soignants d'un outil d'écoconception des soins pour aider les professionnels à prendre des décisions éclairées, pour ainsi réduire le gaspillage, l'empreinte carbone et la consommation de ressources.

Rêvons de la création d'un département santé au sein de l'ADEME, car ils se sont désengagés de ce secteur, alors qu'il doit entamer sa transition énergétique.

Les agences de l'eau doivent aussi s'engager tant ce secteur est « hydrovore » et a besoin de soutiens et d'expertises pour réduire ses propres consommations d'eau, revaloriser toutes les eaux cachées (dialyse, autoclaves, eaux grises) et réduire leurs effluents liquides et médicamenteux. Nous entrons dans la décennie de la disruption en santé, il est temps de passer de l'intention à l'action, les professionnels sont prêts, au plus grand bénéfice des patients des générations futures ■

TRIBUNE

REVOIR L'ARTICULATION ENTRE MÉTIERS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

PAR LE PR ALAIN BERNARD
ANCIEN CHEF DE PÔLE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE AU CHU DE DIJON

& JEAN-PAUL SÉGADE
PRÉSIDENT DU CRAPS

Notre système de santé a besoin d'être réformé aussi bien à l'hôpital que la médecine de ville. Les prises en charge des pathologies chroniques sont de plus en plus complexes et le vieillissement de la population impose de revoir nos modes d'organisations. N'envisager une future réforme que sous l'angle hospitalier ne réglera que partiellement les difficultés de notre système de soin. L'hôpital à lui seul ne pourra pas répondre aux besoins des patients et de leurs familles, la médecine de ville a un rôle essentiel à jouer dans les nouvelles organisations de la santé. De plus en plus souvent il faut parler de parcours patients impliquant de nombreux professionnels de santé du médecin au pharmacien en passant par le kinésithérapeute et l'infirmière exerçant aussi bien dans un établissement de santé qu'en libéral. La révolution numérique appliquée aux soins, n'est qu'un outil pour les acteurs et ce dans l'intérêt des patients. Ces outils ne sont pas une fin en soi, ils ne pourront apporter un bénéfice dans le traitement des pathologies que « si une organisation entre les professionnels de santé a été élaborée et validée pour répondre aux besoins du patient. Si l'outil numérique ne répond pas à un cahier des charges précis, le risque est grand de n'avoir qu'un gadget à sa disposition ».



Pour améliorer notre système de santé, les transferts de tâches entre les professionnels de santé constituent une piste intéressante. Une organisation entre les professionnels de santé a été élaborée et validée pour répondre aux besoins du patient. Les protocoles de coopération pour les infirmières a plusieurs avantages, le premier est de revaloriser le métier d'infirmière qui a en bien besoin actuellement. Il permet de lutter partiellement contre les problèmes liés à la démographie médicale. Le transfert de tâches vers les infirmières permettrait d'améliorer la qualité des soins notamment dans le cadre du parcours patients.

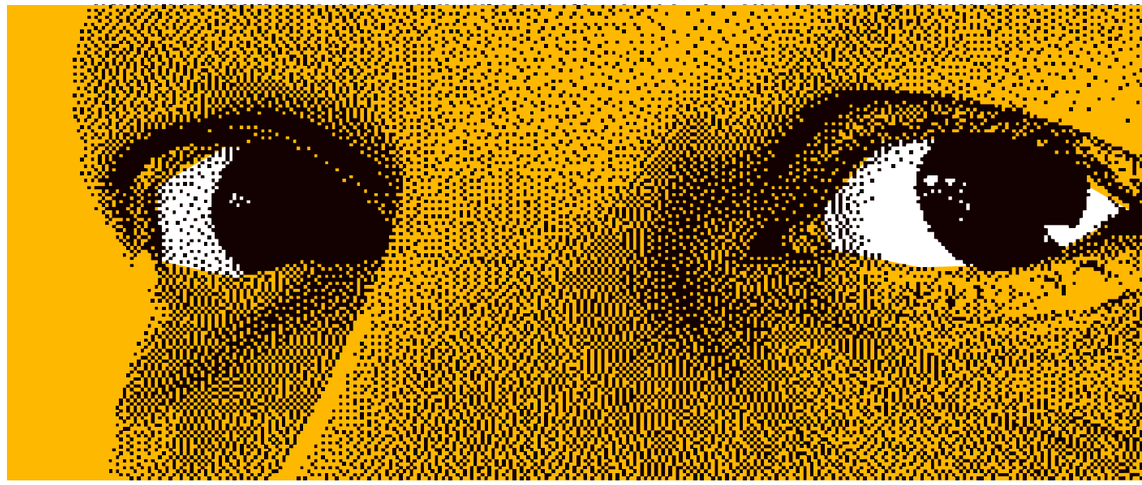
De nombreuses expériences dans certains pays étrangers comme l'Angleterre ou le Canada ont modifié les pratiques infirmières où leurs tâches sont multiples. Elles assurent des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, le suivi des maladies chroniques, le développement et la promotion de l'éducation thérapeutique. Elles peuvent également prescrire à condition de posséder une qualification spécifique. Ces transferts de tâches au début se sont inscrits dans une logique de complémentarité et depuis peu dans une logique de délégation pour la prescription, la prévention et le suivi des maladies chroniques. Parallèlement les médecins ont adhéré à ces nouvelles organisations leur permettant de se consacrer aux problèmes médicaux complexes et

de passer plus de temps au près des patients. L'infirmière contribue à améliorer la qualité des soins et non au remplacement du médecin. Des études ont montré la supériorité de la qualité des soins avec une équipe qui réunit un médecin et une infirmière. D'autres études montrent que la collaboration en complémentarité améliore les effets sur la santé des patients ainsi que leur satisfaction, une meilleure observance des protocoles de soins ainsi que des recommandations.

En France, depuis plusieurs années des protocoles de coopération ont été signés dans les établissements de santé grâce à la HAS. Mais cependant nous sommes encore loin ce qu'on pu mettre en place des pays comme l'Angleterre, notamment pour la médecine de ville. Plus récemment les infirmières de pratique avancée ont vu le jour, ces nouvelles infirmières du fait de leur compétence vont se situer entre les médecins et les infirmières. Cette initiative paraît intéressante mais les missions exactes de ces nouvelles infirmières devront être clarifiées. Pour illustrer notre propos afin de confirmer l'intérêt des protocoles de coopération nous rapportons un exemple en cardiologie. Un protocole de coopération a été signé entre les médecins de cardiologie et certaines infirmières pour réaliser des échographies cardiaques. Ce protocole décrit l'organisation mise en place et la formation des infirmières à l'échographie. À terme ces infirmières réaliseront des échographies cardiaques standard, elles auront recours aux cardiologues en cas de difficultés ou d'échographie anormale. L'intérêt de ce protocole libère du temps médical pour d'autres tâches et valorise la pratique infirmière. On voit tout l'intérêt de faire confiance aux acteurs dans une démarche professionnelle ou une approche territoriale pour définir des nouvelles règles de jeu.

DES ÉTUDES ONT MONTRÉ LA SUPÉRIORITÉ DE LA QUALITÉ DES SOINS AVEC UNE ÉQUIPE QUI RÉUNIT UN MÉDECIN ET UNE INFIRMIÈRE

En conclusion le transfert de tâches entre infirmier et médecin va permettre d'améliorer la qualité des soins, par exemple en évitant les dépassements de tâche des infirmières dans les services hospitaliers sans aucune formation, ce qui est le cas actuellement bien souvent. Cette modalité de fonctionnement devrait s'étendre aux parcours de soins des maladies chroniques et des personnes âgées. Ces nouvelles organisations vont permettre le maintien à domicile des personnes âgées ou des patients atteints de maladie chronique. Elles devraient pouvoir prévenir les réhospitalisations inutiles et faciliter la sortie de l'hôpital. Les infirmières soit dans le cadre de protocole de coopération soit des infirmières de pratique avancée pourraient réaliser des consultations, prescrire éventuellement, suivre les patients et proposer de l'éducation thérapeutique. Ces nouvelles organisations se font en collaboration et en complémentarité avec les médecins. Au bout du compte c'est le patient qui sera le gagnant ■



TRIBUNE

INNOVER, C'EST UNE QUESTION DE VOLONTÉ

PAR GILLES GIRARD
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE THÉMIS CONSEIL

Les débats sur la grande Sécu ont été ardents et ses nombreux opposants ont - temporairement ? - réussi à tuer le projet. En instituant un système où ne seraient restées à la charge des assurés que certaines prestations - dépassements d'honoraires, optiques, dentaires, auditifs, suppléments de chambre individuelle à l'hôpital -, la grande Sécu rendait la complémentaire santé bien moins indispensable aux yeux de beaucoup de Français. Une perspective effrayante pour ces organismes et pour l'instant écartée, même si les travaux du HCAAM ont sans doute généré trop d'envies chez les tenants de cette grande Sécu pour que la machine s'arrête complètement.

Quoiqu'on pense du projet, il est indéniable que les débats qui l'entourent et vont l'entourer seront l'occasion d'une réflexion autour de l'innovation en matière de protection sociale. Cette réflexion est vitale : si on n'innove pas, si on maintient le dispositif en ne donnant que des mini-tours de vis, rien ne permettra de faire en sorte que le système coûte moins cher. Certes, les opposants au premier projet de grande Sécu ont eu beau jeu d'expliquer que ce système nuirait à la maîtrise des dépenses et à l'innovation. Il est vrai que l'architecture projetée n'offrait pas les meilleures garanties en matière d'innovation - et les travaux du HCAAM n'y ont d'ailleurs jamais fait référence. Mais il faut aujourd'hui une vraie impulsion. Les discussions autour d'un nouveau projet de grande Sécu seraient l'occasion de se mettre autour d'une table afin de provoquer le changement. En même temps qu'elles pousseraient à s'interroger

collectivement sur l'efficience réelle des moyens aujourd'hui mis en œuvre…

Tous les organismes du système de santé français doivent mener une réflexion d'ampleur sur leur stratégie en matière d'innovation. Elle seule permettrait, en limitant les risques, de combattre les problèmes de santé à la source, alors que la démarche actuelle ne sert pour l'instant, grâce au numérique en particulier, qu'à optimiser les process. Toutes les innovations concernant le parcours de soins et l'accès aux soins doivent donc être évoquées, sans oublier la couverture du territoire (quelles sont les alternatives pérennes aux déserts médicaux ?), mais aussi la téléconsultation (faut-il la généraliser ?). Beaucoup d'innovations « ludiques », des initiatives encouragées et parfois récompensées par les mutuelles - « Fais 10 000 pas par jour », « Donne ton sang et gagne un bon d'achat » - ne sont que des mesurettes dont l'effet à long terme n'est pas prouvé. Du marketing, de la com, mais pas de l'innovation ! Rien à voir avec les bilans de santé proposés par la CPAM tous les 5 ans au-delà de 40 ans où les incitations à faire un examen exhaustif avec prise de sang complète que propose déjà le régime obligatoire, un dispositif qui a un vrai coût mais n'est pas encore maîtrisé et souffre de ce qu'en matière de prévention, chacun fait ses choses dans son coin.

La prévention ne doit pourtant pas être un sujet réservé aux mutuelles ou au régime obligatoire, elle implique une véritable concertation, parce que c'est là que réside le salut de notre système de santé. C'est donc l'occasion de poser la question du rôle de chacun, afin de s'assurer que personne ne soit « parallélisé ». C'est aussi l'occasion de s'interroger sur l'efficience des moyens mis en œuvre : si la prévention proposée par le régime obligatoire n'est pas efficace, il faut inventer d'autres moyens. Mais quand on parle de problèmes cardiaques ou de cancer, la prévention reste l'apanage du régime obligatoire, pas celui des mutuelles, dont la vocation n'est pas d'assurer ce genre de risques.

LA DATA EST DEVENUE L'OUTIL DU CHANGEMENT ET DE LA RÉINVENTION, CAR ELLE SEULE PERMETTRA LA CONSTRUCTION D'UN VRAI PARCOURS DE SANTÉ. LE PROBLÈME MAJEUR EST QUE LES ACTEURS FRANÇAIS DE LA PROTECTION SOCIALE N'ONT JUSQU'À PRÉSENT JAMAIS SU FRANCHIR LE CAP DE LA COMPLÉMENTARITÉ

Au-delà, le vrai champ d'innovation pour notre système de santé réside bien sûr dans la donnée, son recueil, son traitement et son utilisation. La data est devenue l'outil du changement et de la réinvention, car elle seule permettra la construction d'un vrai parcours de santé. Le problème majeur est que les acteurs français de la protection sociale n'ont jusqu'à présent jamais su franchir le cap de la complémentarité, alors que c'est la seule bonne manière de fonctionner. Il faut que les mutuelles acceptent de partager leurs données avec l'AMO… et vice-versa. Malheureusement, les niveaux de maturité ne sont pas équivalents et la capacité des organismes complémentaires à collecter des données est encore très inégalement répartie.

En la matière, le projet de Health Data Hub est un élément d'avenir fondamental auquel il importe d'accorder la plus grande attention. C'est sans aucun doute le seul moyen d'échapper à un monde de silos et de visions partielles. Il permettrait de fédérer les acteurs autour de la population française, de constituer un terreau le plus exhaustif possible, une précieuse « mine de données » à laquelle chacun, l'Assurance maladie autant que les mutuelles, auraient accès selon son rôle et ses prérogatives évidemment (les mutuelles n'ont par exemple pas accès aux pathologies).

Bien pensé, le Health Data Hub peut être un magnifique outil pour mesurer l'efficience de ce qui est mis en place dans chaque domaine, de la prévention aux soins. Mais pour qu'il réussisse, ce « service public » doit d'abord reposer sur un cloud souverain français et conserver ces données en France : l'héberger chez un Microsoft (Azur), comme c'est aujourd'hui le cas, ou bien chez un Amazon ou un Google, est une erreur grave. Même si la CNIL a demandé au gouvernement de changer d'orientation à cause du Cloud Act américain, rien n'a bougé pour l'instant : on continue d'alimenter un Hub hébergé par Azur comme si de rien n'était et aucun programme de migration ou de réversibilité n'a encore été engagé. Il existe pourtant des solutions alternatives comme le consortium Bleu (Capgemini Orange), qui héberge en France avec de la technologie Azur, ou bien Thalès, qui en fait de même avec de la technologie Google. Pourquoi ne pas suivre l'exemple de Mon espace santé, qui héberge chez Atos/Octo les données de chaque patient (alors que le Health Data Hub héberge des données en théorie anonymisées avec une finalité de recherche) ? Ou



celui de TousAntiCovid, hébergé chez Outscal, une filiale de Dassault ?

Au-delà des questions de stricte souveraineté, confier le Health Data Hub à un Gafam - même si ces géants disposent déjà d'une grande avance technologique - serait une absurdité. Après tout, la France n'a-t-elle pas montré pendant la crise sanitaire qu'elle avait les moyens de créer des solutions appropriées comme TousAntiCovid, dont l'efficacité est désormais prouvée et reconnue après des débuts chaotiques ? Il est regrettable qu'on fasse du Health Data Hub un sujet d'État, alors qu'on devrait en faire un sujet de start-ups. Ce sont elles, bien plus que l'État, les mutuelles ou d'autres acteurs, qui sauront trouver les bonnes solutions.

La crise sanitaire a clairement été un accélérateur de tous les projets digitaux, et notamment en matière de santé. Émettons le vœu que ce nouveau quinquennat poursuive le mouvement, à condition que l'État reste dans son vrai rôle d'urbaniste/architecte : celui qui crée les conditions de développement et propose la gouvernance adéquate. Et à condition que nos forces vives se rassemblent au service de l'innovation, sans qui rien ne perdurera ■



TRIBUNE

ET SI ON FAISAIT UNE PRIORITÉ NATIONALE DE LA SANTÉ DE CEUX QUI NOUS SOIGNENT ?

PAR SAMIRA BEKHTI
MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS

Dans le dernier baromètre santé de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers[1], les Français expriment quasi-unanimement une très haute opinion de leurs soignants : 90 % des répondants en ont une perception très positive, les jugeant « humains » et « à l'écoute ». C'est un enseignement également tiré par la DRESS[2] au plus fort de la crise, fin 2020 : les Français tiennent à leurs soignants et à notre modèle de protection sociale, et préserver cet acquis de notre pacte social constitue un défi majeur des prochaines années. Relever ce défi, c'est d'abord accompagner notre système de santé dans ses transformations indispensables pour le rendre encore plus robuste et résilient, et aussi plus efficient, en combinant performances humaine, stratégique, opérationnelle et médico-économique.

Pérenniser notre système de santé, c'est d'abord protéger nos professionnels en santé, c'est-à-dire les soignants ainsi que tous ceux qui les soutiennent au quotidien pour faire vivre notre service public en santé, dans la richesse et la diversité de leurs métiers, statuts ou modes d'exercice. Vaste chantier ! Prenons-le au pied de la lettre, en préservant le capital santé de ceux qui nous soignent, et en leur donnant les moyens de se maintenir en bonne santé, en autonomie tout au long de leur vie.

Que savons-nous de la santé de ceux qui, au quotidien, prennent soin de notre santé ?

Peu et moins que ce que l'on sait à propos des salariés d'autres secteurs ou branches professionnelles dont les accords conventionnels ont permis, depuis de nombreuses années, d'explorer l'état de santé des salariés et les risques qui pèsent sur eux, avec des approches documentées et ciblées sur les métiers de ces branches.

Pour ce qui concerne les professionnels en santé, les études scientifiques sont relativement moins nombreuses, et lorsqu'elles existent, elles portent principalement sur les médecins. Parmi les études récentes disponibles, citons-en deux, qui permettent de tirer plusieurs enseignements préoccupants. La première a été menée fin 2018 par la Mutuelle Nationale des Hospitaliers en partenariat avec l'Université de Bourgogne Franche-Comté sur un échantillon de 6 078 professionnels de santé, dont 1 307 personnels hospitaliers[3]. La seconde a été menée en 2017 par l'Association Nationale des Médecins du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH) avec le soutien de l'Institut National de Recherche et Sécurité (INRS) sur les grossesses des professionnelles de santé[4]. Toutes deux illustrent un constat : les professionnels en santé, comparés au reste des Français, prennent moins (bien) soin de leur santé, et sont relativement plus exposés dans le cadre de leur exercice professionnel, en particulier les infirmiers et aides-soignants, professions majoritairement féminines.

Cette étude a également démontré que les cinq principaux facteurs de stress dans le cadre de l'exercice professionnel (« stresseurs ») sont reliés au management (par exemple : des injonctions contradictoires, des rôles et responsabilités imprécis, une charge de travail perçue non maîtrisée) et à la gestion directe du patient et de ses proches (par exemple : la souffrance du patient, les incivilités voire l'agressivité vis-à-vis des soignants). Les femmes et les jeunes professionnels s'avèrent les plus exposés à ces stresseurs.

Étude MNH menée en partenariat avec l'Université de Bourgogne Franche-Comté et ODOXA fin 2018 (échantillon de 1 005 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus et échantillon de 6 078 professionnels de santé, dont 1 307 personnels hospitaliers)

2 SOIGNANTS SUR 5 N'ONT PAS DE MÉDECIN RÉFÉRENT.

L'EXERCICE HOSPITALIER SUREXPOSE LES PROFESSIONNELS AUX RISQUES SUR L'ÉTAT DE SANTÉ, ET PARMI EUX, LES INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS, PROFESSIONS MAJORITAIREMENT FÉMININES.

INFIRMIERS ET AIDES-SOIGNANTS PRÉSENTENT DAVANTAGE DE TROUBLES DU SOMMEIL, D'ARRÊTS DE TRAVAIL, DE TEMPS DE REPAS SACRIFIÉS.

EN MATIÈRE DE CONDUITES ADDICTIVES, LES PARAMÉDICAUX SONT MOINS CONCERNÉS PAR LA CONSOMMATION D'ALCOOL (AU CONTRAIRE DES MÉDECINS, NOTAMMENT GÉNÉRALISTES) MAIS RELATIVEMENT PLUS EXPOSÉS À LA CONSOMMATION DE TABAC, NOTAMMENT LORSQU'ILS EXERCENT À L'HÔPITAL.

ALORS QUE LES HOSPITALIERS FONT RELATIVEMENT MOINS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE QUE LES LIBÉRAUX, CE SONT ENCORE LES INFIRMIERS (44 %), AIDES-SOIGNANTS (54 %) QUI SE DÉMARQUENT, TOUT COMME LES INTERNES QUI FONT COMPARATIVEMENT MOINS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE.

En plus des risques spécifiques, liés à leurs conditions particulières d'exercice, les professionnels en santé sont aussi exposés aux mêmes risques de santé publique que le reste de la population. À cet égard, il serait intéressant d'objectiver leur espérance de vie en bonne santé après 65 ans, pour la comparer avec celle de la population française dans son ensemble (qui progresse moins vite que celle d'autres pays européens[5]).

Protéger les professionnels en santé, c'est donc renforcer leur accès à la santé, tant du point de vue curatif (« les cordonniers sont les plus mal chaussés » dit l'adage populaire), que du point de vue préventif. S'engager pour préserver leur capital santé n'est pas seulement un enjeu de santé publique, c'est aussi un enjeu stratégique d'attractivité et de fidélisation pour les établissements de santé et les employeurs, publics ou privés, confrontés à une crise de vocations, et à une fuite des talents[6].

En complément, on peut intuitivement poser l'hypothèse que des professionnels en bonne santé, responsables et engagés activement pour se maintenir en bonne santé, sauront encore mieux prendre soin de leurs patients et usagers. Enfin, en dépit de la vision court-termiste qui réduit cet engagement à une dépense, développer une politique et des actions de prévention pour les professionnels

[4bis] *L'Association Nationale des Médecins du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH) avec le soutien de l'Institut National de Recherche et Sécurité (INRS) s'est intéressée en 2017 au sujet des grossesses des professionnelles de santé, au regard de la multiplicité des risques auxquelles elles sont exposées dans leur exercice professionnel. Cette étude, menée auprès de médecins des hôpitaux adhérents à l'association, a montré une multi- exposition aux risques (horaires atypiques, temps de trajets supérieurs à 50 minutes, …), davantage d'arrêts maladie que le reste de la population pendant la grossesse, et un suivi de prévention pendant la grossesse relativement (trop ?) faible.*

La prévention et la promotion de la santé : un retour sur investissement financier à long terme

20 %
des dépenses de santé n'ont soit pas d'impact, soit un impact négatif sur la santé (OCDE, 2017).

1€
investi en politique de prévention des risques professionnels se traduit par 2,19€ en moyenne de rendement (Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics, 2013).

476 milliards d'€
Le coût des AT/MP, en 2017 (au niveau des 28 pays de l'UE - Source : Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail).

4,81
Le ratio bénéfices/coûts d'une politique de prévention des risques professionnels oscille entre 1,01 et 4,81 (Source : Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail).



en santé s'avère un investissement pour l'avenir, avec des retombées financières à long terme, grâce notamment aux dépenses de santé évitées.

Comment concrétiser cet engagement sur le terrain ? 4 pistes pour passer à l'action :

1. Changer de paradigme : appréhender la prévention et la promotion de la santé dans une approche pluridimensionnelle qui tienne compte des nombreux déterminants de la bonne santé et des multiples expositions aux risques (modes de vie, comportements individuels, conditions d'exercice professionnel en plus du terrain génétique)[7] :

Positive : parler de se maintenir en bonne santé et de préserver son capital santé, et promouvoir les comportements favorables au maintien en bonne santé et en autonomie, tout au long de la vie.

Prédictive : fonder la prise de décision sur des données objectives, des travaux de recherche, des observations, en mobilisant tous les outils et innovations technologiques à disposition. Pour cela, exploiter systématiquement toutes les données disponibles, et quand elles n'existent pas, créer les dispositifs qui permettront de se doter de données factuelles et à maille individuelle sur leur état de santé.

Participative : mobiliser toutes les énergies, à commencer par les professionnels eux-mêmes, responsables et acteurs de leur bonne santé. S'appuyer sur toutes les compétences disponibles, au niveaux national et territorial, en les coordonnant autour d'objectifs prioritaires.

LES FRANÇAIS TIENNENT À LEURS SOIGNANTS ET À NOTRE MODÈLE DE PROTECTION SOCIALE, ET PRÉSERVER CET ACQUIS DE NOTRE PACTE SOCIAL CONSTITUE UN DÉFI MAJEUR DES PROCHAINES ANNÉES.

Parcours de vie : faire du maintien en bonne santé une préoccupation qui s'intègre, naturellement, tout au long de la vie et de la carrière, avec une attention particulière portée aux transitions de vie personnelles et professionnelles.

Personnalisée : impérativement tenir compte des spécificités propres aux professionnels de santé et aux risques auxquels ils sont exposés, dans leur vie quotidienne (en lien avec leurs conditions d'exercice et avec leur vie personnelle)[8], pour partir de leurs besoins.

Proximité : agir au plus près des professionnels de santé et de leur « terrain de vie », en s'appuyant sur la connaissance éprouvée de ce terrain, et construire des réponses ciblées, adaptées aux besoins de santé de ces professionnels.

Pertinente : systématiquement évaluer pour démontrer le niveau d'impact atteint. Cela permet d'adapter les actions au regard de l'intérêt à agir : si l'impact est avéré, conforter l'action, sinon, l'ajuster encore et encore.

2. Capitaliser de la connaissance ciblée à partir de recherches et observations objectives et de qualité scientifique portant sur la population des professionnels en santé.

Pour éclairer les décisions et orienter l'action, seule cette connaissance factuelle et étayée permet de comprendre et diagnostiquer précisément ce qui nuit à leur maintien en bonne santé.

Cela suppose de consolider une culture de la donnée individualisée (pas uniquement de santé)

qui porte sur tous les déterminants de la santé, et des démarches systématiques de recherche « impliquée »[9]. Pour en déduire des actions de prévention et de promotion ciblées, idéalement construites « sur mesure », tenant compte du mode de vie personnel et des conditions d'exercice professionnel de chaque métier. Etant donné l'ampleur de la tâche, cette approche doit se nourrir de petites victoires, à construire progressivement et dans la durée.

3. Renforcer l'engagement des professionnels en santé, et en faire les premiers ambassadeurs et acteurs de leur bonne santé, en leur donnant accès à des moyens ergonomiques et innovants de se maintenir en bonne santé et en autonomie.

Selon l'INPES, deux tiers des adultes en France ont un niveau insuffisant de littératie[10] en santé pour « prendre soin adéquatement de leur santé, depuis la prévention jusqu'au suivi des traitements ». Les professionnels en santé figurent assurément dans le tiers restant, il serait sans doute bénéfique de renforcer l'éducation en santé publique dans la formation initiale et continue des professionnels en santé.

4. Bâtir des coalitions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires d'acteurs qui contractualisent pour déployer ensemble des approches « sur-mesure » en réponse à des objectifs de santé publique définis pour les professionnels en santé.

Sous l'impulsion d'un État stratège, agissant de façon coordonnée à tous les échelons, ces coalitions mobilisent des acteurs complémentaires engagés dans les territoires, au plus près des professionnels en santé : services de l'État, Sécurité sociale, organismes complémentaires d'assurance maladie, collectivités[11], associations, professionnels de santé de ville, établissements et services de santé au travail, chercheurs, incubateurs et entreprises...

Pour tous ces acteurs, agir pour préserver la santé des professionnels de santé permet de montrer l'exemple et de faire d'une pierre deux coups. En effet, se préoccuper prioritairement de la santé de ceux qui nous soignent, c'est aussi leur donner des clés supplémentaires pour encore mieux prendre soin de leurs patients et usagers. Pour une mutuelle créée par des hospitaliers pour des hospitaliers, cette exigence en matière de prévention et de promotion de la santé « sur-mesure » participe, depuis sa création, de son utilité sociale ■

[1] Baromètre Santé 360° de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers, réalisé par ODOXA en partenariat avec la Chaire santé de Sciences Po, mai 2022.

[2] DREES, Études et Résultats, mai 2022, n° 1228.

[3] Mutuelle Nationale des Hospitaliers, 2018, Etude menée avec l'Université de Bourgogne Franche Comté, le Quotidien du médecin, SPS et ODOXA.

[4] Travailler durant la grossesse en secteur hospitalier en 2017 : étude rétrospective nationale menée par l'ANMTEPH avec le soutien de l'INRS.

[5] OCDE, 2019, Enquête EU-SILC.

[6] Les établissements de santé publics sont d'ailleurs tenus, depuis la loi RIST votée en avril 2021, d'inclure un volet Prévention à leur projet d'établissement.

[7] Santé 2030, étude du LEEM avec le Think Tank Futuribles,2020, ; 4P Medecine, Leroy Hood, Institute for Systems Biology, 2013 ; Dessiner la santé publique de demain, Pr Chauvin, 2022 ; Travaux du Pr San Marco, Haut Conseil de la Santé publique.

[8] Cf les approches populationnelles portées par la FHF sur les territoires de santé.

[9] Conformément à l'expression d'un collectif d'étudiants en Ecoles Normales qui ont publié une tribune dans le Monde du 11 mai 2022, « Alignons notre pratique scientifique sur les enjeux impérieux de ce siècle ».

[10] L'Organisation Mondiale de la Santé définit le concept de littératie en santé (LS) comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé ».

[11] Notamment, en ce qui concerne les Régions, un amendement à la loi NOTRe conforte leur compétence de coordination de l'information géographique.



TRIBUNE

LUTTE CONTRE LA FRAUDE : L'IMPORTANCE DES CONTRÔLES AMONT

PAR **GROUPE EXPERTS ASSIA**

GILLES INTEM
RESPONSABLE DATA & INNOVATION

ERWAN PHILIPPOT
RESPONSABLE DE LA SÉCURITÉ DES SYSTÈMES D'INFORMATION

PIERRE CLOAREC
RESPONSABLE DE L'OFFRE DE SERVICES

YANN JOUANNIC
CHARGÉ DE COMMUNICATION & MARKETING

La lutte contre la fraude est à la fois un enjeu majeur pour les assureurs complémentaires et un casse-tête opérationnel pour les structures de taille intermédiaire. Pour y faire face, ces dernières doivent d'abord disposer d'outils de détection accessibles et efficaces. Décryptage.

La fraude aux prestations est devenue un élément central pour les organismes complémentaires. Elle représenterait un montant annuel de 300 millions d'euros par an, soit 1 % des prestations totales versées (Source : L'Argus de l'assurance, 10 février 2021.)

Le phénomène impacte l'ensemble des secteurs du domaine de la santé : optique, dentaire,

pharmacie, hospitalisation ou encore médecine de ville.

Fraude, abus et gaspillage : quelles différences ?

Sur le plan opérationnel, il est impératif de distinguer préalablement la fraude à proprement parler, l'abus et le gaspillage et d'en préciser les finalités.

La fraude est l'acte de tromper volontairement son régime d'assurance pour en tirer un avantage financier. C'est illégal.

L'abus est intentionnel et résulte le plus souvent de la perception d'avoir « droit à quelque chose ». S'il n'est généralement pas illégal, l'abus est fortement contraire à l'éthique.

Le gaspillage est quant à lui généralement involontaire et résulte dans la majorité des cas d'une erreur administrative ou de défaut de documents. Il n'est ni illégal, ni contraire à l'éthique, mais source de retard dans le traitement des réclamations et remboursements.

Les moyens de contrôle mis en place par les organismes de protection sociale permettent de détecter et de traiter indifféremment ces trois niveaux de préjudices à l'assurance santé.

Nous nous attacherons à traiter dans ces colonnes du phénomène de fraude dans son approche la plus large en englobant ces trois nuances distinctives.

Enjeux et mécanismes de la fraude à l'assurance

Le remboursement des frais de santé a évolué au fil des années pour répondre à la volonté de simplifier les démarches des assurés, rembourser au plus vite, voire supprimer les avances de frais, et réduire au maximum les coûts de traitement.

Ces avancées ont reposé sur le développement croissant de la dématérialisation des échanges et généré un accroissement des acteurs intervenant dans le processus de remboursement : assurés, professionnels et établissements de santé, opérateurs de tiers payant, réseaux de soins, Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Assurance Maladie Complémentaire (AMC) font partie d'un système devenu plus complexe, favorisant du même coup les fraudeurs qui eux, savent profiter de toutes ses failles.

LA FRAUDE AUX PRESTATIONS EST DEVENUE UN ÉLÉMENT CENTRAL POUR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

On notera que les trois-quarts des fraudes recensées sont imputables aux établissements et professionnels de santé, celles à l'origine des assurés ne représentant que moins d'un quart des prestations frauduleuses. (Source : Caisse Nationale d'Assurance Maladie CNAM, 2018.)

Dans ce contexte, les assureurs complémentaires souhaitent préserver leurs valeurs de solidarité, de mutualisation du risque, d'égalité de traitement et leur image de marque.

Les enjeux sont, en effet, triples et non négligeables.

Sur le plan financier, tout d'abord, il est impératif pour les acteurs complémentaires de « rembourser juste », de prévenir et de limiter les indus de prestations, source de dégradation du fameux rapport « Prestations remboursées/Cotisations perçues ».

CYCLE VERTUEUX À METTRE EN PLACE

RENFORCER LES CONTRÔLES A PRIORI

01. RETOUR EXPÉRIENCE
- contrôle de l'efficience des contrôles mis en place
- ajustements de ces contrôles
- analyse des montants remboursés selon un axe temporel

02. ACTIONS
- mise en place des contrôles a priori
- rejets de décomptes, courriers de mise en garde, etc.

03. DÉTECTION

CRÉATION DE CONTRÔLES MAESTRO
- atelier fraude
- demandes à formuler auprès du service data pour la mise en place de nouveaux contrôles

04. ANALYSE
- analyse des suspicions détectées

Sur le plan réglementaire ensuite, le nouveau cadre de la directive européenne « Solvabilité 2 », intègre la fraude comme un risque opérationnel que les assureurs sont tenus de quantifier, sinon de combattre. À cela, il faut ajouter la Lutte Contre le Blanchiment de capitaux et le Financement du Terrorisme (LCB-FT) qui nécessite également des outils ad-hoc de prévention, de détection et de remédiation.

Sur le plan de la transformation digitale, enfin, les assureurs complémentaires doivent adresser efficacement les enjeux d'automatisation et de simplification des processus de traitement et de gestion.

Détection a priori : une arme à portée de tous

Lutter contre la fraude est un combat dont les positions et la nature deviennent de plus en plus complexes. Aucun assureur complémentaire ne peut le minimiser ou pire, le négliger.

Indispensable pour la santé économique et financière des organismes d'assurances complémentaires, la lutte contre la fraude peut aussi très rapidement devenir chronophage et source de difficultés pour les structures de taille intermédiaire ne disposant pas toujours de service interne de lutte et de contrôle.

Contrairement à la fraude à l'IARD (Incendies, Accidents et Risques Divers), l'analyse des suspicions de fraudes auprès des assurances complémentaires porte sur des volumes importants d'actes de gestion, pour généralement de relativement faibles montants. Il est donc impératif d'intervenir avant le paiement, car récupérer les sommes indues peut être onéreux, complexe et souvent hors de proportion avec les coûts concernés.

L'EXPERIENCE D'ASSIA

NOTRE EXPÉRIENCE NOUS A PERMIS DE CONSTATER QU'AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ DES ASSUREURS COMPLÉMENTAIRES QUE NOUS ACCOMPAGNONS, CEUX AYANT INTÉGRÉ UN DISPOSITIF DE CONTRÔLE INTERNE RÉCUPÈRENT EN MOYENNE ANNUELLEMENT AU TITRE DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE, L'ÉQUIVALENT DE LEURS COÛTS D'INFOGÉRANCE.

La détection a priori devient, dans ce contexte de lutte, le premier bouclier à activer. C'est pourquoi, il est primordial que chacun des acteurs puisse disposer d'outils de détection agiles et simples à mettre en œuvre.

L'expérience montre qu'une part non-négligeable des fraudes peut être détectée dès lors que les schémas de fraude sont identifiés.

Parmi les schémas simples, facilement détectables, nous pouvons citer :

- L'envoi d'une même facture plusieurs fois via des canaux différents,

- L'envoi d'une même facture par deux professionnels différents,

- La facturation d'actes incohérents avec la situation de l'assuré (âge, sexe, localisation géographique...).

C'est d'abord sur ces outils et process que doivent se concentrer les premiers efforts des assureurs de taille intermédiaire.

Pour autant, appréhender de manière holistique la lutte contre la fraude permettra d'enrichir la pertinence des contrôles : l'identification des schémas complexes, qui n'est pas à la charge des équipes ou des outils de contrôle a priori, contribuera à former un cercle vertueux de détection des suspicions de fraudes.

LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE PEUT AUSSI TRÈS RAPIDEMENT DEVENIR CHRONOPHAGE ET SOURCE DE DIFFICULTÉS POUR LES STRUCTURES DE TAILLE INTERMÉDIAIRE NE DISPOSANT PAS TOUJOURS DE SERVICE INTERNE DE LUTTE ET DE CONTRÔLE

Exploiter la donnée pour enrichir la connaissance des équipes de gestion

Autre richesse présente chez tous les organismes complémentaires : les données de santé, Graal absolu dans la mise en place d'outils de détection agiles et efficaces.

Si le signalement d'un gestionnaire est un premier garde-fou en cas de suspicion, le déploiement de solutions d'analyse a posteriori de la donnée forme le second étage de la fusée.

Ces solutions, développées en interne ou externalisées facilitent la création de scénarii de fraude en s'appuyant sur des requêtes du décisionnel portant sur les actes optiques, audioprothèses, dentaires ou hospitaliers suspicieux.

Chaque organisme peut ainsi définir ses scénarii les plus adaptés à leur cas pour valoriser directement le ROI (Retour sur Investissement) des contrôles mis en place (a priori et a posteriori).

Maîtriser ses fondamentaux

L'approche décrite ici s'appuie sur des outils simples et des processus pragmatiques, largement maîtrisés par la communauté des assureurs, mais encore parfois imparfaitement mis en œuvre.

La détection des factures en doublon est un exemple des contrôles à mettre en place impérativement. Celles portant sur les surconsommations et les demandes de remboursements importants, juste après une adhésion sont également des indicateurs simples d'une fraude potentielle.

Face à une évolution de la fraude et des comportements, certains voudraient sauter le pas pour recourir à des solutions plus complexes et coûteuses, comme l'Intelligence Artificielle ou le Machine Learning qui se développent fortement pour réduire la détection des « faux positifs ».

Néanmoins, avant de se précipiter vers ce nouvel Eldorado, les organismes complémentaires doivent avant tout se concentrer sur les fondamentaux à mettre en place reposant sur les contrôles a priori et les outils décisionnels.

Mutualiser les connaissances pour renforcer la lutte

Enfin, lutter contre la fraude, c'est également favoriser les cellules d'échanges entre pairs en participant aux réflexions portées par des associations comme l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), ou en constituant des groupes de travail spécifiques, à l'instar de celui en cours de constitution chez ASSIA dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue ■





ITW CROISÉE

POURQUOI LE PROGRAMME CITIES CHANGING DIABETES ?

Théo Klargaard : Le programme Cities Changing Diabetes, lancé à Copenhague à l'initiative de Novo Nordisk, est parti d'un constat : deux tiers des personnes diabétiques de type 2 vivent en ville. C'est un chiffre qui reflète l'influence de l'environnement urbain sur les modes de vie. Vivre en ville favorise en effet la sédentarité ainsi qu'une alimentation déséquilibrée.

Ce phénomène a malheureusement été aggravé par la crise de Covid-19 qui a eu une grave incidence sur le manque d'activité des personnes. L'enquête CoviPrev 2020 de Santé Publique France soulignait une hausse de la sédentarité pendant le premier confinement. Les personnes de catégories socioprofessionnelles moins favorisées (CSP-) ou sans activité professionnelle sont particulièrement concernées par le manque d'activité, ainsi que les femmes les moins diplômées, en arrêt de travail ou au chômage partiel.

La hausse exponentielle du surpoids et de l'obésité jouent un rôle considérable dans la progression du diabète.

Anne Smetana : Le Danemark est souvent associé à un mode de vie sain et durable. En réalité, les inégalités en matière de santé sont importantes, en particulier chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, sans emploi ou vivant dans la pauvreté. Le diabète et l'obésité progressent donc, notamment dans les villes. C'est dans ce contexte que

Novo Nordisk a lancé en 2014, en lien avec l'University College London et le Steno Diabetes Center de Copenhague, le programme de prévention mondial Cities Changing Diabetes (CCD). Son objectif est de lutter contre le diabète et l'obésité, notamment en sensibilisant les populations fragiles, publics jeunes et précaires et ce en s'appuyant sur les acteurs locaux et c'est ce qui fait la force et l'originalité de cette démarche.

QUEL BILAN DRESSEZ-VOUS DEPUIS SON LANCEMENT ?

T.K. : Aujourd'hui, plus de 40 villes sur 4 continents ont rejoint le programme, touchant potentiellement près de 150 millions de personnes habitant dans ces aires urbaines à forte densité. Pour autant, le bilan n'est pas facile à dresser à court terme. Il s'agit donc moins d'un bilan que de 3 convictions fortes :

Premièrement, on le sait, la prévention n'est jamais aussi efficace que menée à un niveau de proximité très fort avec les populations. Pour cela, l'échelle locale et collective est le meilleur niveau d'action pour répondre aux besoins. C'est l'ambition de notre groupe danois : étendre au maximum les partenariats locaux pour avoir une approche préventive transverse (en milieu scolaire, à travers le sport, à travers une meilleure alimentation, etc.).

Deuxièmement, il faut connaître les caractéristiques des villes afin d'établir des actions ciblées pour être efficaces. Il faut pour cela inscrire la démarche dans une analyse scientifique, afin de mesurer l'impact des initiatives CCD sur l'épidémiologie locale du diabète et de l'obésité, quartier par quartier, pour répondre à des besoins réels. À Strasbourg par exemple, première ville française à rejoindre le programme, le taux de personnes diabétiques prises en charge est particulièrement élevé par rapport au niveau national (+ 23 %) et régional (+5 %).

DEUX TIERS DES PERSONNES DIABÉTIQUES DE TYPE 2 VIVENT EN VILLE. C'EST UN CHIFFRE QUI REFLÈTE L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT URBAIN SUR LES MODES DE VIE

Une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Grand-Est dans le cadre du projet CCD a mis en évidence le lien entre la situation socio-économique des patients et le risque de diabète et d'obésité. À titre d'exemple : le grignotage entre les repas est 2,7 fois plus fréquent chez les élèves domiciliés dans les quartiers populaires de l'Eurométropole que chez les élèves résidant dans les quartiers aisés. 1 élève sur 8 en grande section de maternelle est en surpoids à Strasbourg. Ces enseignements sont essentiels pour ajuster les actions de la coalition CCD de l'Eurométropole, notamment auprès des jeunes générations et renforcer



les connaissances sur le diabète urbain.

Troisièmement, l'action locale n'est efficiente que si elle est corrélative de politiques publiques nationales ambitieuses pour lutter contre le fléau du diabète urbain et de l'obésité. Le programme Cities Changing Diabetes ne remplace pas la conduite d'actions à plus grandes échelles, il leur est seulement complémentaire sur le plan très local.

A. S. : Le Danemark porte une « diplomatie de la prévention » à travers le Healthcare Denmark et en promouvant l'initiative Cities Changing diabetes à travers le monde. De nombreuses délégations internationales se rendent ainsi au Danemark pour voir la manière dont cette initiative a influencé le modèle de prévention danois. C'est une très bonne chose !

STRASBOURG EST LA PREMIÈRE VILLE FRANÇAISE À REJOINDRE L'INITIATIVE. QUELS SONT LES ATOUTS DE LA VILLE POUR AGIR CONTRE LE DIABÈTE ET L'OBÉSITÉ ?

T. K. : Capitale européenne, lauréate d'un Appel à Projets « Territoires de santé de demain », Strasbourg est dotée d'un écosystème d'entreprises et d'associations très riche favorisant ce type d'initiative. Malgré des taux de prévalence du diabète élevé, Strasbourg dispose en effet d'atouts pour infléchir l'augmentation des maladies métaboliques chroniques, et a souhaité s'investir pour au moins 3 ans dans une démarche pionnière impliquant une coalition d'acteurs publics et privés, locaux et nationaux, agissant auprès des populations vulnérables.

Celle-ci y a par exemple développé en lien avec l'Eurométropole, un partenariat avec deux associations sportives, Siel bleu et Unis vers le Sport pour promouvoir la santé par le sport ; mais aussi des sessions de sensibilisation avec les banques alimentaires, des cours de cuisine itinérants et un dispositif innovant de serres connectées dans les écoles avec la start-up alsacienne Myfood. Il y a aussi un partenaire de référence dans cette coalition : le Centre européen d'étude du Diabète présidé

par le Professeur Pinget.

A. S. : C'est une ville intéressante avec un écosystème de santé dynamique. Nous essayons par ailleurs de faire travailler Copenhague et Strasbourg ensemble afin de nous inspirer mutuellement de nos systèmes de santé respectifs, de nos différentes approches. Nous pouvons nous apporter beaucoup. En effet, les collectivités territoriales à Copenhague travaillent systématiquement avec tous les acteurs pour définir des objectifs communs et élaborer une politique de prévention cohérente pour une ville. Cela peut être une source d'inspiration pour les parties prenantes de l'initiative.

QUELLE EST LA FORCE DE LA COOPÉRATION PUBLIC-PRIVÉ SUR LAQUELLE S'APPUIE CCD ?

T. K. : Cities Changing Diabetes se construit en effet avec des acteurs locaux : les services de la ville et de l'Eurométropole, le CHU, mais aussi avec des professionnels de santé, des associations, des ONG, des entreprises privées. Il s'agit de créer un écosystème partenarial et local, public et privé, avec des acteurs susceptibles d'apporter des solutions concrètes pour lutter contre le diabète et l'obésité. Si ce n'est pas évident en France, cela fonctionne et Strasbourg en est l'exemple.

A. S. : Cette coopération public-privé est directement inspirée du modèle danois dans lequel l'État fixe les grandes orientations en matière de santé publique, ensuite concrétisées par les collectivités. Dans ce système, les municipalités sont responsables de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et des services de réadaptation en dehors des hôpitaux, avec les acteurs privés pleinement investis et reconnus dans ce rôle. Après la crise sanitaire, les systèmes publics sont sous tension. Nous avons besoin les uns des autres, nous avons besoin de développer de nouveaux partenariats et de nouveaux modèles à l'instar de l'initiative Cities Changing Diabetes pour favoriser l'innovation et collaborer sur les questions de prévention.



QUELLE EST L'AMBITION DU PROGRAMME « CITIES CHANGING DIABETES » POUR L'AVENIR ?

T. K. : Avec Cities Changing Diabetes, nous voulons démontrer que les actions de prévention, pour être efficaces, doivent être déployées au plus près des habitants car c'est une histoire de lien social. La richesse des enseignements du programme présent dans 40 villes sur 4 continents a aussi vocation à dupliquer les initiatives qui fonctionnent. Tout récemment, le programme a été cité en exemple dans un dernier rapport[1] corédigé par Cédric Arcos et Gérard Friedlander. C'est aussi cela l'objectif, inspirer de nouveaux modèles au plus près des territoires français.

LE PROGRAMME CITIES CHANGING DIABETES DÉMONTRE QUE LA PRÉVENTION DOIT ÊTRE DÉCLINÉE À UNE ÉCHELLE DE PROXIMITÉ AVEC LES HABITANTS POUR ÊTRE EFFICIENTE ET QU'ELLE DOIT CAPITALISER SUR UN LIEN SOCIAL

A. S. : Les défis qui émergent sont nombreux. Nous devons continuer de nous inspirer les uns les autres pour prendre les meilleures décisions et utiliser les méthodes les plus pertinentes. Pour l'avenir, la qualité des environnements urbains jouera un rôle de plus en plus important dans la détermination des enjeux de santé publique. Nous devrons donc penser la prévention en prenant en compte ces évolutions, notamment dans le cadre de l'initiative Cities Changing Diabetes ■

[1] Rapport de l'Institut Montaigne intitulé « Santé : faire le pari des territoires ».

SANTÉ
les inégalités tuent

Sortie le 8 mars 2022
154 pages, 12 €

Par Nicolas Leblanc et Alfred Spira



Le « syndrome de la vie de merde » est mortel. Autrement dit, les inégalités tuent. Issues de nos modes d'organisation éducative, sociale et politique, celles-ci ont en effet des conséquences multiples, notamment sur la santé. Au milieu du 19e siècle un médecin français, Villermé, fit une découverte qui allait révolutionner les représentations : la durée de vie, ce que l'on nomme aujourd'hui l'espérance de vie à la naissance, est bien moins déterminée par des forces occultes (les vents, les humeurs, les astres...) ou la volonté divine que par l'« aisance », le niveau des revenus et d'éducation, la profession et l'habitat. Les plus pauvres meurent plus jeunes ! La différence d'espérance de vie à la naissance en France est aujourd'hui de treize ans entre le plus pauvres et les plus fortunés. Derrière les différences d'espérance de vie tout au long de l'échelle des revenus se cache une réalité sociale qui doit être comprise pour être corrigée. C'est la vocation de cet ouvrage que d'expliquer ce que sont les inégalités sociales de santé, que de montrer ce qui les détermine afin de tracer quelques perspectives pour y remédier.

Nicolas Leblanc, médecin de santé publique au sein du premier groupe mutualiste de protection sociale en France, est élu local en charge du projet de territoire de santé de Fontenay-sous-Bois et intervient en tant qu'expert dans de nombreux cercles de réflexion.

Alfred Spira, médecin professeur d'épidémiologie, contribue à la prise en considération de la santé dans la dynamique sociale, face aux grands enjeux contemporains tels que les modifications de l'environnement, les migrations, l'accès aux droits humains.

Livre disponible en librairie ou sur le site de l'éditeur

éditions du croquant

https://editions-croquant.org/
facebook : Editions du Croquant
instagram : @editionsducroquant



NOTE DE LECTURE

PAR ANAÏS FOSSIER
RESPONSABLE DES ÉTUDES DU CRAPS

Notre système de santé et particulièrement de soins, malgré une augmentation significative du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et d'incapacités fonctionnelles a contribué à l'amélioration de l'état de la santé de la population comme le montrent l'allongement de l'espérance de vie et le net recul de la mortalité, notamment infantile. Des progrès ont certes été accomplis mais l'ensemble de la population n'en profite pas de façon équitable puisque notre pays reste marqué par d'importantes inégalités face à la santé.

Loin de se réduire, ces inégalités se creusent dès le plus jeune âge et persistent tout au long de l'existence. Elles sont sociales, territoriales, économiques, environnementales et concernent également le genre. On constate par exemple que « l'espérance de vie à la naissance des femmes est supérieure de 6 ans à celle des hommes ». Ces inégalités – pour la plupart- ne sont donc ni justes, ni biologiques et découlent in fine des conditions dans lesquelles les personnes « naissent, grandissent, sont éduquées, vivent, travaillent et vieillissent ».

Comprendre l'impact des « facteurs sociaux et des déterminants de santé » sur les trajectoires de vie et les comportements implique par conséquent de prendre en compte des facteurs d'inégalités éminemment complexes résultants de causalités combinées pour mieux prendre en charge la santé de l'ensemble de la population et proposer des actions de soins mais aussi de prévention et d'education adaptées en fonction des spécificités culturelles, sociales et économiques des populations.

Le niveau de santé de la population dépend en effet de nombreuses composantes telles que « l'éducation, les revenus, l'activité professionnelle, le genre, l'insertion socio-économiques » ou encore « des conditions d'habitation, de comportements potentiellement délétères pour la santé tels que la consommation de tabac et d'alcool, de l'accès aux services de santé… » rappellent les auteurs de l'ouvrage, Nicolas Leblanc et Alfred Spira, qui constatent par ailleurs que le niveau de revenus de l'ensemble de la population détermine

en partie l'ampleur des inégalités de morbidité et de mortalité.

Concrètement, les personnes les plus avantagées face à la santé sont en général « plus diplômées, exercent des activités professionnelles moins délétères et ont plus souvent recours aux services de santé ». Elles bénéficient donc d'une combinaison de déterminants de santé plus favorables. À l'inverse, les moins instruites occupant des emplois délétères cumulent généralement plusieurs facteurs de risques et ont des comportements moins favorables à la santé en termes de prévention, de nutrition ou encore d'activité physique.

Ces personnes rapportent ainsi une moins bonne santé générale, plus de maladies chroniques et une espérance de vie plus courte comme en témoignent les treize années d'espérance de vie à la naissance parmi les hommes qui séparent « les 5 % les plus pauvres qui vivent en moyenne avec 470 euros mensuels pour une personne et les 5 % les plus riches qui disposent de 5 800 euros ou plus par mois[1] ».

LES PERSONNES LES PLUS AVANTAGÉES FACE À LA SANTÉ SONT EN GÉNÉRAL « PLUS DIPLÔMÉES, EXERCENT DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES MOINS DÉLÉTÈRES ET ONT PLUS SOUVENT RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ »

De manière générale, « dans la hiérarchie sociale le sous groupe inférieur est toujours en plus mauvaise santé que le sous groupe supérieur où que l'on se situe sur l'échelle sociale » déplorent les auteurs qui insistent au regard de ce constat, sur le rôle crucial de l'éducation pour réduire les inégalités puisque la majorité des données de santé sont fortement influencées par l'éducation. Si des efforts ont été faits en la matière, force est de constater cependant que l'institution scolaire « a de plus en plus de difficultés à jouer un rôle d'amortisseur social à même de réduire la perte de chance en termes de santé ». Une problématique de taille lorsque nous savons que l'enfance est une période charnière où se jouent les chances d'être en bonne santé le plus longtemps possible et tout au long de sa vie…

Enrayer les inégalités dès le plus jeune âge implique alors que la prévention fasse urgemment l'objet d'un véritable changement de paradigme afin d'être considérée comme un élément central de nos politiques de santé, encore trop axées sur le curatif aujourd'hui comme en attestent les plus de « 200 milliards d'euros consacrés à soigner chaque année en France alors que la prévention institutionnelle n'est dotée d'à peine plus de 6 milliards par an ». Une telle approche ne prenant pas la mesure des déterminants de santé se traduira inévitablement pas une moindre efficacité sur l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité ou sur la réduction de la mortalité prématurée de façon égale pour l'ensemble de la population.

Plus globalement, face à la diversité des facteurs qui déterminent ces inégalités, les auteurs soulignent la nécessité d'intervenir à travers une « approche intersectorielle » et appellent ainsi de leurs voeux « des politiques protectrices qui dépassent largement le cadre des seules politiques de santé » à l'instar par exemple de réformes économiques de redistribution fiscale, de politiques de revenus et de protection sociale.

Alors que le fossé entre les plus riches et les plus pauvres se creuse toujours davantage, ces politiques doivent, pour des raisons d'équité, être d'un « universalisme proportionné » pour apporter « un peu à tout le monde mais plus à ceux qui en ont le moins » et permettre aux plus défavorisés de rattraper les catégories les plus favorisées. Si l'ensemble de la population doit pouvoir accéder aux programmes de prévention et de soins, une plus grande attention doit toutefois être apportée à ceux qui en ont le plus besoin si nous voulons voir les inégalités face à la santé se réduire.

Inégalités par ailleurs fortement exacerbées par la crise sanitaire avec des différences majeures de mortalité selon les territoires. À l'heure où la crise sévit toujours et que le besoin de justice sociale est criant, la montée des inégalités appelle un changement de braquet, condition « sine qua non pour entrevoir l'homogénéité des espérances de vie, autrement dit pour faire en sorte que la vie ne soit pas une course d'obstacles pour certains et une promenade de santé pour d'autres » et pour le maintien de la paix sociale. Un renversement de perspective qui nécessite pour les auteurs « une approche à l'échelle de la planète, de l'Europe et la France et enfin localement ».

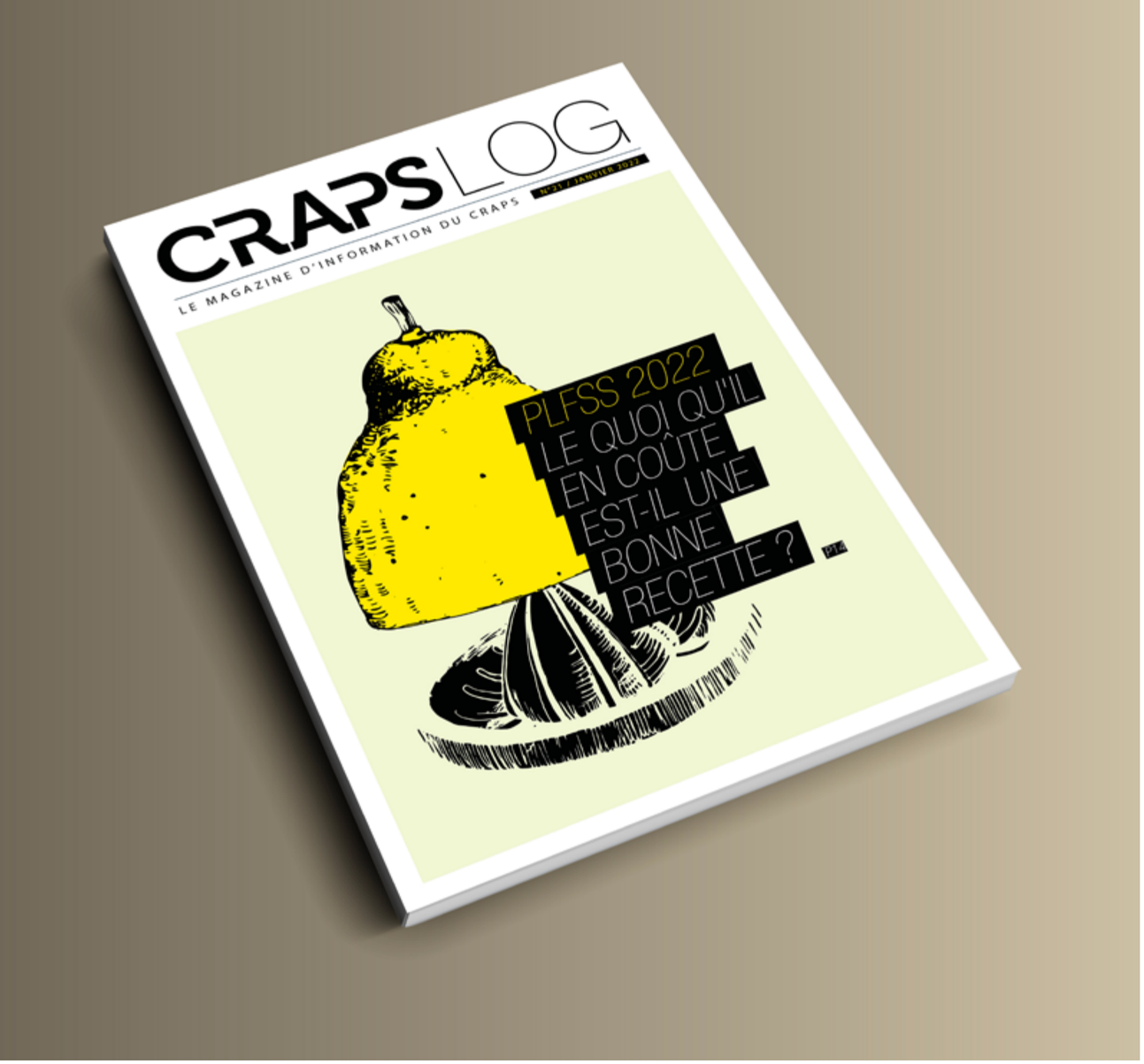
LA MONTÉE DES INÉGALITÉS APPELLE UN CHANGEMENT DE BRAQUET, CONDITION « SINE QUA NON POUR ENTREVOIR L'HOMOGÉNÉITÉ DES ESPÉRANCES DE VIE, AUTREMENT DIT POUR FAIRE EN SORTE QUE LA VIE NE SOIT PAS UNE COURSE D'OBSTACLES POUR CERTAINS ET UNE PROMENADE DE SANTÉ POUR D'AUTRES »

Si tel n'est pas le cas, les épidémies futures et les problématiques liées au changement climatique frapperont violemment les plus vulnérables et les inégalités sociales de santé ne cesseront de croître, avec le risque que les désordres sociaux se multiplient. Il est alors indispensable et urgent qu'une politique de réduction des inégalités sociales « ambitieuse et cohérente » soit mise en oeuvre.

Une politique qui repose selon les auteurs à la fois sur « des choix éminemment politiques et sur la mise en oeuvre d'outils de suivi et de mesures, de stratégies et d'actions qui doivent obligatoirement perdurer suffisamment longtemps pour être éventuellement efficaces ». Stratégies qui pour obtenir des effets concrets devront en outre « résulter de choix collectifs, donc d'une véritable délibération démocratique associant toutes les composantes de la société » et singulièrement des « citoyens, véritables acteurs et bénéficiaires potentiels des actions engagées ».

Espérons alors que la question des inégalités en santé occupera une place de premier plan dans l'agenda politique et que nous saurons collectivement tirer les enseignements de la crise sanitaire et sociale qui nous oblige à repenser notre civilisation, à repenser notre conception de la justice sociale. Ne pas l'envisager ferait peser sur notre pacte social une grande menace et notre fonctionnement démocratique serait quant à lui « pris en tenaille entre la montée des populismes et les tentations autoritaires » alertent Alfred Spira et Nicolas Leblanc convaincus que « la prise de conscience constitue indéniablement le premier pas vers l'action » ! ■

[1] Insee : période 2012-2016



MAGAZINES

PLFSS 2022 : le quoi qu'il en coûte est-il une bonne recette ?
Janvier 2022

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

Ségur 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 coeur 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

Et si la protection sociale était au coeur du prochain quinquennat ?
Avril 2022

Penser le social : 5 questions pour 2022
Février 2022

Recherche médicale: les #idées des acteurs
Juillet 2021

Psychiatrie & Santé Mentale : les #idées des acteurs
Juin 2021

Prévention & Fonction publique
Juin 2021

La protection sociale de la communauté Sécurité-Défense : les #idées des acteurs
Mars 2021

Penser le social : 5 nouvelles leçons
Mars 2021

Les mutuelles, les syndicats, l'état dans la protection sociale complémentaire des agents de l'État
Mars 2021

Tous solitaires, tous solidaires
Octobre 2020

Hôpital les idées des acteurs
Juillet 2020

5 leçons pour penser le social au XXIe 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 XXIe siècle : la télémédecine
Décembre 2016



CRAPS

LE THINK TANK **DE LA PROTECTION SOCIALE**