

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

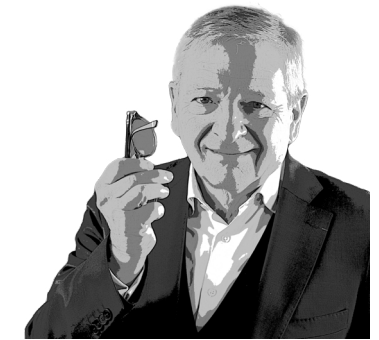
N° 23 / JANVIER 2023



CHRONIQUE

PLFSS 2023

*LA POLITIQUE DU RABOT
SIGNE SON GRAND RETOUR*



FAÇON PUZZLE...

« La France n'est pas un pays réformable, les Françaises et les Français détestent les réformes. Dès qu'on peut éviter les réformes, on ne les fait pas. C'est un peuple qui déteste cela'. »

Et pourtant...

Plan Juppé, création du PLFSS, de la CSG, de la CRDS, de la garantie des salaires, création de Pôle emploi, remplacement de la cotisation par l'impôt, une succession de réformes des retraites, 35 heures, obligation d'une mutuelle pour chaque salarié, reste à charge zéro, 14 réformes de la formation professionnelle, 60 dispositifs d'aides à l'emploi dont le CICE...

À cet inventaire à la Prévert, incomplet par définition, on ajoutera quelques projets loin d'être anodins : Grande Sécu, fusion des comptes de l'État avec les comptes sociaux, sans parler d'un revenu universel...

La France ne cesse de réformer, mais elle réforme mal car à côté, depuis l'abandon du Plan - le vrai ! - l'État n'est plus stratège. L'incapacité à clarifier les concepts, le simplisme en lieu et place de la pédagogie expliquent en partie cette vis sans fin particulièrement émoussée qu'est le mouvement réformateur... Sans plan, peut-il y avoir un projet de société ?

À n'en pas douter, l'État-providence du XXI^e siècle que chacun appelle de ses vœux ne verra pas le jour à travers une politique pointilliste dictée par les crises successives mais bien par une vision globale anticipatrice... *Fac et spera!* ■

1. Emmanuel Macron. 28.02.2017.

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, Anais Fossier, Victoria Fely

Crédits Photo

Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock

Impression

Imprimerie Chirat

SOMMAIRE



L'IMAGE 6

LE CRAPS REÇOIT LAURENT PIETRASZEWSKI



LE FOCUS 8

FAUT-IL FAIRE ÉVOLUER LA LOI CLAEYS-LEONETTI ?



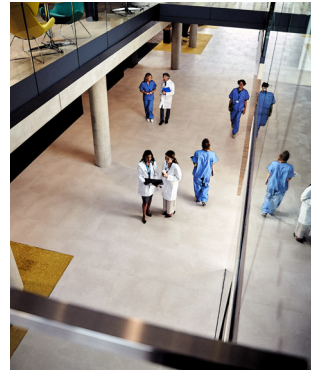
TRIBUNE 55

LA RETRAITE, UN CONTRAT DE CONFIANCE ?



ITW 58

ÉLISABETH HUBERT PRÉSIDENTE DE LA FNEHAD



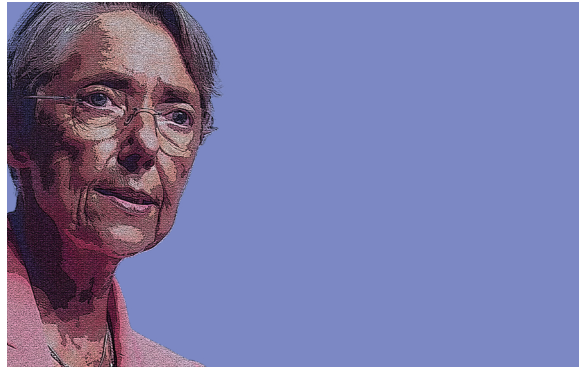
TRIBUNE 67

NOUVEAU CONCEPT DE LIT HOSPITALIER : LE LIT NON MÉDICALISÉ



TRIBUNE 74

LA PROTECTION SOCIALE AU DÉFI DE L'ANTIBIORÉSISTANCE



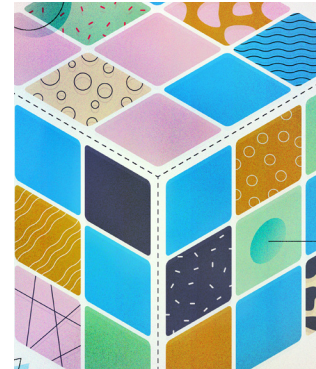
DOSSIER 10

PLFSS 2023 LA POLITIQUE DU RABOT SIGNE SON GRAND RETOUR



DOSSIER 28

DÉVELOPPEMENT DURABLE & SANTÉ : CHANGER DE MONDE C'EST MAINTENANT !



TRIBUNE 78

EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ ET QUALITÉ DE L'EXPÉRIENCE CLIENT/ADHÉRENT



TRIBUNE 80

DANS LA SANTÉ AUSSI, CROYONS À LA JEUNESSE ET SOYONS À LA HAUTEUR DE SES ATTENTES !



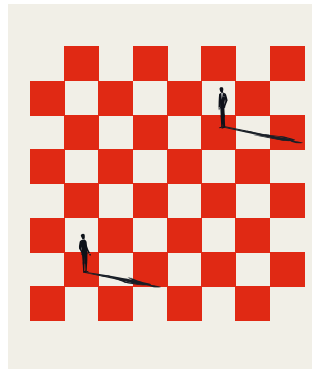
TRIBUNE 82

CHIRURGIE : À QUAND DES SEUILS MINIMA D'ACTIVITÉ ?



TRIBUNE 85

ASSURANCE CHÔMAGE : UNE RÉFORME QUI NE DIT PAS SON NOM !



DOSSIER 38

LES FINANCES PUBLIQUES, LA PROTECTION SOCIALE ET LA PROTECTION ÉCONOMIQUE



ITW 46

FRANÇOIS BLANCHECOTTE PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES BIOLOGISTES



ITW 50

ÉTIENNE TICHIT CORPORATE VICE-PRÉSIDENT DE NOVO NORDISK



TRIBUNE 87

SOINS DE SANTÉ : ADIEU L'ABONDANCE, PLACE À LA SOBRIÉTÉ



TRIBUNE 90

LE TÉLÉTRAVAIL DEPUIS L'ÉTRANGER NÉCESSITE UNE NOUVELLE RÉGLEMENTATION EUROPÉENNE



TRIBUNE 98

INTÉGRER LA SANTÉ MENTALE TOUT EN PASSANT D'UN SYSTÈME DE SOINS À UN SYSTÈME DE SANTÉ

**RETRAITES :
MÈRE DE TOUTES
LES RÉFORMES OU
RÉFORME IMPOSSIBLE ?**

L'IMAGE

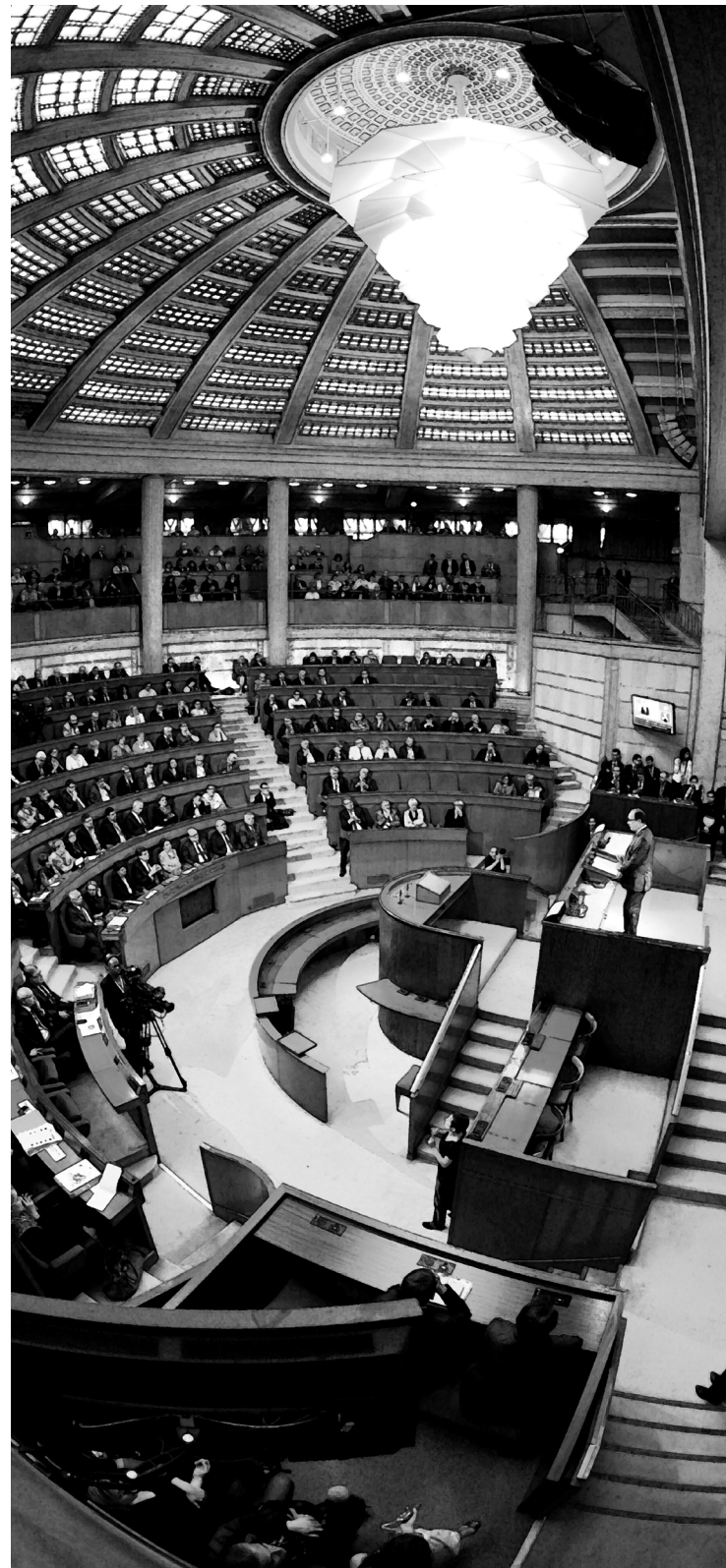


Laurent Pietraszewski, ancien secrétaire d'État, chargé des retraites et de la santé au travail, questionné à l'occasion d'un dîner-débat du CRAPS par Anthony Salic, associé fondateur chez Yce Partners et Jean-Paul Ségade, président du CRAPS.

FOCUS

FOCUS : FAUT-IL FAIRE ÉVOLUER LA LOI CLAEYS-LEONETTI ? LANCEMENT D'UNE CONVENTION CITOYENNE AU CESE

Estimant que la fin de vie « est un sujet d'interrogations et d'inquiétudes pour nos concitoyens » et qu'elle « fait l'objet d'évolutions notables ces dernières années », Emmanuel Macron a annoncé le 13 septembre dernier le lancement d'une convention citoyenne sur la fin de vie, visant à éclairer le gouvernement. Les conclusions sont attendues en mars 2023, en vue d'un éventuel changement de « cadre légal » sur la fin de vie. Une initiative saluée par Claire Thoury, membre du CESE et présidente du Comité de gouvernance considérant que ce sujet « nécessite l'ouverture d'un débat national, un dialogue entre citoyens issus d'horizons divers, représentatifs des différentes sensibilités qui s'expriment au sein de la société française, au plus près de la complexité des intérêts et opinions ». Cette convention citoyenne réunit 150 citoyennes et citoyens qui devront construire un dialogue, débattre, et esquisser des perspectives et des consensus. Ils devront, en outre, plancher sur la question suivante adressée par Matignon : « Le cadre de l'accompagnement de la fin de vie est-il adapté aux différentes situations rencontrées ou d'éventuels changements devraient-ils être introduits ? » Autrement dit, faut-il faire évoluer la loi Claeys-Leonetti ?



CE QUE DIT LA LOI « CLAEYS-LEONETTI »

➤ **ELLE RÉAFFIRME L'INTERDICTION DE « L'OBSTINATION DÉRAISONNABLE »**, C'EST-À-DIRE LE FAIT DE PRATIQUER OU D'ENTREPRENDRE DES ACTES OU DES TRAITEMENTS QUI APPARAISSENT INUTILES, DISPROPORTIONNÉS OU N'AYANT D'AUTRE EFFET QUE LE SEUL MAINTIEN ARTIFICIEL DE LA VIE ;

➤ **ELLE RÉAFFIRME LE DROIT DU MALADE À ACCEPTER OU REFUSER UN TRAITEMENT** ET L'INVITE À DÉSIGNER UNE « PERSONNE DE CONFIANCE », QUI LE REPRÉSENTERA AUPRÈS DU PERSONNEL MÉDICAL, DANS LE CAS OÙ IL NE SERAIT PLUS EN CAPACITÉ D'EXPRIMER SA VOLONTÉ ;

➤ **ELLE ENCOURAGE À LA RÉDACTION DE DIRECTIVES ANTICIPÉES**, UN DOCUMENT DANS LEQUEL TOUTE PERSONNE PEUT INDICER LES SOINS QU'ELLE SOUHAITE RECEVOIR (OU NON) EN SITUATION DE FIN DE VIE. LÀ ENCORE, UNIQUEMENT DANS LE CAS OÙ ELLE NE POURRAIT PAS S'EXPRIMER ;

➤ **ENFIN, LA LOI PERMET LA « SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE [...] MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS »**. LORSQUE LE PRONOSTIC VITAL EST ENGAGÉ À COURT TERME ET QUE LES DOULEURS SONT INAPAISABLES, LE PATIENT PEUT, À SA DEMANDE OU SUR PROPOSITION MÉDICALE, BÉNÉFICIER D'UN ENDORMISSEMENT POUR NE PAS SOUFFRIR, AVANT DE MOURIR.



CE QUE DIT L'AVIS DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE

LE 13 SEPTEMBRE 2022, LE COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE (CCNE) A RENDU UN **AVIS DESTINÉ À ÉCLAIRER LE DÉBAT CITOYEN, LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LE LÉGISLATEUR.**

LE COMITÉ ESTIMANT QUE LE CADRE JURIDIQUE ACTUEL EST INSATISFAISANT POUR LES MALADES SOUFFRANT DE MALADIES GRAVES ET INCURABLES, MAIS DONT LE PRONOSTIC VITAL N'EST PAS ENGAGÉ À COURT TERME, ADMET AINSI POUR CES PERSONNES QU'IL EXISTE « UNE VOIE POUR UNE APPLICATION ÉTHIQUE DE L'AIDE ACTIVE À MOURIR, À CERTAINES CONDITIONS STRICTES AVEC LESQUELLES IL APPARAÎT INACCEPTABLE DE TRANSIGER ».

IL RAPPELLE À CETTE FIN QUE TOUTE ÉVOLUTION LÉGALE DOIT ÊTRE GUIDÉE PAR « LA QUÊTE D'UN JUSTE ÉQUILIBRE ENTRE LES PRINCIPES DE LIBERTÉ, DE DIGNITÉ, DE SOLIDARITÉ ET DE RESPECT DE L'AUTONOMIE ».

POUR LE COMITÉ, LA POSSIBILITÉ D'UN ACCÈS LÉgal À UNE ASSISTANCE AU SUICIDE DEVRAIT AINSI « ÊTRE OUVERTE AUX PERSONNES MAJEURES ATTEINTES DE MALADIES GRAVES ET INCURABLES, PROVOQUANT DES SOUFFRANCES PHYSIQUES OU PSYCHIQUES RÉFRACAIRES, DONT LE PRONOSTIC VITAL EST ENGAGÉ À MOYEN TERME ». LES MÉDECINS DEVRAIENT ALORS BÉNÉFICIER D'UNE CLAUSE DE CONSCIENCE, AVEC OBLIGATION DE RÉFÉRER LE PATIENT À UN AUTRE PRATICIEN.

PLFSS 2023

**LA POLITIQUE DU RABOT
SIGNE SON GRAND RETOUR**

**UNE CHRONIQUE D'ANAÏS FOSSIER
RESPONSABLE DES ÉTUDES DU CRAPS**



Le 26 septembre, le gouvernement présente - sur fond de crise sanitaire, d'inflation et de reconfiguration des équilibres politiques à l'Assemblée - le premier budget social du second quinquennat d'Emmanuel Macron. L'heure n'est plus « à panser les plaies mais à préparer l'avenir » explique l'exécutif, saluant un texte « d'engagement et d'investissement pour notre système de santé » qui devrait être enrichi par les parlementaires et les concertations menées dans le cadre du Conseil national de la refondation (CNR). Le 20 octobre, comme attendu, les débats débutent dans un climat houleux à l'Assemblée. Sans suspense, Élisabeth Borne met un terme aux discussions en fin d'après-midi en engageant la responsabilité de son gouvernement sur la partie « recettes » du projet de loi en recourant à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution. Si les débats en commission « pour la plupart très constructifs » ont permis d'enrichir le texte « avec l'adoption d'amendements de la majorité comme des oppositions », la cheffe du gouvernement déplore le rejet de la première partie du texte par les députés « à rebours de la commission ».

La présidente de l'Assemblée, Yaël Braun Pivet, qui appelait en premier lieu à « prendre le temps du débat », rappelle quant à elle que le recours à l'article 49 alinéa 3 est nécessaire pour respecter les délais constitutionnels impartis. Quatre jours plus tard, après le

rejet de la motion de censure déposée par la Nouvelle union populaire écologique et sociale (NUPES), la partie « recettes » du projet de budget est adoptée sans vote en première lecture. Le 26 octobre, Élisabeth Borne engage une nouvelle fois, là encore sans surprise, la responsabilité du gouvernement sur l'ensemble du texte et notamment sur la partie « dépenses ». Dénoncé comme un passage en force, cet acte d'autorité - alors que les enjeux de santé et plus largement de protection sociale appellent un débat approfondi - passe mal.

Finalement, « ce rendez-vous qui devait être majeur pour débattre des grandes priorités de santé peine à tenir ses promesses », regrette Lamine Gharbi, président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP). Alors que la Première ministre promettait un « changement de méthode » de travail avec le Parlement, la stratégie interroge. Le 31 octobre, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 est considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution. Pour les oppositions, la pilule est amère.

« NOUS METTONS BEAUCOUP D'ARGENT DANS LA SANTÉ, MAIS NOUS N'EN AVONS PAS POUR NOTRE ARGENT »

Après un soutien financier massif et constant pendant près de trois ans, le gouvernement anticipe un déficit de la Sécurité sociale de

LE 49-3



7,3 milliards d'euros¹ pour 2023. Une très nette amélioration par rapport à l'année 2022² qui repose cependant essentiellement sur « une hypothèse optimiste qui est celle de la division par 10 des dépenses exceptionnelles d'Assurance maladie dues à la crise sanitaire », alerte le Haut Conseil des finances publiques. Le gouvernement, qui semble miser sur la fin de la pandémie, n'a en effet provisionné qu'un seul milliard d'euros pour faire face à la Covid-19 (contre 11,5 milliards d'euros en 2022³). Si cette réduction drastique du déficit est saluée, il ne s'agirait cependant que d'une embellie de court terme puisque les estimations à compter de 2024 prévoient un creusement du déficit qui devrait alors atteindre près de 12 milliards d'euros en 2026⁴.

Une pérennisation du déficit de la Sécurité sociale qui crée en outre « le risque d'une croissance continue de l'endettement social au détriment des générations futures », alerte à son tour la Cour des comptes. Au final, la lecture de ce projet de loi révèle que la dette est désormais « une des modalités normales et pérennes de financement de la protection sociale » déplore le sénateur (LR) des Hauts-de-Seine, Philippe Juvin considérant qu'une « stratégie structurelle de réduction des déficits » nous fait cruellement défaut. En résumé, « nous mettons beaucoup d'argent dans la santé, mais nous n'en avons pas pour notre argent ». À l'heure où

« LE PREMIER MINISTRE PEUT, APRÈS DÉLIBÉRATION DU CONSEIL DES MINISTRES, ENGAGER LA RESPONSABILITÉ DU GOUVERNEMENT DEVANT L'ASSEMBLÉE NATIONALE SUR LE VOTE D'UN PROJET DE LOI DE FINANCES OU DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. DANS CE CAS, CE PROJET EST CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ, SAUF SI UNE MOTION DE CENSURE, DÉPOSÉE DANS LES VINGT-QUATRE HEURES QUI SUIVENT, EST VOTÉE DANS LES CONDITIONS PRÉVUES À L'ALINÉA PRÉCÉDENT. LE PREMIER MINISTRE PEUT, EN OUTRE, RECOURIR À CETTE PROCÉDURE POUR UN AUTRE PROJET OU UNE PROPOSITION DE LOI PAR SESSION. »

**ARTICLE 49 ALINÉA 3
DE LA CONSTITUTION.**

COMMENT ÇA MARCHE ?

LORS DU VOTE D'UN PROJET OU D'UNE PROPOSITION DE LOI, LE PREMIER MINISTRE PEUT DÉCIDER D'ENGAGER LA RESPONSABILITÉ DU GOUVERNEMENT. DANS CE CAS, L'UTILISATION DE L'ARTICLE 49.3 DE LA CONSTITUTION FAIT L'OBJET D'UNE DÉLIBÉRATION PRÉALABLE EN CONSEIL DES MINISTRES. LE PROJET OU LA PROPOSITION DE LOI EST ALORS RÉPUTÉ(E) ADOPTÉ(E), SAUF SI UNE MOTION DE CENSURE EST DÉPOSÉE DANS LES 24 HEURES ET SIGNÉE PAR AU MOINS UN DIXIÈME DES MEMBRES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE. SI AUCUNE MOTION DE CENSURE N'EST DÉPOSÉE, LE PROJET OU LA PROPOSITION EST CONSIDÉRÉ(E) COMME ADOPTÉ(E). SI UNE MOTION DE CENSURE EST DÉPOSÉE, ELLE EST DISCUTÉE ET VOTÉE DANS LES MÊMES CONDITIONS QUE CELLES PRÉSENTÉES PAR LES DÉPUTÉS. EN CAS DE REJET DE LA MOTION, LE PROJET OU LA PROPOSITION EST CONSIDÉRÉ(E) COMME ADOPTÉ(E). DANS L'HYPOTHÈSE INVERSE, LE TEXTE EST REJETÉ ET LE GOUVERNEMENT EST RENVERSÉ. DEPUIS LA RÉVISION CONSTITUTIONNELLE DU 23 JUILLET 2008, LA RESPONSABILITÉ DU GOUVERNEMENT PEUT ÊTRE ENGAGÉE SUR LE VOTE D'UN PROJET DE LOI DE FINANCES OU DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET SUR UN SEUL AUTRE PROJET (OU PROPOSITION) DE LOI AU COURS D'UNE MÊME SESSION.

la question de l'équilibre des comptes sociaux est au cœur du débat public, il est utile de rappeler qu'un déficit permanent ne constitue pas une politique viable sur le long terme. Pour reprendre les mots de l'ancien député (LR) du Loiret, Jean-Pierre Door, il est urgent de « renoncer au poison mortel de cette dette perpétuelle » qui remet en cause la pérennité de notre système de protection sociale, largement conditionnée par un retour à l'équilibre.

Concernant l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), comme à l'habitude très attendu, le gouvernement affiche un objectif « dynamique » pour « accompagner la transformation de notre système de santé et tenir compte du contexte d'inflation ». Voté à 244,1 milliards d'euros pour 2023, l'ONDAM devrait ainsi augmenter de 3,7 % (hors dépenses covid), se félicite l'exécutif. Un objectif qui, pour la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), se révèle cependant « dans un contexte d'inflation dynamique » largement « en deçà des prévisions pour 2023 » et ne tient pas compte de « la hausse

tendancielle des besoins de santé estimés à 4 % par la commission des comptes de la Sécurité sociale » s'inquiète Laurence Cohen, sénatrice du Val-de-Marne (CRCE) et vice-présidente de la commission des Affaires sociales au Sénat.



Trop longtemps considéré comme « une variable d'ajustement pour réaliser des économies, au détriment de sa capacité à réaliser ses missions⁵ », l'hôpital public bénéficiera quant à lui d'une enveloppe en augmentation de 4,1 %. Ces moyens permettront entre autres de financer les revalorisations du Ségur, les assises de la santé mentale ou encore la hausse du point d'indice dans la fonction publique. Si le gouvernement salue une augmentation historique, la Fédération hospitalière de France (FHF), dont le nouveau président Arnaud Robinet vient de débiter son mandat, alerte sur les risques de dégradation de la situation financière des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au regard de l'inflation que les crédits alloués (pour 2022 et 2023) « ne sont pas de nature à compenser » et d'une activité hospitalière « toujours inférieure à celle de 2019 ». Plus inquiétant encore pour la fédération, « aucun financement ne semble prévu pour couvrir les mesures de revalorisation telles

que les heures supplémentaires ou les gardes » décidées l'an dernier ou lors des différentes vagues Covid⁶.

Les soins de ville affichent, quant à eux, une progression de 2,9 %. Une enveloppe qui provoque l'ire des libéraux, considérant que cette dernière ignore la nécessité de soutenir les soins de ville. « On nous vend un Ondam exceptionnel » alors qu'il est « déséquilibré par rapport à l'hôpital et surtout pour la première fois il est inférieur à l'inflation », s'indigne le président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), Franck Devulder, rappelant que « les effets tarifaires de la future convention médicale ne s'appliqueront qu'en novembre voire décembre 2023. Or, en 2024, on nous annonce déjà un Ondam à la baisse de l'ordre de 2,6 % alors que l'inflation risque de se poursuivre ». Il ne sera donc, *in fine*, pas possible « d'engager la réorganisation du système de soins de premier recours qui s'impose aujourd'hui », conclut

**« ON NOUS
VEND UN ONDAM
EXCEPTIONNEL »
ALORS QU'IL EST
« DÉSÉQUILIBRÉ PAR
RAPPORT À L'HÔPITAL
ET SURTOUT POUR
LA PREMIÈRE FOIS
IL EST INFÉRIEUR À
L'INFLATION »**



DR FRANK DEVULDER
PRÉSIDENT DE LA CSMF

Pascale Vatel, secrétaire générale de la Fédération des mutuelles de France (FMF).

« FAIRE DE LA POLITIQUE, C'EST FAIRE DES CHOIX »

Si, après deux ans de crise, aucunes économies ne sont demandées à l'hôpital, c'est que le gouvernement entend ponctionner d'autres secteurs « qui bénéficient de niveaux élevés de rentabilité », explique Gabriel Attal rappelant que « faire de la politique, c'est faire des choix ». Il ne s'agit pas de « stigmatiser certains profits comme indus » mais bien de faire « des efforts là où nous pouvons, si nous voulons permettre à notre système de perdurer », développe le ministre délégué à l'Action et aux Comptes publics. Dans cette optique, le gouvernement entend mettre à contribution le secteur de la biologie médicale en imposant 250 millions d'euros de baisse de tarifs

« dans l'hypothèse d'une absence d'accord entre l'Assurance maladie et les biologistes » au motif que « la concentration du secteur et le développement de l'activité ont permis à la biologie médicale d'augmenter sa rentabilité de façon très importante, à hauteur de 23 % en 2020 ».

Si les biologistes se disent favorables à une taxe exceptionnelle pour participer à « l'effort de guerre », la méthode est contestée : « nous nous retrouvons aujourd'hui dans l'œil du cyclone puisqu'il nous est demandé de redonner à l'État les bénéfices non pas sur la Covid mais sur la nomenclature », « cela veut dire qu'à ce moment-là, ce n'est plus une question de santé publique », fustige François Blanchecotte, président du Syndicat des biologistes rappelant que depuis 10 ans la biologie médicale est « une variable d'ajustement ». Chez les radiologues, même logique puisque ces derniers devront négocier avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) un nouveau protocole⁷ pour juguler la dépense à hauteur de 150 millions en 2023. « Un bien mauvais signal qui rompt le partenariat établi avec l'Assurance maladie et renvoie 20 ans en arrière » déplore la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR).

LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE (OCAM) N'ÉCHAPPERONT PAS NON PLUS AU COUP DE RABOT PUISQU'UN TRANSFERT DE CHARGES DU RÉGIME GÉNÉRAL À HAUTEUR DE 150 MILLIONS EST PRÉVU POUR 2023 (300 MILLIONS DÈS 2024)

Pour réduire le déficit de la Sécurité sociale, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) n'échapperont pas non plus au coup de rabot puisqu'un transfert de charges du régime général à hauteur de 150 millions est prévu pour 2023 (300 millions dès 2024). Un transfert qui impactera fortement « les équilibres économiques des mutuelles, soumises à des

obligations prudentielles et réglementaires », regrette la Fédération nationale de la mutualité française. Ces nouveaux transferts, « en plus de l'évolution naturelle des dépenses de santé, du Reste à charge zéro appelé « 100 % santé » et des taxes sur les cotisations mutualistes, vont inévitablement alourdir les cotisations des adhérents des mutuelles », alerte la secrétaire générale de la Fédération des mutuelles de France (FMF).

Du côté des industriels, la colère est immense. Le syndicat des entreprises du médicament (LEEM), à travers une alliance quasi inédite, conteste les économies à hauteur de 1,1 milliard d'euros attendues sur le médicament et le dispositif médical, soit 900 millions d'euros de baisse de prix et 200 millions d'euros issus de la clause de sauvegarde alors même que l'exécutif n'a eu de cesse pendant la crise sanitaire de rappeler le caractère stratégique de l'industrie. Une économie jugée « raisonnable » par le gouvernement puisque « le marché du médicament est en forte croissance, de l'ordre de + 6 % par an ». Le syndicat déplore un PLFSS qui « tourne le dos à l'innovation, sonne le glas des ambitions industrielles de la France et menace à terme l'accès des Français aux médicaments ». Et pour cause : alors que « la dépense réelle en médicaments remboursés

des Français en 2022 va être de l'ordre de 26,4 milliards, le budget alloué dans le PLFSS pour 2023 est de 24,6 milliards, soit deux milliards de moins que les besoins », s'inquiète Thierry Hulot, président du LEEM.

Des économies d'autant plus inacceptables que le pays « n'a pas encore surmonté la crise Covid

et que les patients peinent à accéder en France aux innovations les plus récentes ». Plus largement, « l'inflation et la politique de prix du gouvernement mettent à mal le modèle de recherche, d'innovation et de production industrielle de l'ensemble des acteurs du secteur », constate le président du LEEM. Face à la fronde du secteur, le gouvernement fait le choix de l'apaisement et décide de battre en retraite sur les points les plus litigieux du projet de loi à l'instar du référencement, mécanisme consistant à sélectionner et rembourser quelques médicaments pour une classe thérapeutique donnée, et donc à dérembourser ceux

qui n'ont pas été retenus.

L'idée n'est cependant pas abandonnée puisque le gouvernement se laisse jusqu'à juillet 2023 pour remettre au Parlement un rapport évaluant la faisabilité du dispositif. Rapport qui devra notamment évaluer les effets potentiels de la

**30,2 % DE LA
POPULATION VIT
AUJOURD'HUI DANS
UN DÉSERT MÉDICAL.
UNE PROBLÉMATIQUE
NON SANS INCIDENCE
SUR LA SANTÉ DES
FRANÇAIS PUISQUE
CHAQUE ANNÉE,
1,6 MILLION D'ENTRE
EUX RENONCE À DES
SOINS ET QUE LES
DÉLAIS MOYENS
D'ATTENTE POUR UN
RENDEZ-VOUS MÉDICAL
S'ALLONGENT**

mesure sur les pénuries de médicaments. Le gouvernement décide dans le même temps de revoir son texte sur la possibilité de modifier la répartition de la clause de sauvegarde, système qui prévoit que les laboratoires versent une contribution à l'Assurance maladie lorsque leur chiffre d'affaires dépasse un niveau fixé par la loi de financement de la sécurité sociale. Le secteur apprécie mais reste sur ses gardes.

« VINGT-CINQ ANS D'ERREURS DES GOUVERNEMENTS SUCCESSIFS »

30,2 % de la population vit aujourd'hui dans un désert médical. Une problématique non sans incidence sur la santé des Français puisque chaque année, 1,6 million d'entre eux renonce à des soins et que les délais moyens d'attente pour un rendez-vous médical s'allongent. Du côté des médecins, le constat n'est guère plus réjouissant : 45 % des généralistes sont en situation de burn-out, et, alors que la France n'a jamais compté autant de médecins en exercice, un médecin sur dix à la retraite continue d'exercer, faute de remplaçant. Les prévisions qui se dessinent pour l'avenir sont donc plutôt sombres : si rien n'est fait, dans cinq ans, 27 millions de Français pourraient se retrouver sans médecin généraliste⁹.

Un constat alarmant qui conduit l'exécutif à proposer de fixer la durée minimale du troisième cycle des études de médecine générale à quatre ans (le nombre d'années d'études passant ainsi de 9 à 10 ans) et à affecter cette année supplémentaire à la réalisation de stages en pratique ambulatoire, en régime d'autonomie supervisée et en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. L'ajout de cette phase de « consolidation » devrait

par ailleurs permettre de compléter la formation des généralistes qui serait alors alignée sur les autres diplômes d'études spécialisées dans la mesure où « la durée du troisième cycle de médecine générale, qui reste fixée à 3 ans, fait exception », rappelle Corinne Imbert, sénatrice (LR) de Charente-Maritime et rapporteure pour la branche assurance maladie au Sénat. Une durée qui s'avère, à titre de comparaison, plus courte que celle retenue chez certains de nos homologues européens. En Irlande ou en Pologne, les médecins suivent par exemple un troisième cycle de quatre ans, et de cinq ans au Danemark ou encore en Suède.

La réaction des étudiants ne se fait pas attendre, l'appel à la grève est immédiat. L'intersyndicale nationale des internes (ISNI) dénonce une réforme visant à « instrumentaliser les médecins en formation pour répondre à moindres frais aux problèmes d'accès aux soins ». Les carabins peuvent compter sur le soutien du Syndicat des médecins libéraux (SML) estimant que l'ajout de cette année supplémentaire revient à « faire porter sur les épaules de la jeunesse le poids de vingt-cinq ans d'erreurs des gouvernements successifs ». Autre point de crispation : l'ajout d'une quatrième année se heurterait à deux difficultés : le manque de praticiens agrégés maîtres de stage des universités (PAMSU) susceptibles de les accueillir en stage ambulatoire et le risque de dégrader un peu plus encore l'attractivité d'une filière déjà fragile (la médecine générale en 2022 se situe en 39^e position sur 44 des spécialités préférées des internes⁹). Il en résulterait ainsi, selon les étudiants, une plus grande difficulté d'accès aux soins.

Pour rappel, entre 2010 et 2021, la France est passée de 62 000 à 57 000 praticiens dans la

spécialité. La baisse est encore plus conséquente lorsqu'elle est rapportée à la population : la densité médicale des généralistes a diminué de 18 % sur 20 ans lorsqu'elle ne diminuait que de 9 % pour les autres spécialités sur la même période¹⁰. Face à la contestation grandissante, le ministre de la Santé pour apaiser les esprits se veut rassurant : cette année supplémentaire a vocation à être consacrée à des stages ambulatoires pour mieux préparer l'exercice en cabinet médical, en priorité en zones sous-denses mais reste sur la base du volontariat. Il y a donc fort à parier que cette mesure ne produise pas les effets escomptés, explique le sénateur (SER) du Finistère, Jean-Luc Fichet, puisque « si les internes ne veulent pas y aller, ils n'iront pas ! Finalement, rien ne changera ».

Face au spectre de la désertification médicale, la question de la liberté d'installation cristallise comme chaque année le débat. Si de plus en plus de voix s'élèvent en faveur de la coercition, François Braun rappelle son opposition sur le sujet « pas par dogme, mais parce que ça ne marche pas ». Une ligne que partage le député (DEM) du Rhône, Cyrille Isaac-Sibille, considérant que « la seule solution est de rendre la médecine libérale plus attractive ». Il apparaît alors nécessaire d'adopter une approche plus globale des enjeux pour inciter les futurs médecins à s'installer dans ces Territoires. La réponse doit

FACE AU SPECTRE DE LA DÉSSERTIFICATION MÉDICALE, LA QUESTION DE LA LIBERTÉ D'INSTALLATION CRISTALLISE COMME CHAQUE ANNÉE LE DÉBAT. SI DE PLUS EN PLUS DE VOIX S'ÉLÈVENT EN FAVEUR DE LA COERCITION, FRANÇOIS BRAUN RAPPELLE SON OPPOSITION

être multiple au regard des attentes des jeunes générations de médecins et doit notamment concerner l'aménagement du territoire (politique du logement, des transports...). Le défi est grand, la tâche complexe. Finalement, « augmenter l'offre de soins et améliorer sa répartition sur le territoire passe à la fois par des politiques d'incitation à l'installation et par des politiques de soutien aux professionnels exerçant dans des zones défavorisées ¹¹ ».

Concernant les maîtres de stages - en sous-effectif - le ministre se veut optimiste et affirme que les postes d'enseignants en médecine générale seront augmentés et que tous les moyens seront mis en œuvre pour que « cette quatrième année soit vraiment une année professionnelle ». Un optimisme que relativise Paul-André Colombani, député (LIOT) de Corse-du-Sud et membre de la commission des Affaires sociales à l'Assemblée, estimant que la réforme qui entrera en vigueur en

2026 ne permettra pas de réunir les 4 000 maîtres de stages manquants aujourd'hui. En outre, « un médecin qui exerce dans une région isolée et qui a déjà du mal à trouver un remplaçant pour une semaine de vacances ne prendra pas sur son temps médical pour aller se former ». De toute évidence, cette quatrième année suscite bien des passions mais a peu de chance d'aboutir dans le cadre de ce projet de loi, tempère le sénateur

(LR) des Deux-Sèvres et vice-président de la commission des Affaires sociales, Philippe Mouiller, considérant que cette mesure de formation et non de financement constitue un cavalier social qui sera certainement invalidé par le Conseil constitutionnel.

Le texte prévoit par ailleurs - à défaut d'avoir des médecins en nombre suffisant sur l'ensemble du territoire les soirs et les week-ends - que la permanence des soins soit étendue aux infirmiers, sages-femmes et dentistes. De surcroît, un infirmier justifiant d'une formation avancée pourra, à titre expérimental pendant trois ans sur certains Territoires, prendre en charge directement des patients. Le texte instaure ainsi un principe de « responsabilité collective » dans la participation à la permanence des soins, que ce soit en ville ou en établissement, avec la volonté que les Français puissent bénéficier d'un « accès aux soins non programmés en répartissant cet effort entre toutes les structures et tous les médecins d'un territoire ». La permanence des soins ne doit en effet pas seulement reposer sur l'hôpital public ou les médecins, défend Stéphanie Rist, rapporteure générale de la commission des Affaires sociales, estimant que dans un contexte de « démographie médicale en tension, de vieillissement de la population et d'émergence de nouveaux risques, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur les compétences de l'ensemble des professionnels de santé tout en les faisant évoluer ». De son côté, le Sénat, considérant que le PLFSS « ne constitue pas un véhicule approprié pour des mesures touchant de manière si structurante à l'organisation du parcours de soins



et aux répartitions de compétences », appelle de ses vœux une véritable loi de santé permettant une réflexion globale sur ce sujet.

« NOUS NE POUVONS PAS PROPOSER LES MÊMES DISPOSITIFS À TOUTE LA POPULATION »

Si la France a historiquement privilégié un système de soins au détriment de la prévention, le texte traduit une volonté de changer de logiciel. Il est ainsi prévu que des bilans de santé complets et pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie à 25, 45 et 65 ans soient mis en place pour lutter contre « l'apparition de risques ou de pathologies à ces trois périodes clés de la vie » en complément des campagnes de dépistage et de vaccination existantes et des 20 examens de santé de l'enfant et de l'adolescent. Ces rendez-vous porteront entre autres sur le besoin d'activité physique, la santé des femmes ou encore la perte d'autonomie et devront permettre de repérer « des violences sexistes et sexuelles ».

RENDEZ-VOUS DE PRÉVENTION À DES ÂGES CLÉS DE LA VIE PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE :

POUR LES ADULTES DE 20 À 25 ANS :
CONSULTATION SPÉCIFIQUE DESTINÉE À PRÉVENIR L'APPARITION DE CANCERS EN LUTTANT CONTRE LES ADDICTIONS (TABAC, ALCOOL) ET DE RÉALISER UN BILAN SUR LES HABITUDES DE VIE (ALIMENTATION SAINE, ACTIVITÉ PHYSIQUE) ;

POUR LES ADULTES DE 40 À 45 ANS :
CONSULTATION DESTINÉE À PRÉVENIR L'APPARITION DES MALADIES CHRONIQUES (CANCER, DIABÈTE, MALADIES CARDIO-VASCULAIRES) ET LA SANTÉ MENTALE ;

POUR LES ADULTES DE 60 À 65 ANS :
CONSULTATION DESTINÉE À LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET À L'APPARITION DE FRAGILITÉS.



Le contenu et modalités de leur mise en œuvre ne sont pas encore connus, mais plusieurs problématiques sont d'ores et déjà identifiables : quelle sera la capacité des médecins à absorber cette nouvelle demande dans un système sous tension, où la ressource en soins primaires se raréfie ? Comment convaincre les Français de se rendre à ces rendez-vous alors que les programmes nationaux de prévention relatifs à la vaccination ou au dépistage peinent à emporter l'adhésion, comme le montre par exemple le faible taux de dépistage du cancer colorectal¹² de l'ordre de 30 % alors qu'il

s'agit de la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme ?

Si tous les acteurs partagent de surcroît le constat qu'un véritable virage préventif doit être opéré, la pertinence des mesures ciblant l'ensemble de la population est interrogée. Les travaux scientifiques et les comparaisons internationales semblent en effet montrer que « le ciblage des profils à risque ou des moments de rupture, comme le chômage ou la retraite, sont des variables plus pertinentes que de simples bornes d'âge pour des bilans de santé à caractère général », détaille Corinne Imbert. François Alla, chef de service au CHU de Bordeaux, ne cache pas non plus son scepticisme : « La consultation de prévention à un âge cible,

c'est une fausse bonne idée... les données scientifiques montrent clairement son absence d'efficacité en population générale. »

De plus, « si proposer des visites gratuites va dans le bon sens, nous en connaissons déjà les limites », explique le professeur Olivier Saint-Lary, président du Collège national des généralistes enseignants, puisque « ce sont toujours les mêmes patients, autrement dit ceux déjà bien suivis, qui en tirent les bénéfices ». L'enjeu consiste, à cet égard, à « aller vers » comme ce fut le cas notamment pour la vaccination contre la Covid-19. Pour

ce faire, les actions et les messages de prévention doivent être personnalisés. Si nous voulons que la prévention bénéficie 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 le mieux alors que les personnes très éloignées du système n'en bénéficieront que peu », alerte Franck Chauvin, ancien président du Haut Conseil de la santé publique. En résumé, une mesure de prévention, pour être efficace, doit s'inscrire dans le cadre d'une approche populationnelle pour que les personnes à risque puissent être repérées et que les inégalités sociales et géographiques face à la maladie soient prises en compte.

Le projet de loi prévoit pour le reste, la prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans du dépistage sans ordonnance des infections sexuellement transmissibles (autres que le VIH) en forte recrudescence. Une évolution inquiétante, compte tenu de la multirésistance aux antibiotiques qui se développe et augmente le risque d'impasse thérapeutique. Autre évolution notable, alors que nous assistons à une montée préoccupante des conservatismes à l'encontre des droits des femmes dans le monde et notamment en Europe, « le gouvernement démontre que le

droit des femmes à disposer de leurs corps est une priorité absolue », se félicite Isabelle Rome, ministre déléguée à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Ainsi, alors que le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) reste à un niveau élevé (en 2021, 223 300 IVG ont été pratiquées), le texte étend la gratuité de la contraception d'urgence à toutes les femmes sans condition de prescription médicale. Une

mesure qui devrait, selon la Direction de la Sécurité sociale (DSS), « décupler le coût de la pilule d'urgence pour l'État de 1,6 à 16 millions d'euros par an¹³ ».

Ces évolutions s'inscrivent dans la continuité du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022 qui prévoyait déjà une prise en charge de la contraception jusqu'à 25 ans et la gratuité du dépistage du VIH sans ordonnance. Si les différentes mesures envisagées pour développer la prévention vont dans le bon sens, celles-ci sont loin de dessiner une révolution de la prévention : « ni

financièrement, ni du point de vue de l'organisation du système, le virage préventif n'est pris », déplore la mutuelle de France Unie. L'on constate plus globalement que l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie ne permet pas d'adopter une véritable vision pluriannuelle nécessaire pour une politique de prévention efficace.

UNE MESURE DE PRÉVENTION POUR ÊTRE EFFICACE DOIT S'INSCRIRE DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE POUR QUE LES PERSONNES À RISQUE PUISSENT ÊTRE REPÉRÉES ET QUE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET GÉOGRAPHIQUES SOIENT PRISES EN COMPTE

« LES VIEUX MÉRITENT MIEUX ! »

Après trois quinquennats d'espoirs (toujours déçus) sur les politiques du grand âge, malgré la succession de nombreux rapports faisant tous état de l'urgence d'agir, les attentes restent fortes en la matière. Le 26 juillet dernier, le ministre des Solidarités, Jean-Christophe Combes, affiche la couleur : « plutôt qu'une grande loi, je pense que ce qui est urgent aujourd'hui c'est d'agir. » Pas de grande loi en prévision, donc, mais le ministre promet un PLFSS « ambitieux à la hauteur des enjeux ». Pour 2023, l'objectif de dépenses de la branche autonomie s'élèvera ainsi à 37,3 milliards d'euros (en augmentation de 5,3 % par rapport à l'année précédente). Les dépenses prévisionnelles au titre du financement des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) atteindraient quant à elles 30 milliards d'euros en 2023 (en hausse de 6 % par rapport à 2022). Une dynamique « positive et nécessaire pour faire face aux enjeux de 2023 mais insuffisante au regard des défis à relever à l'horizon 2030 », constate la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le gouvernement entend par ailleurs favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible. Pour ce faire, le texte prévoit de renforcer les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec la réforme de la tarification. Le gouvernement

s'engage ainsi à relever, par décret, le tarif plancher de l'aide à domicile réalisée par un service autonomie à domicile prestataire, de 22 à 23 euros par heure en 2023. « Si on y ajoute les 3 euros de dotation complémentaire pour la qualité, on arrive à 26 euros, et on se rapproche du prix de revient des services », estime Olivier Richefou, président (UDI) du groupe Grand âge à l'Assemblée des départements de France (ADF). Un calcul qui ne convainc pas les fédérations de l'aide à domicile qui dénoncent un effort largement insuffisant puisque « cela compenserait à peine l'inflation », estime la Fédération française des services à la personne et de proximité (Fedesap). Pour l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (Una), il est « impossible de rester sur un tarif horaire à 22 ou 23 euros, qui en plus comprend les frais de structure, d'évaluation initiale, de coordination du parcours », affirme sa présidente Marie-Reine Tillon, soulignant au passage que la « dotation qualité de 3 euros complémentaires » est « laissée à la discrétion des départements, ce qui crée à nouveau des disparités ».

Côté EHPAD, 3 000 postes de soignants supplémentaires sont prévus pour 7 500 EHPAD (moins d'un poste pour trois établissements), soit seulement 1 000 ouvertures supplémentaires par rapport au PLFSS 2022. Bien loin du rythme de recrutement de 50 000 nouveaux postes sur

ALORS QUE LA FRANCE COMPTERA PRÈS DE 20 MILLIONS DE PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 60 ANS EN 2030, LES EHPAD NE SERAIENT PAS EN MESURE D'AFFRONTER LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE EN COURS

5 ans promis par le président de la République. Pour rappel, le rapport El Khomri remis au gouvernement en 2019 estimait que « outre l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, la nécessité d'augmenter les taux d'encadrement et les temps collectifs à domicile et les départs à remplacer, ce sont plus de 350 000 professionnels qu'il faudrait former d'ici 2025 dont plus de 92 000 postes à créer ». Cette première étape « justifiée par la nécessité de fixer un objectif crédible à un secteur qui rencontre des difficultés pour recruter... cristallise la situation », constate Philippe Mouiller, vice-président de la commission des Affaires sociales au Sénat estimant que le recrutement de ces 3 000 personnes supplémentaires « ne provoquera ni une mobilisation générale en faveur de la résolution des problèmes rencontrés par le secteur ni une modification des dispositifs de formation professionnelle en direction du secteur ».

Alors que la France comptera près de 20 millions de personnes âgées de plus de 60 ans en 2030, les EHPAD ne seraient pas en mesure d'affronter la transition démographique en cours comme en témoigne une enquête éclairante réalisée auprès des 1 400 adhérents de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées, (Fnadepa) : 89 % des directeurs affirment faire face à un manque de personnel. Une problématique qui n'est pas sans conséquences puisque, de ce fait, près de la moitié des établissements (46 %) fonctionnent actuellement en mode dégradé. « La situation est dramatique ». « Les vieux méritent mieux ! Nous alertons depuis des années sur cette situation, mais nous avons le sentiment de n'être jamais entendus, jamais prioritaires », fulmine Jean-Pierre Riso, président de la Fédération.

L'on constate finalement que rien n'est prévu dans ce texte « pour répondre au vieillissement de la population et au besoin d'accompagnement croissant. Nous sommes assis sur une bombe à retardement... et nous regardons ailleurs » alerte Yannick Neudeur, député (LR) de l'Isère. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) insiste quant à elle sur la nécessité d'agir « dès aujourd'hui pour répondre aux enjeux de demain » et de s'atteler rapidement à « la construction d'une loi définissant les orientations nationales et une trajectoire pluriannuelle pour la politique de soutien à l'autonomie en direction des personnes âgées ou en situation de handicap permettant la projection des moyens appelés par la transition démographique et les besoins de la société inclusion à l'horizon 2030 ».

PREMIÈRE LECTURE AU SÉNAT: « APRÈS CES DÉBATS TRONQUÉS... FAIRE VIVRE DES DÉBATS COMPLETS »

Le 7 novembre, les sénateurs débudent l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale dans un contexte particulier puisque pour la première fois depuis 30 ans¹⁴ le projet a été adopté en première lecture à l'Assemblée par l'article 49 alinéa 3 de la Constitution. Élisabeth Doineau, rapporteure générale du projet de loi, en appelle alors à la responsabilité de la Haute Assemblée « après ces débats tronqués de faire vivre des débats complets » regrettant au passage un texte sans « mesures nouvelles majeures » sans aucune « information sur les réformes à venir » finalement, « sans aucune ambition ». Le 15 novembre, le Sénat adopte le projet de loi en première lecture. Cette année encore les équilibres budgétaires n'ont pas convaincu les sénateurs qui décident de supprimer la trajectoire

LE PROJET DU GOUVERNEMENT



RENFORCER LE VIRAGE PRÉVENTIF

- EN PROPOSANT DE NOUVEAUX RENDEZ-VOUS DE PRÉVENTION AUX ÂGES CLÉS DE LA VIE (20-25 ANS, 40-45 ANS, 60-65 ANS), EN COMPLÉMENT DES DISPOSITIFS DE DÉPISTAGE DE CERTAINS CANCERS OU DE VACCINATION DÉJÀ EXISTANTS
- EN RENDANT LA CONTRACEPTION D'URGENCE GRATUITE POUR LES FEMMES MAJEURES
- EN PERMETTANT AUX PHARMACIENS, INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES DE PRESCRIRE ET D'ADMINISTRER DES VACCINS

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR TOUS

- EN RÉNOVANT LES CONVENTIONS ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET L'ASSURANCE MALADIE
- EN PÉRENNISANT LES MESURES D'URGENCE PRISES CET ÉTÉ POUR FACILITER LE RECRUTEMENT DE MÉDECINS LIBÉRAUX RÉGULATEURS AU SEIN DES SAMU ET DES SERVICES D'ACCÈS AUX SOINS
- EN HARMONISANT ET EN SIMPLIFIANT LES DISPOSITIFS D'AIDE À L'INSTALLATION DES MÉDECINS
- EN RENFORÇANT L'ENCADREMENT DE L'INTÉRIM MÉDICAL
- EN SÉCURISANT LE FINANCEMENT DES MÉDICAMENTS DE THÉRAPIE INNOVANTE

MIEUX FINANCER LES MODES D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

- EN RENFORÇANT LES AIDES POUR LES FAMILLES MONOPARENTALES
- EN DIMINUANT LES COÛTS DES MODES D'ACCUEIL DES JEUNES ENFANTS (NOUVEAU MODE DE CALCUL DU COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE OU CMG)

CONSTRUIRE LA SOCIÉTÉ DU BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

- EN LUTTANT CONTRE L'ISOLEMENT ET EN AJOUTANT DEUX HEURES DE VIE SOCIALE PAR SEMAINE DANS LES PLANS D'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE
- EN FINANÇANT DES SOINS INFIRMIERS À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET EN SITUATION DE HANDICAP

LUTTER CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

- EN AMÉLIORANT LA PRÉVENTION ET LA DÉTECTION DES FRAUDES
- EN SANCTIONNANT MIEUX LA FRAUDE DES OFFREURS DE SOINS ET PRESTATAIRES DE SERVICES
- EN ACCROISSANT LE RENDEMENT ET L'EFFECTIVITÉ DU RECOUVREMENT DES CRÉANCES

financière de la Sécurité sociale pour 2023-2026. Le niveau de dépenses de santé proposé pour 2023 est également rejeté en raison d'un objectif jugé « difficile à garantir au regard notamment des contraintes qui pèsent sur les établissements de santé ».

Comme à l'habitude, les sénateurs remanient largement le texte. La majorité sénatoriale entend ainsi « apporter des solutions là où le gouvernement hésite et peine à reformer le pays ». Constant sur le sujet, le Sénat propose donc une réforme des retraites (précédée d'une période de négociations qui devrait prendre en compte la pénibilité, les carrières longues et l'emploi des seniors). La droite, en cas d'échec des négociations, prévoit ainsi un allongement de la durée de cotisation et un report de l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans. Une véritable aubaine pour le ministre des Comptes publics, Gabriel Attal, qui y voit la possibilité de trouver une majorité pour faire adopter la réforme qui sera présentée début 2023. Concernant les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), les sénateurs prévoient une « contribution de solidarité » à hauteur de 300 millions d'euros pour financer la Caisse nationale d'assurance maladie. Une mesure qui provoque colère et incompréhension des complémentaires.

Si la mutualité française se dit en effet favorable « à un juste partage des efforts de financement de la protection sociale notamment avec la Sécurité sociale, celle-ci doit nécessairement servir l'accès aux soins et répondre aux besoins de santé de demain », une telle taxation viendrait au contraire s'ajouter aux transferts de charges déjà prévus par le gouvernement et se traduirait « par une augmentation de la fiscalité pesant sur les contrats santé faisant ainsi passer la taxation des

contrats responsables de 13,27 % actuellement à 14,07 % en 2024 ». Au final, cette taxation aura des répercussions sur les cotisations au détriment des adhérents « sans tenir compte des populations les plus fragiles ou qui ne bénéficient d'aucun mécanisme de contribution par l'employeur ou d'aide fiscale ». Une proposition controversée qui « soulève des difficultés » tant sur le montant que sur la méthode, reconnaît Olivia Grégoire, ministre des PME.

Les sénateurs se sont par ailleurs largement opposés au transfert du recouvrement des cotisations Agirc-Arrco aux Urssaf¹⁵ (donc à l'État) prévu par le projet de loi pour 2024 en votant le retrait de la mesure du texte. Pour rappel, le transfert de la collecte des cotisations Agirc-Arrco s'inscrit dans une logique de simplification et d'amélioration de la performance du recouvrement ainsi que de la réduction des coûts de gestion. Cette mesure avait suscité (et suscite encore) de vives oppositions des Partenaires sociaux - du Medef à la CGT - aux parlementaires tous groupes politiques confondus. Nombreux sont ceux qui dénoncent « un nouveau pas vers l'étatisation de la Protection sociale¹⁶ ». « Derrière cette réforme présentée comme technique, se cache une réforme des retraites qui ne dit pas son nom. Le recouvrement des cotisations de retraite complémentaire par l'Urssaf pourrait permettre à l'État impécunieux de capter les réserves du régime pour en financer d'autres », prévient le sénateur (LR) de la Vendée, Bruno Retailleau.

Une vision partagée par Brigitte Pisa, représentante de la CFDT et vice-présidente du conseil d'administration de l'Agirc-Arrco, considérant que « le sujet c'est de capter 80 milliards d'euros de ressources annuelles plus éventuellement les 60 milliards d'euros de réserve de l'Agirc-Arrco ».

« C'est le casse du siècle. On pique l'argent là où il est pour boucher les trous. » D'un point de vue plus technique, les Urssaf « ne sont pas en mesure d'assumer, comme l'Agirc-Arrco, la fiabilisation des déclarations des employeurs, salarié par salarié » affirme Alain Milon, sénateur (LR) du Vaucluse et vice-président de la commission des Affaires sociales, considérant par ailleurs que l'unification de la collecte ne se justifie plus « dès lors que le projet d'instauration d'un système de retraites géré par une caisse unique a été abandonné par le gouvernement ». Plus largement, enterrer le paritarisme « dans un pays fracturé comme l'est la France aujourd'hui, céder aux sirènes du « tout État » serait une grave erreur¹⁷ ».

« LE MONDE DE LA SANTÉ EST EN RÉBELLION »

Le 21 novembre, Élisabeth Borne active - après 3 heures de débat - une nouvelle fois sans surprise, l'article 49 alinéa 3 de la Constitution pour faire adopter la partie « recettes » du projet de loi. « Alors que la nouvelle lecture devait commencer en séance, près de 700 amendements ont été déposés, en plus de ceux adoptés en commission. Nous ne pouvons pas perpétuellement rejouer des débats qui ont déjà été tranchés », estime la cheffe du gouvernement justifiant ce recours au 49.3 afin de ne pas « menacer le calendrier prévu pour l'examen du texte ». Le projet sur lequel le gouvernement engage sa responsabilité rétablit largement le projet de loi tel qu'il a été adopté à l'issue de la première lecture et ne contient « que des modifications limitées », précise Élisabeth Borne.

Côté hôpital, le gouvernement revoit à la hausse de quelque 500 millions d'euros pour 2022 l'enveloppe accordée au secteur hospitalier pour

« compenser les surcoûts liés à l'épidémie de Covid-19 pour les établissements de santé » et promet de sécuriser le financement des hôpitaux en 2023. Cette rallonge s'ajoute à celle, d'un peu moins de 600 millions d'euros déjà actée au Sénat, pour amortir les difficultés engendrées par l'épidémie de bronchiolite qui fait rage dans les hôpitaux. Le 25 novembre, Élisabeth Borne recourt de nouveau à l'article 49 alinéa 3 sur la partie « dépenses » et sur l'intégralité du texte, précisant que si « monter à cette tribune pour engager la responsabilité de mon gouvernement n'est jamais un acte banal, nous avons un devoir de cohérence et un devoir de résultats ». La messe est dite. Le 29, le Sénat examine en nouvelle lecture le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023. Les débats sont brefs puisque le jour même une « motion préalable », à l'initiative d'Élisabeth Doineau considérant que la navette parlementaire « ne servirait plus à grand-chose », est adoptée. Une motion qui traduit des désaccords « sur le fond et sur la méthode ».

Finalement, « ni la partie recettes, ni la branche maladie n'auront fait l'objet d'un quelconque débat en séance publique à l'Assemblée lors de ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale en première lecture comme en nouvelle lecture », déplore la rapporteure générale. Sur le fond, « ce PLFSS ne tire aucunement les leçons de la pandémie de Covid-19 », note, quant à lui, Bernard Jomier, sénateur (SER) de Paris et vice-président de la commission des Affaires sociales au sénat. Pire encore pour le sénateur, alors que « le monde de la santé crie qu'il n'a pas les moyens de remplir sa mission », « on réduit l'ONDAM de l'hôpital public en dessous de l'inflation et l'ONDAM des professionnels de ville à la moitié de l'inflation ». « Le monde de la santé est en rébellion. » Le 30 novembre, l'Assemblée

début l'ultime lecture du texte. Le lendemain, le gouvernement engage sa responsabilité sur la totalité du texte.

Le 2 décembre, le projet de loi (suite au rejet de la motion de censure déposée par l'alliance de gauche) est adopté en lecture définitive. Malgré un climat tendu, le ministre de la Santé ne manque pas de saluer un texte qui « traduit de manière concrète la démarche de refondation engagée ces derniers mois pour transformer en profondeur notre système de santé et préparer l'avenir ». Un avis qui ne fait pas l'unanimité puisque si ce projet de loi avait vocation à être un texte de « refondation de notre système de protection sociale », les acteurs voient surtout un document « sans souffle, sans ambition, déconnecté de l'urgence », affirme le député socialiste de l'Essonne, Jérôme Guedj.

Pour conclure, comme chaque année, l'on constate que le PLFSS ne permet aucune vision d'ensemble, qu'il n'est toujours pas « un levier porteur de priorités hiérarchisées et affichées et de réelle vision pour notre avenir collectif en santé¹⁸ ». L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ne paraît quant à lui « plus en mesure d'accompagner la transformation tout aussi nécessaire de notre système de santé¹⁹ ». Il ne permet ni de piloter ni de planifier l'investissement à long terme. Le cadre de régulation du système de santé actuel nous conduit *in fine* à nous focaliser sur des politiques de rabout budgétaire au détriment de réformes structurelles à moyen et long termes. Si cette politique du coup de rabout permet de respecter des objectifs macroéconomiques, elle rend cependant impossible toute stratégie d'avenir. Un nouveau modèle qui accompagne les réorganisations nécessaires et détermine une véritable stratégie d'investissement de long terme doit par conséquent être envisagé. Il y va de la pérennité de notre modèle social. Plus encore à l'heure où les défis en matière de santé et de Protection sociale sont immenses. ■

NOTES

1. Initialement fixé à 6,8 milliards avant amendements.
2. 18 milliards environ de déficit en 2022 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.
3. Avis du Haut Conseil des finances publiques sur le PLFSS 2023.
4. Sécurité sociale 2022 - Cour des comptes.
5. Budget de la Sécu : le ministre François Braun mise sur la « prévention » et la « lutte contre les déserts médicaux » - Public Sénat.
6. Communiqué de presse de la FHF du 29 septembre 2022.
7. Accès aux soins : rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux - Vie publique.
8. Étude réalisée par Iqvia France parue dans *L'Express* : « Déserts médicaux : d'ici à cinq ans, 27 millions de Français privés de généraliste ? ».
9. Choix de spécialité : tops et flops des internes en 2022 - *Le Quotidien du médecin*.
10. CNAM, améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2023, juillet 2022.
11. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - les dossiers de la DREES n° 89 - décembre 2021.
12. Dépistage du cancer colorectal : une participation encore trop faible, l'INCa sensibilise - ONCORIF.
13. Gratuité de la « pilule du lendemain » : la mesure coûtera 16 millions d'euros par an à l'Assurance maladie - *La Tribune*.
14. Le 49-3, une arme qui n'a plus été utilisée depuis trente ans sur un budget - *La Croix*.
15. Initialement prévu au 1^{er} janvier 2022 et décalé au 1^{er} janvier 2023 en raison de la crise sanitaire.
16. Tribune. Retraite complémentaire Agirc-Arrco : « Pourquoi casser un élément majeur du pacte social ? » *Journal du Dimanche* (JDD).
17. Bruno Retailleau.
18. PLFSS, CNR : le chemin escarpé vers la transformation - Lamine Gharbi.
19. Catherine Deroche et René-Paul Savary - rapport d'information sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

DÉVELOPPEMENT DURABLE & SANTÉ

CHANGER DE MONDE, C'EST MAINTENANT !

PAR OLIVIER TOMA

**DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE PRIMUM NON NOCERE,
ASSOCIÉ GRANT THORNTON**

L'ESPÉRANCE DE VIE A DOUBLÉ, LES PROGRÈS TECHNOLOGIQUES SEMBLent AMÉLIORER NOTRE BIEN-ÊTRE À COURT TERME MAIS GÈNÈRENT DES ÉMISSIONS DE CO2, DE MULTIPLES POLLUTIONS ET UNE DÉFORESTATION MASSIVE.

La COP 27 se termine, les « grincheux » diront que le résultat est inférieur aux espérances, d'autres ne se sentiront pas concernés, nous, nous considérons que mobiliser les décideurs de 198 pays pendant 15 jours, pour trouver les moyens de relever des défis incommensurables, est une avancée majeure.

Les participants sont revenus boostés, convaincus de la nécessité d'agir et seront les meilleurs ambassadeurs... Mais bien sûr, tout ce « bruit » ne suffira pas à faire

bouger les lignes si nous, individuellement et collectivement, nous ne nous engageons pas !

Nous devons donc comprendre pourquoi et comment agir, chacun à notre niveau, pour tenter de participer à ces grands défis de la décennie...

QUEL EST LE CONTEXTE ?

La population humaine mondiale a été multipliée par quatre en deux siècles. Depuis le mois de novembre 2022, nous sommes 8 milliards d'humains sur la planète. L'espérance de vie a doublé, les progrès technologiques semblent améliorer notre bien-être à court terme mais génèrent des émissions de CO₂, de multiples pollutions et une déforestation massive en quelques années. Pour préserver et proposer un monde plus noble aux générations actuelles et futures, nous devons agir sur ce triptyque « infernal ».



Le secteur qui nous concerne emploie et forme des millions de collaborateurs, accueille, soigne et accompagne des millions de patients et résidents, achète des milliards d'euros de produits et services, recycle des centaines de tonnes de matières résiduelles, entretient, rénove, construit des centaines de milliers de mètres carrés de bâtiments, maintient des centaines d'hectares de parcs et jardins et fait travailler des milliers de sous-traitants et PME à travers le pays...

Ce secteur crée des emplois « non délocalisables », améliore la santé humaine et accueille de plus en plus de patients chaque année.

Si nous ne voulons pas subir notre avenir et imposer celui que nous avons contribué à créer à nos enfants et les leurs, alors relevons la tête et AGISSONS collectivement.

COMMENT AGIR AU QUOTIDIEN PAR UNE POLITIQUE D'ACHAT RESPONSABLE ?

Notre impact social, nos externalités négatives sont colossales et nous pouvons agir durablement en nous engageant sur le triptyque suivant :

- La réduction de l'empreinte carbone ;
- La dépollution ;
- La réduction de la déforestation importée.

Ces différents critères de choix pourraient être adaptés, appliqués systématiquement dans tous nos achats qu'ils soient relatifs aux marchés publics ou privés. En clair, nous devrions tous ensemble définir des critères permettant de réduire l'empreinte carbone du secteur, d'identifier, de mesurer et de diminuer toutes les pollutions générées par nos choix.

Lutter tous ensemble contre la déforestation importée est un véritable

geste de santé publique, car on sait bien que la réduction des espaces de biodiversité pour les espèces sauvages est et sera la cause majeure des zoonoses, des épidémies et des pandémies.

LA DÉCARBONATION AU TRAVERS DE NOS ACHATS !

Une dizaine de critères sont à surveiller pour tous nos achats :

La provenance des produits et matières

Un masque jetable à usage unique peut être fabriqué et livré d'Asie avec une empreinte carbone très forte, ou fabriqué et biosourcé sur notre territoire. Ce modèle basé sur l'analyse du cycle de vie est le cœur d'une démarche RSE globale. Les emplois sont locaux, les sous-traitants aussi, la traçabilité et le contrôle qualité peuvent se faire sur place. Les impacts environnementaux et sanitaires sont minorés.

La qualité du fret

Que ce soit la logistique liée aux livraisons ou le type de véhicule, le fret est un facteur important de l'empreinte carbone de notre secteur. Privilégier des transporteurs qui proposent des modes de transports écologiques, silencieux et moins émissifs est une clef.

La cadence des livraisons

Les espaces de stockage sont souvent faibles dans nos structures. Créer des plateformes locales (des exemples probants existent) permet de réduire les coûts, les kilométrages, l'empreinte CO₂. Cela permet aussi de réduire les rotations des véhicules lourds en ville, les risques d'accidents, les nuisances sonores, olfactives, et la production de particules fines générées par la consommation d'énergie fossile et le freinage de ces véhicules. Réduire de 30 % les particules fines en ville, c'est se donner les moyens de réduire d'autant

les maladies cardio-vasculaires à l'échelle des territoires...

Les déplacements des personnels

Il est certes compliqué d'appliquer le télétravail à l'hôpital et pourtant certains y sont arrivés, donc c'est possible dans certaines limites. Des applications en matière de covoiturage professionnel dédiées aux déplacements domicile-travail existent et de nombreuses agglomérations sont ouvertes aux discussions avec le secteur hospitalier pour optimiser horaires et arrêts. Certains établissements ont même décidé de prêter, louer, offrir des vélos électriques et les parkings à vélos sécurisés commencent à s'organiser.

Les déplacements des patients

Certains ambulanciers en accord avec les ARS ont réussi à créer des transports partagés en dialyse pour réduire de près de 30 % l'empreinte carbone de ces transports. Les patients interviewés parlent aussi du lien social que cela permet d'optimiser. Réduction des coûts, des kilomètres, des émissions de CO₂ et renforcement du lien social, n'est-ce pas ce qui constitue le cœur de la RSE ? Cela vaudrait peut-être le coup de financer des logiciels et postes de logisticiens dans l'organisation des transports des patients...

Les emballages

L'empreinte carbone des emballages inutiles est très lourde. Nous amassons tous les jours dans nos établissements des cartons pleins de vide ! Donc, des camions pleins de vide eux aussi, puis des camions remplis de déchets encombrant nos routes ! Nous avons évalué à plus de 769 tonnes de CO₂ par an l'impact de ces emballages inutiles. Intégrer dans le référencement des produits le poids, le volume des emballages directs et indirects devient un critère de choix majeur. Prenons l'exemple des solutions hydroalcooliques.



Au dos de leur étiquette, une mention est bien cachée : « Éliminer le récipient et son contenu comme un déchet dangereux et conformément à la réglementation nationale. » Ni l'État, ni les industriels impliqués n'ont créé un éco-organisme sur le sujet, (tel qu'il eût été nécessaire de le faire face à la crise et à la consommation actuelle de SHA).

Les établissements sont donc censés contractualiser avec des filières de déchets dangereux pour traiter ces contenants. Le coût de ces filières est d'environ 800 euros HT la tonne. Le grammage du contenant devient donc un critère de choix économique et environnemental qu'il faudrait systématiser. Ces préoccupations ne devraient-elles pas être obligatoires et systématiques ? Il en est de même pour les centaines de millions de masques à usage unique qui ne bénéficient hélas que de quelque 5 ou 6 filières de revalorisation, alors que nous devrions inclure dans nos calculs, la collecte, le transport et la revalorisation de cette matière, dès l'appel d'offres... Aussi, la question à se poser dans les

mois à venir, c'est : « a-t-on le droit de détruire une matière qui est revalorisable ? ».

L'économie circulaire au travers des matières résiduelles

De même que la revalorisation des masques nous paraît possible et souhaitable, il nous paraît tout aussi indispensable et réalisable la revalorisation, sur tout le territoire, du métal, des métaux précieux, du verre médicamenteux, sans oublier les couches-culottes ! Pourquoi ces dispositions de parfait bon sens ne sont-elles pas mises en œuvre ?

Notre réponse est claire :

D'une part, la mesure précise des gisements de ces matières résiduelles n'existe pas dans les territoires. D'autre part, la fiscalité n'aide pas la collecte sélective. Au contraire ! Les taxes d'enlèvement des ordures ménagères sont forfaitaires alors qu'elles devraient être réduites et inversement proportionnelles aux volumes de

filières mises en œuvre dans les établissements. En d'autres termes, vous retirez 20 tonnes de bio déchets, 10 tonnes de couches, 15 tonnes de papier, de plastique, de métal. La taxe locale, ajustée à cet effort, devrait devenir quasi symbolique pour inciter au tri et à la collecte. Aujourd'hui, hélas, on raisonne à l'envers : C'est l'établissement qui trie le plus qui paie le plus. En fait, il paie deux fois !

Moralité ? Dans le modèle actuel, personne n'a intérêt à trier et à revaloriser.

La consommation directe, l'autoconsommation et les énergies renouvelables

Environ 10 % des émissions de CO2 du secteur hospitalier sont liées aux consommations d'énergie directe. Isoler, rénover, écoconcevoir, autoconsommer seront les maîtres-mots, demain, dans le secteur. Les nouveaux acteurs comme les Conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) auront un rôle important dans le pilotage de cette transition, son évaluation et surtout, dans la mutualisation des bonnes pratiques. Les innovations dans le domaine de la production d'énergie ne manquent pas, encore faut-il qu'elles soient accessibles aux acteurs du secteur... Citons, par exemple, les « radiateurs et chaudières numériques », invention française à 100 %, qui permet de récupérer de la chaleur de Datacenters pour chauffer hôpitaux et Ehpad... Cela fonctionne parfaitement, mais les projets de ce type sont encore très rares.

Les Certificats d'économie d'énergie (CEE) sont très efficaces pour le secteur, il faudrait généraliser leur accessibilité à tous les établissements. Un point de vigilance à intégrer dans nos comportements - toujours en termes de politique d'achats responsables - est celui qui concerne les isolations de combles, massivement financées par l'État, sans que la vérification de la qualité sanitaire des isolants soit exigée ! Le résultat de cette inconséquence est terrible, des mousses isolantes contenant des taux de formaldéhyde

très importants ont pu être utilisées du fait de l'absence de contrôle. Ces produits étant rémanents pendant quinze années, le taux de composés organiques volatiles de ces établissements ou logements pourraient être déclarés dangereux pour les occupants. Des exemples existent...

La réduction du gaspillage alimentaire et médicamenteux

L'hôpital est le plus grand restaurant de France, il faut donc lui donner les moyens financiers, techniques et logistiques de produire une alimentation de bonne qualité, basée sur des produits locaux, bio et de saison et ainsi

réduire le gaspillage alimentaire. Ce gaspillage est un fléau en France, il génère près de 4 % des émissions de gaz à effet de serre, autant que les secteurs du numérique ou de l'aviation civile ! Donner les moyens aux professionnels de la restauration de proposer des menus « bas carbone » dans toutes les régions serait également de nature à éduquer la population sur le sujet et réduire drastiquement notre empreinte. Cela permettrait aussi de booster les territoires et

L'EMPREINTE CARBONE DES EMBALLAGES INUTILES EST TRÈS LOURDE. NOUS AMASONS TOUS LES JOURS DANS NOS ÉTABLISSEMENTS DES CARTONS PLEINS DE VIDE !

la santé liée à une nutrition adaptée. Il en est de même pour le gaspillage relatif aux médicaments et aux dispositifs médicaux. Heureusement que des start-ups comme MAPUI proposent des solutions adaptées.

L'Analyse du cycle de vie

Intégrer cette fameuse « ACV », ou tout au moins l'empreinte carbone systématiquement dans les critères de choix, permettrait demain de vraiment réduire l'impact du secteur de la santé. Prenons l'exemple des anesthésistes qui sont les premiers médecins en France à travailler réellement sur ces notions d'écoconception des soins. Ils ont réussi en quelques années à réduire par 30 voire 40 l'impact carbone des gaz d'anesthésie... Un exemple à suivre, une dynamique à impulser dans tous les blocs... L'écoconception s'applique aux pratiques, aux soins et aux bâtiments. C'est le moyen de prendre des décisions éclairées et durables pour les années à venir. Pour véritablement réduire notre empreinte de 40 % d'ici 2030, voire de 55 %, comme l'exige l'Europe, les industriels des produits de santé et médicaments doivent impérativement nous fournir l'ACV de tous leurs produits, à l'exemple du secteur du bâtiment qui l'a organisé avec ses bases de données INIES.

LA DÉPOLLUTION AU TRAVERS DES ACHATS !

Ce sujet est sans fin. Que signifie-t-il ?

Analyser la composition des contenants et contenus de tous les produits achetés dans le secteur. Cela permettrait peut-être de ne pas retrouver des perturbateurs endocriniens dans les laits infantiles en maternité, du formaldéhyde dans nos faux plafonds, du DEHP ou DINCH dans des revêtements de sol en PVC ou dans des dispositifs médicaux, des nanoparticules de dioxyde de titane dans des peintures, des cosmétiques, des médicaments, des bisphénols dans les emballages alimentaires, de ne pas subir des émissions de champs électromagnétiques de nos appareils électriques et électroniques, des risques de lumières bleues émises par des LED de mauvaise qualité qui peuvent altérer la cornée, des procédés sonores trop bruyants qui génèrent des nuisances dont le coût social est reconnu très élevé en France, ou encore des matériaux de rénovation, des produits d'entretien avec un taux de composés organiques volatils très élevé, des cosmétiques contenant de nombreux composants suspectés de toxicité !

Bref, dépolluer le secteur revient à adopter des critères extrêmement précis sur la nature et la composition des contenants et des contenus.

Dépolluer revient aussi à réduire l'utilisation du plastique et de l'usage unique, sous toutes ses formes. Dépolluer nécessite enfin de faire une

analyse des risques chimiques dans leur structure. La quantité de biocide utilisée en France est considérable, avec des impacts importants sur la qualité de l'air et de l'eau.

LA RÉDUCTION DE LA DÉFORESTATION IMPORTÉE AU TRAVERS DES ACHATS !

En ce qui concerne la réduction de la déforestation importée, une nouvelle initiative législative, qui sera négociée entre le Parlement et le Conseil européen au premier semestre 2022, vise à garantir que les produits achetés par les citoyens européens sur le marché européen ne contribuent pas à la déforestation. Elle impose des règles obligatoires en matière de diligence raisonnée pour les opérateurs qui veulent mettre sur le marché ces denrées liées à l'expansion agricole : soja, bœuf, huile de palme, bois, cacao, café et certains produits dérivés comme le cuir, le chocolat et les meubles. La Commission propose d'adapter progressivement le champ d'application du règlement, en révisant et en mettant à jour régulièrement la liste des produits en fonction des nouvelles données, afin de tenir compte de l'évolution des modèles de déforestation. Le texte de la Commission prévoit une période de mise en œuvre progressive de la législation entre 2023 et 2027.

L'exercice de devoir de diligence doit assurer que les denrées et produits n'ont pas été cultivés sur des terres déforestées ou dégradées après le 31 décembre 2020, et qu'ils ont été produits selon les règles du pays de production. Si l'une de ces deux conditions n'est pas remplie, l'entreprise aura interdiction de vendre ces produits sur le marché européen. En attendant cette directive, des labels existent. En 2022, il faut d'ores et déjà intégrer cette dimension dans nos achats pour lutter contre la destruction de 15 millions d'hectares de forêts par an dans le monde... seule cette stratégie partagée par tous



les secteurs et tous les pays nous permettra de ne pas affronter des pandémies, bien pires que celle que nous vivons actuellement.

EN CONCLUSION PROVISOIRE...

Le secteur est prêt à réduire de 40 % son empreinte carbone. Les acteurs de santé ont maintenant compris et intégré les enjeux, ils s'engagent au quotidien et sont clairement désireux de participer à ce défi. Ils le prouvent tous les jours. Face à cet engagement de toute une profession, l'État doit devenir exemplaire et mettre en œuvre les moyens, outils et leviers pour permettre aux professionnels d'assumer pleinement cet engagement.

Quels sont ces moyens, outils et leviers pour transformer l'intention ?

Le secteur de la santé souhaite clairement être exemplaire en termes de RSE et de santé environnementale. Il a besoin d'incitations, en voici quelques-unes :

- Les établissements ne récupèrent pas la TVA. Pour inciter l'achat de produits plus sains et plus respectueux de l'environnement, il serait judicieux d'appliquer un taux de TVA réduit sur les produits alimentaires bio, locaux et de saison. L'hôpital est le plus grand restaurant de France, cela aurait donc un impact économique et local très fort.

- Il en est de même pour les matériaux de construction. Lors de la construction ou de la rénovation d'un hôpital, les matériaux écolabellisés et/ou les moins émissifs en composés organiques volatils sont plus coûteux. Appliquer un taux de TVA réduit permettrait de privilégier des produits sains et améliorerait la qualité de l'air intérieur.

- Pour assurer la transition énergétique du secteur de la santé, il faut investir. L'ADEME n'est pas assez impliquée dans le secteur de la santé, ce serait une incitation forte que de doter cette institution de référents nationaux et régionaux pour accompagner financièrement les projets de terrains que les Conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) vont faire émerger.

- Il faudrait financer les mesures de qualité de l'air intérieur dans tous les établissements de santé.

Seules ces mesures permettront de lancer un plan d'action en fonction de la nature des émissions de composés organiques volatils. L'ANSES déclare que la mauvaise qualité de l'air intérieur génère 19 milliards d'euros de dépenses par an. Si l'on veut agir sur ces dépenses, l'hôpital se doit d'en être l'acteur exemplaire.

- La politique d'achats est trop souvent basée sur le « moins-disant », sans tenir compte de la provenance, de l'analyse du cycle de vie, de l'empreinte carbone des produits. Imposer aux industriels des médicaments et des dispositifs médicaux de fournir l'ACV, permettrait de privilégier les produits les moins polluants lors des appels d'offres. Cela revient aussi à soutenir les filières de production en France et en Europe.

- La HAS a ajouté des critères RSE et QVT mais n'a pas formé les auditeurs experts, sur ces sujets ! Il est nécessaire de les former pour qu'ils puissent reconnaître les efforts réalisés par les établissements. Sans une formation spécifique de ces experts, les audits seront symboliques et ne reconnaîtront pas les vraies actions exemplaires et mutualisables.

- La HAS s'apprête à mettre en œuvre un référentiel qualité pour le secteur du médico-social, il faudrait que les critères RSE soient les mêmes que pour le secteur sanitaire. Dans la version livrée à la consultation publique, il n'y avait aucun critère. Cela revient à en faire un sous-secteur en termes d'engagement social et sociétal.

- En ce qui concerne les subventions, les aides, les appels à manifestation d'intérêt, il faut impulser une « écoconditionnalité » des sommes allouées comme le font des fonds d'investissement ou la BPI. Les établissements les plus engagés en RSE - et donc en prévention - doivent avoir des aides et soutiens plus conséquents.

- Les établissements ont besoin de personnels sensibilisés et formés sur tous ces sujets. Écoconception des soins, empreinte carbone, prévention de l'exposition aux perturbateurs endocriniens, optimisation de la qualité de l'air, prévention des risques émergents : chimiques, champs électromagnétiques, nanoparticules, nuisances sonores et lumineuses. Tous ces thèmes devraient être enseignés dans un socle commun à tous les professionnels en formation initiale, de l'agent de service à la direction générale, en passant par les acheteurs, les médecins, les cuisiniers... (c'est le cas en école hôtelière où il existe un socle commun à tous les métiers). En formation

continue, le DPC doit être enrichi de formations en santé environnementale.

- Les achats représentent plus de 50 % des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé, il faut que les centrales d'achats, de référencements, les GHT, s'engagent à référencer des produits et services innovants, moins polluants, et de production locale quand c'est possible. Des critères de choix écoresponsables, mesurables, doivent être imposés. Pour cela,

il faut que ces GHT aient une plateforme commune d'échanges sur les produits étudiés et des clauses-typées dans les appels d'offres. Ceux-ci pourront ainsi intégrer des critères de choix écoresponsables permettant de représenter un tiers de la note des critères d'attribution, pour sortir du seul « moins-disant » qui fait des ravages (production exclusive en Asie, moindre qualité, rupture de stock...).

- Il faudrait mesurer le gisement des 65 filières de déchets générées par le secteur, région par région. Pour inciter

à la collecte sélective et générer de l'économie circulaire, il faut exonérer les établissements de santé engagés sur ces sujets, de la taxe d'enlèvement des ordures ménagères.

Nul doute que nous allons y arriver car la force de l'intention est incommensurable dès lors qu'elle est collective et désintéressée... ■

LE SECTEUR EST PRÊT À RÉDUIRE DE 40 % SON EMPREINTE CARBONE. LES ACTEURS DE SANTÉ ONT MAINTENANT COMPRIS ET INTÉGRÉ LES ENJEUX, ILS S'ENGAGENT AU QUOTIDIEN ET SONT CLAIREMENT DÉSIREUX DE PARTICIPER À CE DÉFI



LES FINANCES PUBLIQUES, LA PROTECTION SOCIALE ET LA PROTECTION ÉCONOMIQUE

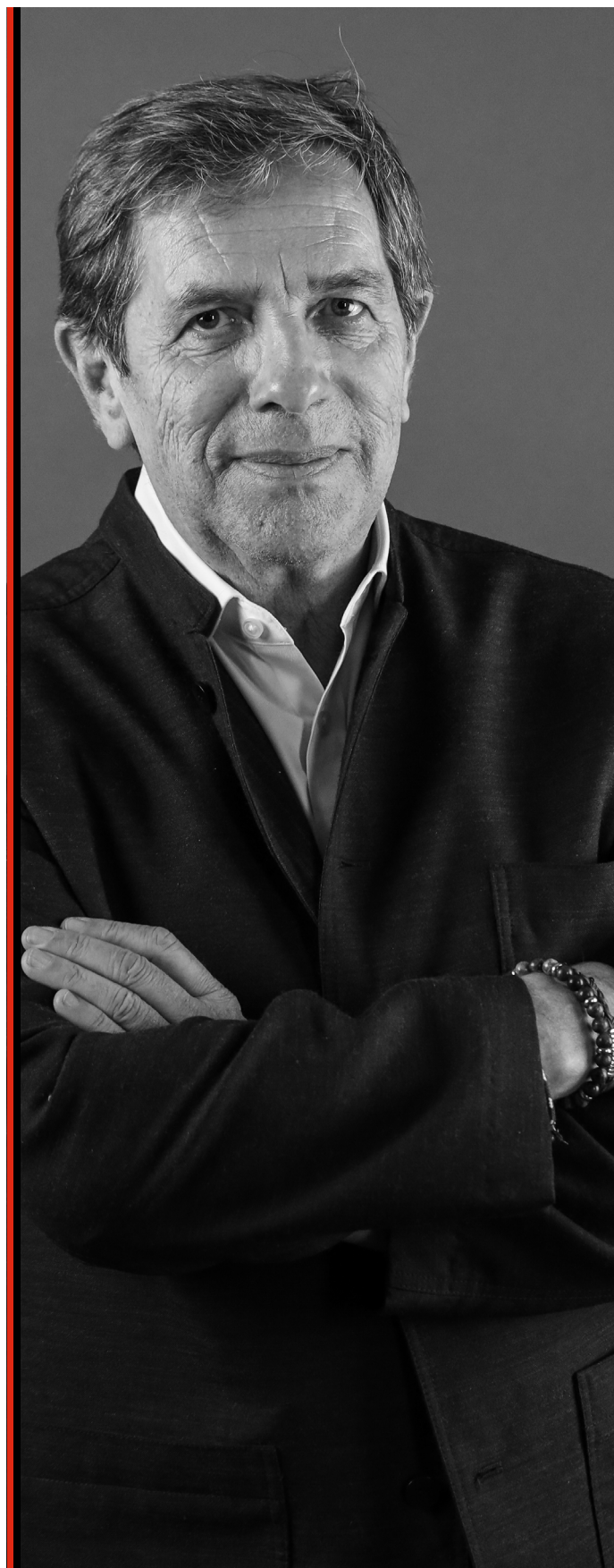
PAR MICHEL MONIER

ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DE L'UNÉDIC ET MEMBRE DU CRAPS

INTRODUCTION HÉTÉRODOXE À LA FINANCE PUBLIQUE.

À ce moment où les lois de finance font l'actualité, il faut, au-delà de leur analyse technique et de leur contenu politique, dire ce qu'est la magie de la Finance publique. C'est ce que ce papier a l'ambition de révéler. Nous sommes ici entre amis et la révélation qui va suivre doit rester entre initiés.

De façon introductive, pour faire le pitch, la Finance publique c'est la came de l'action publique. Je dois, pour cette introduction fort peu académique, de respectueuses excuses au Professeur Pierre Lalumière dont le cours de Finances publiques m'initiait à cette chose mystérieuse et aride et dont j'ai retenu la critique qu'il faisait de façon fort experte de leur dérive du Parlement vers l'exécutif, dérive dont nous avons aujourd'hui une belle illustration. Que les mânes du



Professeur Lalumière, qui fut enseignant à l'ENA et n'a donc pas été entendu, voient là de ma part un effort tardif de restitution de son enseignement dans un format qui épouse sa critique et, peut-être, en force le trait.

Il faut tout d'abord expliquer le plus simplement possible la mécanique de la Finance publique : elle s'alimente de prélèvements obligatoires (PO) - que l'on considère comme une ressource inépuisable - puis, une fois le plein de prélèvements obligatoires fait, la machine se met en marche : ça s'appelle Politique publique (PP), terme générique qui se décline à l'infini en fonction de l'actualité du moment et nous savons tous que « l'actualité du moment » c'est ce que l'on nomme Politique.

La Politique publique, entendue génériquement, c'est une machinerie qui a pour but d'assurer les plus nobles missions que le privé ne saurait ni peu faire et de corriger aussi les imperfections du Marché en consommant des prélèvements obligatoires. Il n'est pas besoin de redire ici, à ce public expert, que c'est le Marché qui crée la richesse captée par les prélèvements obligatoires. Il n'est pas non plus besoin de redire que le Marché a bien des imperfections et des bienfaits, mais dans les deux cas il faut une Politique publique : une Politique publique contracyclique, généralement correctrice, insuffisamment régulatrice et rarement incitative (alors que nous avons l'un des experts de l'analyse des imperfections du marché et de leur régulation, expert des politiques incitatives : Jean Tirole, mais la science administrative prime sur la science économique...).

À l'origine de toute Politique publique, se trouve une Politique publique révélée, une Politique

publique autoréalisatrice : c'est la Politique publique fiscale, celle qui permet la collecte des prélèvements obligatoires. Elle est évidemment nécessaire à toute collectivité pour l'organisation d'un premier niveau de Politique publique : le niveau régalien... puis d'un second : le redistributif, puis un troisième : électoraliste, puis un quatrième, puis ...

C'est là que la chose se complique et qu'il faut faire une confiance absolue dans ce trépied que forment la Finance publique, les prélèvements obligatoires et les Politiques publiques ! Cette

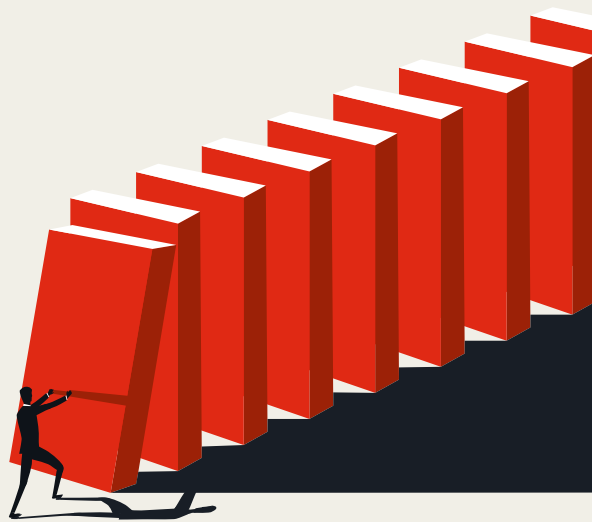
confiance absolue résulte à la fois de la solidité de la démocratie et d'un postulat (lui-même renforcé par la solidité de la démocratie) : l'irréfragabilité de la Finance publique. L'irréfragabilité a son fondement démocratique : c'est du consentement à l'impôt que résulte le caractère obligatoire des prélèvements éponymes (consentement à l'impôt chaque année renouvelé « en recettes » avant même que la représentation nationale ne se prononce « en dépenses »).

En fait, non, rien ne se complique ! Tout s'éclaire et un esprit

progressiste pourrait proposer que l'on change de vocabulaire en abandonnant les prélèvements obligatoires pour les prélèvements volontaires puisque l'on y consent a priori ! Bien nommer les choses, c'est ajouter du bonheur et, dire les prélèvements volontaires, n'est-ce pas plus inclusif que de les subir obligatoires ?

Revenons à nos deux niveaux de Politique publique, le « régalien » et le « redistributif ». S'agissant du régalien, l'accord se fait assez général : on n'en fait pas assez. S'agissant du redistributif, il y a débat et s'opposent les tenants d'un on en fait trop peu à ceux du on en fait trop.

DE FAÇON INTRODUCTIVE, POUR FAIRE LE PITCH, LA FINANCE PUBLIQUE C'EST LA CAME DE L'ACTION PUBLIQUE



Il nous faut donc entrer dans la boîte noire et différencier le « redistributif-redistributif » des interventions à but incitatif et de celles à but coercitif.

Le « redistributif-redistributif » vise à capter par des prélèvements obligatoires-sociaux la part de richesse qu'il faut redistribuer à ceux d'entre nous qui ne peuvent participer à l'effort collectif de création de richesse. Nous savons la sage leçon du quasi-contrat solidariste de Léon Bourgeois qui proposait une solution entre un libéralisme qui allait se faire néolibéral et un socialisme collectiviste, fût-il celui d'un Jaurès. Les prélèvements obligatoires « redistributif-redistributif » sont la traduction moderne du solidarisme.

La Politique publique-redistributive corrige une imperfection du Marché : l'inégale répartition de la richesse, et du bien-être en résultant, elle garantit une meilleure participation de tous à la marche des affaires de la communauté. Mais cette Politique publique-redistributive pêche par manque d'incitation, non pas de ses bénéficiaires

mais de ses financeurs qui n'en tirent pas la leçon de mieux partager *ab initio*. L'action publique s'en félicite : la Politique publique-redistributive est efficace, elle réduit significativement le taux de pauvreté avant redistribution à un niveau de pauvreté après redistribution. C'est la démonstration de la pertinence de l'action publique et, en conséquence, celle aussi de ce qu'il faut prélever ! Le citoyen consentant à l'impôt peut être satisfait de l'opération de redistribution, il s'acquitte ainsi de sa dette.

Les créateurs de richesse sont eux moins satisfaits et accusent les prélèvements obligatoires de bien des maux et ils ont pour

cela un mot : charges sociales et fiscales. Une question vient alors : pourquoi accepter les prélèvements obligatoires alimentant la Politique publique-redistributive plutôt que de partager mieux ? La réponse est simple : en acceptant les prélèvements obligatoires, les financeurs de la redistribution conservent leur position *ex ante* et les prélèvements obligatoires qu'ils supportent rend légitime leur demande *ex post* de bénéficier de « prestations compensatoires ».

L'action publique, soucieuse de soutenir le développement économique, entend cette demande et fait appel au génie de la Finance publique lequel n'a pas besoin de frotter longtemps sa lampe magique, hop : aide ou subvention ou niche fiscale. Et, s'il ne frotte pas longtemps sa lampe magique, c'est qu'il est occupé à se frotter les mains car, pour financer ces aides, subventions et niches fiscales, il sait qu'il va devoir inventer de nouveaux prélèvements obligatoires.

La machine est lancée, à fond. La protection sociale, assurance ou solidarité, due aux citoyens,

qui assure chacun et soutient les plus démunis, conduit naturellement (postulat d'irréfragabilité) à la protection de l'économie que l'on dit fragilisée par la protection sociale. Si le Marché a des défaillances, l'action publique, elle, n'en a pas : elle est vertueuse !

La machinerie est lancée à fond et s'il n'y a pas de GIEC des prélèvements obligatoires pour alerter sur le caractère épuisable de la ressource, il y a foison de Hautes instances : juridiction financière, haut conseil, conseil d'analyse économique, et même un Conseil des prélèvements obligatoires.

La sentence tombe : il faut garder sous maîtrise l'augmentation tendancielle de la dépense publique. C'est comme un « jusque-là tout va bien » et à la question ça va aller bien jusqu'où la réponse est « jusqu'à x % d'endettement rapporté au PIB ». Et ce « x » est une variable qui nous fait entrer dans le domaine des nombres complexes : celui de la dette.

Un mot sur la variable « x » : la valeur 100 de ce « x », déjà très supérieure à une norme de 60 maastrichtienne, était considérée comme un seuil d'alerte très rouge au-delà duquel nous entrerions en territoire inconnu. Ce seuil ignorait alors que les crises font revoir les normes et certitudes et dictent une nouvelle doctrine ce fut celle « quoi qu'il en coûte »... qui nous amène à notre sujet : protection sociale et protection de l'économie.

Il faut un dernier mot à cette introduction, un mot sur la dette qui a cette qualité d'être souveraine c'est-à-dire qu'elle est réputée toujours solvable

par le fait même que l'État est doté de la capacité de lever l'impôt (la boucle qui boucle). Et, qualifier la dette de souveraine autorise à se réjouir avec un « la dette est amortie, alors vive la dette nouvelle ! » réjouissance qu'il faut comprendre ainsi : puisqu'on a remboursé la dette mais qu'on a besoin de sous, on va encore s'endetter. La Haute finance, soucieuse de se voir rembourser les emprunts qu'elle consent, impose sa règle du jeu avec des carottes ou des bâtons. La carotte c'est la note « AAA » dont peuvent se féliciter les dettes souveraines les plus sûres, le bâton c'est la note « C » pour les moins bonnes, il y a

aussi le bonnet d'âne, la notation « D » pour celles des États qui sont en défaut.

Voilà rapidement posé le cadre de la Finance publique qui répond à ses objectifs... jusqu'à s'emballer et s'auto-alimenter. Ces bases posées, il faut entrer plus avant dans la dynamique qui fait passer de la protection sociale à la protection économique pour tenter de voir comment l'une alimente l'autre, comment l'autre

détruit l'une, comment les deux ensemble font dériver non seulement la Finance publique du Parlement vers l'exécutif mais dériver aussi l'État social vers l'État Nounou.

LE MODÈLE DE LA PROTECTION SOCIALE, ENTRE FINANCEMENT ET DÉFINANCEMENT.

La Protection sociale nous en connaissons l'histoire, le périmètre et ses évolutions. Nous savons qu'elle permet de ne plus courber

S'AGISSANT DU RÉGALIEN, L'ACCORD SE FAIT ASSEZ GÉNÉRAL : ON N'EN FAIT PAS ASSEZ. S'AGISSANT DU REDISTRIBUTIF, IL Y A DÉBAT ET S'OPPOSENT LES TENANTS D'UN ON EN FAIT TROP PEU À CEUX DU ON EN FAIT TROP

l'échine, qu'elle est ce patrimoine de ceux qui n'en ont pas. La Protection sociale, c'est ce domaine d'intervention toujours plus vaste qui s'ouvre à des risques nouveaux et des exigences sociétales nouvelles. L'actualité du moment, qui fait Politique, s'est substituée aux luttes sociales, la Protection sociale n'est plus acquis social elle est pommade, elle est placebo. Elle est devenue ignorante du risque mais s'emploie à en corriger les effets sans s'interroger sur la cause. Ignorante du risque, elle l'aggrave. La Finance publique fait dans le sparadrapp et le placebo.

Le socle de Protection sociale couvrant les risques maladie, famille et vieillesse c'était une Protection sociale « à la papa » : papa travaille, son salaire finance les assurances sociales et l'impôt la solidarité. Assez rapidement est venu le temps où ces financements ne suffisaient plus et où l'augmentation du taux de cotisation devenait insupportable. Le génie de la Finance publique inventa les allègements de charges sociales et, dans des moments d'exaltation, les exonérations de charges ! C'était le début de la Protection de l'économie, une évolution qui prenait acte, sans le dire, de l'insoutenabilité de la Protection sociale puisqu'elle venait fragiliser la santé de l'outil de production.

Privant les assurances sociales de leur financement, alors que leur champ ne cessait de s'agrandir, il fallait trouver à compenser. La critique de Pierre Lalumière, qui pourtant enseignait à L'ENA, n'a pas été entendue et la Finance publique a commencé sa dérive du Parlement vers l'exécutif, un exécutif dont la permanence est

assurée par l'Administration. Dans les bureaux, la maîtrise de l'action publique est une expertise autant qu'un art et le problème du définancement de la Protection sociale avait été anticipé puisqu'il résultait de la mise en œuvre d'une... Politique publique concoctée dans les mêmes bureaux : l'assistance budgétaire à l'Économie ! On inventa donc de nouveaux prélèvements obligatoires, des prélèvements obligatoires compensatoires : les impôts et taxes affectés. Ce n'est plus le travail qui supportait alors le coût des assurances sociales mais la collectivité qui assurait la solidarité. Un observateur pourrait faire remarquer que décider d'exonérations pour les compenser c'est,

globalement, une Politique publique à bilan nul. Ben, non, pas tout à fait. Pas tout à fait parce que le champ social à financer continue son expansion et aussi parce que la compensation n'est pas toujours totale. Pas tout à fait, car cette Politique publique là a, elle aussi, un caractère redistributif... du financement en collectivisant la charge de refinancement des allègements et exonérations (si j'osais faire simple, c'est une

référence aux Shadocks qui s'imposerait ici).

Les Politiques publiques se trouvent alors prises dans un cruel dilemme : assurer le complet financement ou refinancement des assurances sociales et de la solidarité par le jeu d'impôts et taxes affectés (et donc augmenter encore le taux de prélèvements obligatoires) ou bien laisser filer le déficit qui devient dette et, encore mieux, dette souveraine ? Dans ce jeu, il faut alors introduire une nouvelle règle : sauter son tour, c'est jouer. Sauter son tour, c'est ne pas traiter le problème pour ensuite jouer au jeu de la dette

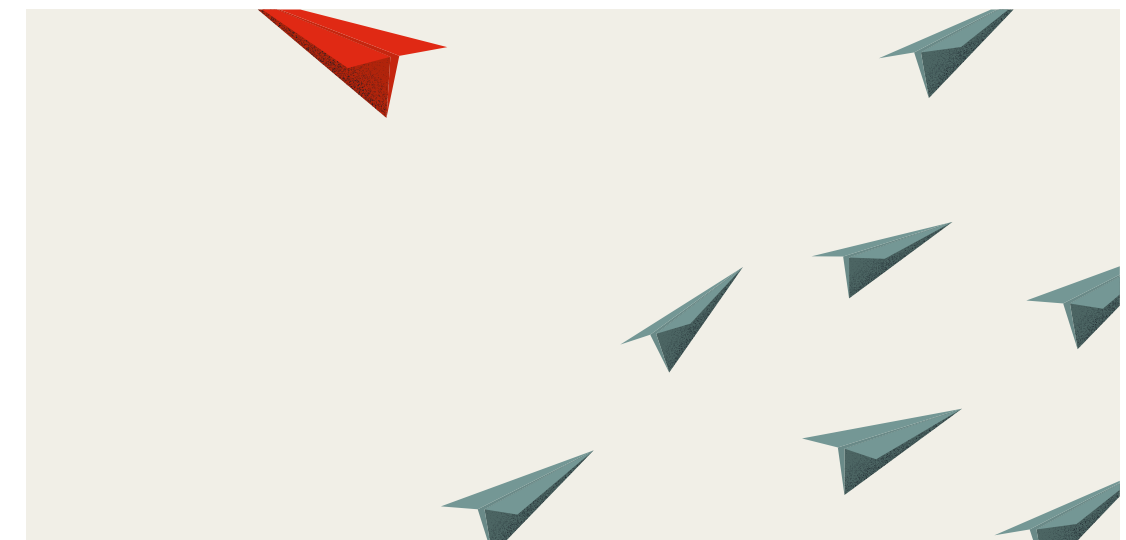
souveraine. Et là, ça devient sérieux, du grand art. La dette, même souveraine, ça se finance et ça se rembourse. Alors, revoilà le Marché, mais celui qui finance les prélèvements obligatoires non là c'est le marché financeur de la dette, le marché de la Haute finance. Du grand art, donc, parce qu'après la maîtrise de l'augmentation tendancielle de la dépense publique qui nous rassure sur l'expertise des docteurs de la Finance publique, voilà venu le temps de l'analyse de la situation budgétaire hors paiement des intérêts de la dette : vous avez reconnu là le concept de solde budgétaire primaire ! Tout un arsenal est à l'œuvre pour expliquer que la charge de la dette sera financée par la croissance, elle-même dynamisée par les Politiques publiques... dont les prélèvements obligatoires plombent un peu la dynamique. Et, si la variable « x » affirme alors sa rassurante élasticité, certains économistes nous invitent à lire la situation différemment. Si le PIB est une bonne référence, soumise à conjoncture, il faut compléter cette approche par le PIB par une autre plus rigoureuse en appréciant la charge de la dette en référence au montant des recettes (les prélèvements obligatoires), et là pour 120 milliards d'euros d'amortissement de la dette nous avons 103 milliards d'euros de recette de l'IR ou 120 de recette de TVA. De là à conclure que le consentement à l'impôt c'est le consentement à

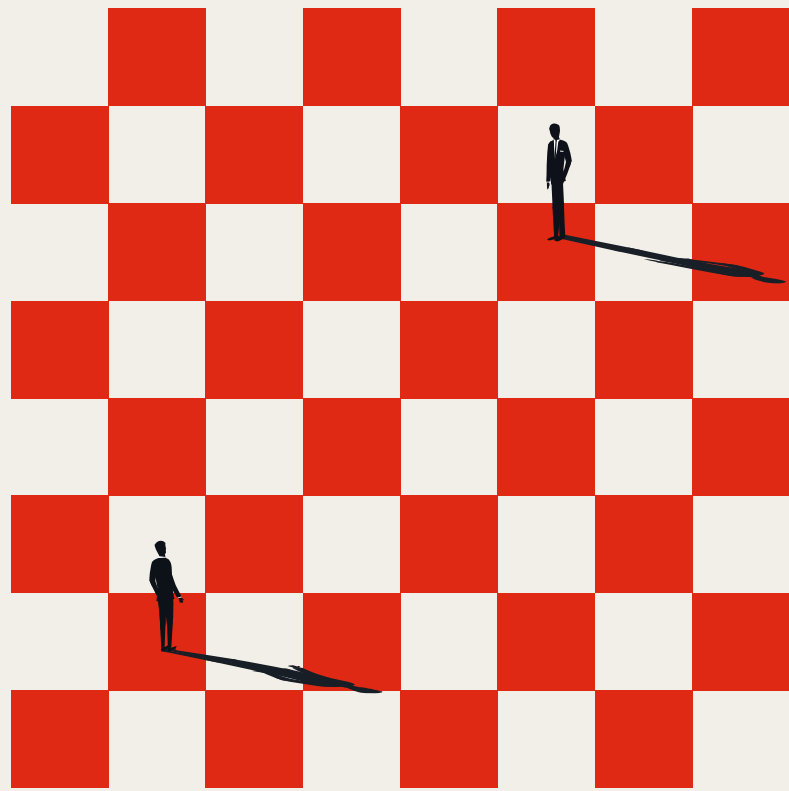
acheter de la dette, ce serait trop rapide car il faut bien voir que cette dette sert à quelque chose, on y vient.

On y vient mais avant, pour ceux qui n'auraient pas tout suivi, un bref brief : les prélèvements obligatoires financent les Politiques publiques, les Politiques publiques sont toujours une bonne chose et légitime donc les prélèvements obligatoires. Si une Politique publique a des effets négatifs sur une autre Politique publique, il faut alors une Politique publique qui institue de nouveaux prélèvements obligatoires.

Encore un dernier mot pour proposer, en conclusion de ce cheminement sur le définancement de la protection sociale, une définition de l'État Nounou. L'État Nounou c'est l'État social épuisé, pris en ciseaux entre la perte de ses ressources et l'expansion de son domaine d'intervention, c'est le moment où il est contraint de porter attention à chacun, faisant un petit geste à l'un et à l'autre. Ne pouvant se consacrer pleinement à ceux qui en ont le plus besoin, il dispense sa générosité par petits bouts, il se disperse. Il s'efforce de répondre à toutes les sollicitations et refuse encore de devenir, stade ultime de sa mutation, un État pourboire qui s'estimerait quitte

L'ÉTAT NOUNOU C'EST L'ÉTAT SOCIAL ÉPUISE, PRIS EN CISEAUX ENTRE LA PERTE DE SES RESSOURCES ET L'EXPANSION DE SON DOMAINE D'INTERVENTION





en distribuant à chacun un revenu universel pour solde de tout compte.

QUAND LA PROTECTION DE L'ÉCONOMIE FRAGILISE L'ÉCONOMIE...

Après la Protection sociale épuisée et coupable d'avoir déstabilisé et fragilisé l'outil de production générateur du financement de la Protection sociale, il faut maintenant traiter des Politiques publiques de protection de l'économie avec, en tête, la nécessaire maîtrise de l'augmentation tendancielle de la dépense publique, le souci du solde budgétaire primaire et l'objectif de participer par une politique de dépense (publique) à réunir les conditions du dynamisme de l'Économie nationale (conditions que le Marché seul ne peut réunir).

La crise sanitaire, crise la plus grave depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, a accéléré un processus déjà engagé depuis la fin des Trente glorieuses : la collectivisation de l'Économie.

Collectivisation non pas dans le sens de ces lendemains qui devaient chanter, ceux de la propriété collective des moyens de production, mais la collectivisation du financement du système économique par le moyen des PO. Autrement formulé, il s'est agi d'externaliser de la sphère marchande vers la sphère publique le maximum de charges sociales puis d'aléas économiques. Quand la décision qui s'imposait est prise au début de l'année 2020 de socialiser les revenus des ménages et de financer la survie des entreprises, les mentalités étaient préparées, chacun étant biberonné (l'État Nounou) aux prestations

sociales pour les uns, aux aides, subventions et allègements de charges pour les autres. Le quoi qu'il en coûte s'imposait dans une société tout entière socialisée. Il fallait une Politique publique de crise (de guerre même). Les Finances publiques allaient alimenter une machine à l'arrêt pour maintenir prêts au redémarrage et les individus et les moyens de production. Le processus de collectivisation n'est pas né avec la crise sanitaire, il s'est librement exprimé et a pris à ce moment toute la place qu'il lognait. Et, en matière de Politique publique l'histoire se répète, elle se répète avec la Politique publique du bouclier anti-inflation qui est une Politique publique de subvention du pouvoir d'achat et, en conséquence, de subvention de l'inflation.

Pour une Économie fragile qui ne savait déjà plus ce que sont le coût du travail et les prix de marché, pour les consommateurs qui refusaient le vrai prix des biens et services préférant le low cost importé, la défense économique (et sociale) par l'argent public était dans la logique des

choses. Crise sanitaire puis retour de l'inflation viennent ici renforcer le principe des PP de dépense publique dont on privilégie les effets immédiats et dont on ignore les conséquences futures. Il faut compter sur la variable « x » qui n'en a pas fini de nous démontrer son adaptabilité aux circonstances pour passer la barre.

Un esprit libéral s'inquiéterait de ce que des entreprises zombies sont artificiellement maintenues en vie par les PGE et autres mesures ; après s'être inquiété des effets du chômage partiel qui maintenait dans des *bullshit jobs* des salariés, il se féliciterait du grand *quit* d'aujourd'hui et des emplois non pourvus qui traduisent la libéralisation du marché du travail et le conservatisme aussi de certains employeurs. Un esprit néolibéral critiquerait le tout pour demander encore plus d'aides et subventions qui jamais ne régulent le marché. Un esprit socialiste n'oserait pas se réjouir de ce tableau qui réalise, dans un pays qui se croit néolibéral, la longue marche des socialismes utopique et scientifique, il demanderait des nationalisations, le droit au travail, la surtaxation des surprofits et aussi un revenu universel (quelques esprits plus affûtés ajouteraient le droit à la paresse)...

ET SI REFONDER C'ÉTAIT SORTIR DU PIÈGE DU SOCIALISME DE BUREAUX ?

Le socialisme de bureaux ou socialisme terre à terre, selon la formule de Friedrich August von Hayek qui en faisait une alerte (davantage à l'adresse de l'entrepreneur, qui n'était déjà plus schumpétérien, que du citoyen) a donné sa pleine mesure. Les Politiques publiques ont ouvert l'autoroute de la servitude pour faire traverser les Trente piteuses, puis les récentes plus grandes crises (et nous savons que l'autoroute est à péage et que le péage ce sont les prélèvements obligatoires !). Le mouvement de socialisation est engagé et à l'heure des transitions (démographique, numérique et énergétique), il ne peut que se renforcer encore. Comment ? Par

la... planification. Pour être de son époque, ce sera une planification coconstruite et non pas une planification à la Gosplan.

Les Politiques publiques ne pouvaient pas ne pas s'intéresser à la question sociale ni aux imperfections du Marché dont l'action publique poursuivait le but de corriger insuffisances et excès pour en permettre le bon fonctionnement. Les Politiques publiques s'étaient du socialisme pour remettre le libéralisme en état de fonctionner : ça n'a pas fonctionné. La culture de la subvention s'est imposée.

Le rebond de croissance de 2021 et l'inflation, qui si elle freine la croissance permet conjoncturellement une bonne recette de prélèvements obligatoires et diminue la charge de la dette, ne suffiront pas. Sans marges de manœuvre, les Politiques publiques ne seront pas davantage incitatives. Une vérité nous a été révélée : c'est la fin de l'abondance consumériste, il faut que ce soit aussi la fin de l'abondance des prélèvements obligatoires.

À ce moment de refondation, ce sont les Politiques publiques qu'il faut prioritairement refonder en s'interrogeant sur leur abracadabrantesque, et coûteuse, architecture. À bilan nul ne peut-on réallouer la dépense publique ? Ne peut-on revoir les allègements et autres « dépenses fiscales » que l'on compense par des impôts, taxes ou contributions compensatoires ? Il ne s'agit pas d'abord de réduire la voilure mais de l'orienter en fonction des vents qui ont tourné (le programme de l'école des Glénans pourrait, là, inspirer celui de l'INSP). Les dépenses sociales ont-elles vraiment creusé la dette ou bien la dette sociale n'est-elle pas conséquence de bonnes intentions aveugles, conséquence de Politiques publiques dont on a voulu ne voir que les conséquences immédiates ... qui se traduisent aujourd'hui par des prélèvements obligatoires de plus de 50 % du PIB, une dette de 115 % du même PIB. ■



secteur de la biologie médicale devrait s'acquitter d'une contribution de 180 millions d'euros pendant trois ans, sans même savoir quelles seraient les modalités de récupération des sommes par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Nous nous sommes cependant aperçus que le mécanisme prévu était extrêmement pervers puisqu'il consisterait

FRANÇOIS BLANCHÉCOTTE

PRÉSIDENT DU SYNDICAT
DES BIOLOGISTES

INTERVIEW RÉALISÉE LE
8 NOVEMBRE 2022

QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

En juin dernier, nous avons découvert en avant-première à l'initiative de Thomas Fatôme le rapport charges et produits. Étonnamment, le rapport ne portait pas sur nos dépenses (environ 2 milliards d'euros en 2020, 4 milliards en 2021 et 2 milliards en 2022 soit pratiquement 8 milliards d'euros au total) mais sur la gestion de nos entreprises puisque l'excédent brut d'exploitation (EBE) était principalement visé. Nous avons, à cette occasion, été informés que le

uniquement à baisser la « lettre clé B », au cœur de la cotation de notre nomenclature dans la mesure où cette lettre concerne l'ensemble de nos examens (hormis cotations des prélèvements réalisés par une infirmière, un biologiste, etc.). Ensuite, lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023, nous avons constaté que les 180 millions d'euros initialement demandés s'étaient transformés en 250 millions d'euros avec une baisse visant seulement la « clé B ». Nous avons bien sûr compris pendant la crise qu'une situation

exceptionnelle appelait une réponse exceptionnelle, comme en témoigne le nombre considérable de tests que nous avons réalisés, conformément à la volonté du président de la République de tester massivement la population (il fallait certaines années faire plus de tests que l'Allemagne, soit plus de 2 millions par semaine...).

Pour faire face, nous avons embauché 10 000 personnes et nous avons dû prendre un risque industriel en achetant des machines coûteuses sur le marché asiatique et plus spécifiquement chinois que nous ne connaissons pas. Le secteur privé a donc accepté de prendre ce risque, sans bénéficier d'aucune aide. Le secteur de la biologie a donc dû prendre des engagements financiers importants au regard notamment de la demande de revalorisations salariales des personnels et de l'inflation. Nous nous retrouvons toutefois aujourd'hui dans l'œil du cyclone puisqu'il nous est demandé de redonner à l'État les bénéfices non pas sur la Covid mais sur

la nomenclature. C'est une décision profondément irrationnelle. Les laboratoires n'ont, en effet, pas eu la même activité selon leur taille et leur implantation. Les situations ont été très différentes selon les territoires et notamment dans les territoires ruraux qui voient moins de patients que

dans certaines grandes villes. Cette volonté de traiter tout le monde de la même manière alors que les situations ne sont pas les mêmes est injuste. Nous nous opposons donc fermement à cette baisse de 2 centimes du B qui impactera également au passage les tests Covid (cotés en B). En fin de compte, et c'est inédit,

l'annonce de ce PLFSS a conduit l'ensemble de la profession à se réunir sous une seule bannière en formant l'Alliance de la biologie médicale (ABM).

L'on constate, plus globalement, que cette décision gouvernementale n'a aucun lien avec la santé publique. C'est une décision purement économique portant sur la gestion de nos entreprises. Finalement, on nous reproche de nous organiser, de rentabiliser nos entreprises et *in fine* d'en dégager des bénéfices. On nous reproche d'avoir un excédent brut d'exploitation trop important. Cette confusion entre le résultat net d'une entreprise et l'excédent brut d'exploitation est extrême-

mement préjudiciable puisque dans le cas de l'excédent brut d'exploitation, les dettes, les impôts et les amortissements ne sont pas pris en considération. Il ne reflète pas la rentabilité de nos entreprises. Si l'on regarde notre excédent brut d'exploitation les chiffres sont, en effet, pas-

NOUS NOUS RETROU- VONS [...] AUJOURD'HUI DANS L'ŒIL DU CYCLO- NE PUISQU'IL NOUS EST DE- MANDÉ DE REDONNER À L'ÉTAT LES BÉNÉFICES NON PAS SUR LA COVID MAIS SUR LA NO- MENCLATURE

sés de 18 à 23 % mais notre résultat net est autour de 11 à 12 % dans les années hors Covid. Pendant la Covid, il était autour de 13 à 14 % pour la simple et bonne raison que les examens Covid sont devenus au fil du temps très coûteux. Nous sommes extrêmement maltraités alors que nous avons fait (sans aucune aide à la différence du secteur public) « un effort de guerre » considérable au départ, c'est d'ailleurs pour cela qu'aujourd'hui 80 % des tests PCR sont réalisés dans des laboratoires et non dans les hôpitaux publics.

LES LABORATOIRES ONT RÉCEMMENT FAIT LE CHOIX DE SE METTRE EN GRÈVE ET DE NOTAMMENT SUSPENDRE LEUR PARTICIPATION AU SÉGUR DU NUMÉRIQUE. POUR QUELLES RAISONS ?

Pour faire pression sur la CNAM, nous avons cessé d'alimenter la plateforme Si-DEP des données de dépistage issues des tests PCR, antigéniques et sérologiques réalisés, ainsi que le séquençage. Nous avons toutefois poursuivi notre mission de santé publique, sans pénaliser les patients et à nos frais puisque la suspension de la transmission des données emporte la suspension du remboursement de nos actes. Nous avons donc réalisé les tests gratuitement et les avons rendus aux Français et à leurs médecins. Nous n'avons, en aucun cas, fait de bénéfices et ne sommes pas des irresponsables comme nous avons pu l'entendre ! Nous avons été

maltraités ! Il est cependant vrai et c'est malheureux que l'arrêt de la transmission a eu un effet collatéral que nous n'avons pas anticipé pour les arrêts de travail puisque le système est automatique en France (dès lors qu'un test est positif, un arrêt de travail est généré). Concernant la grève sur le Ségur du numérique, nous savons que c'est un élément important du dossier médical partagé (DMP), de la messagerie sécurisée de santé (MSS) et de l'espace santé. L'Assurance maladie y tient beaucoup. Je tiens à cet égard à rappeler que les biologistes sont les premiers contributeurs de données structurées, utiles à tous. L'annonce de ce PLFSS a provoqué un immense malaise dans la profession, les autorités doivent prendre cela au sérieux. Il ne faut, par ailleurs, pas oublier que cette mesure a été adoptée par le recours à l'article 49 alinéa 3 faisant fi de toute recherche de consensus à travers la représentation nationale.

Les biologistes médicaux ont jusqu'au 1^{er} février pour trouver un accord avec l'assurance maladie, si ce n'est pas le cas, 250 millions d'euros de baisse de tarifs seront prévus dès 2023 sur les actes courants non liés à la gestion de la crise sanitaire.

PENSEZ-VOUS PARVENIR À UN ACCORD ?

La première réunion de négociation entre les syndicats et la CNAM

début ce soir (8 novembre). Un projet a été déposé le 17 octobre par Thomas Fatôme. Nous avons, de notre côté, déposé un contreprojet dix jours plus tard, le 27 octobre. Ces deux projets seront donc confrontés et discutés. Nous entrons donc aujourd'hui dans une phase cruciale. Si nous n'avons pas le début d'un accord écrit, nous poserons une grève totale des laboratoires à partir du 14 novembre qui touchera l'ensemble des 4 200 sites de laboratoires qui accueillent 500 000 Français chaque jour. Nous souhaitons toutefois l'entrée des discussions. En gage de bonne foi et pour nous placer dans des conditions de négociation, nous avons recommencé à alimenter le Si-DEP et repris le séquençage. La grève relative au Ségur du numérique est en revanche toujours d'actualité.

DANS L'HYPOTHÈSE OÙ UN ACCORD NE SERAIT PAS POSSIBLE, QUELLES SERAIENT LES INCIDENCES POUR LE SECTEUR DE LA BIOLOGIE MÉDICALE ET PLUS LARGE-MENT POUR LES FRANÇAIS ?

Je souhaite que nous trouvions une solution en bonne intelligence pour le bien de tous. Contrairement à ce que nous entendons actuellement, nous nous intéressons à la santé de nos patients et avons conscience de notre rôle dans la prise en charge que nous assurons puisque nous avons des centres d'activités comme les hôpitaux, ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Nous irriguons, en outre, l'ensemble du territoire : 500 000 patients entrent chaque jour dans nos laboratoires. Environ 300 000 viennent d'eux-mêmes mais 200 000 sont ramassés dans l'intégralité des campagnes environnantes. Nous avons, par ailleurs, un système composé de 4 200 sites de proximité dans lesquels nous réunis-

sons tous les prélèvements, dans des conditions draconiennes afin d'assurer leur qualité. Si nous ne parvenons pas à un accord au 1^{er} février cela veut dire que les 2 centimes du B s'appliqueront à l'ensemble des actes de biologie y compris pour les actes Covid en 2023. Cela conduira inévitablement à la fermeture de laboratoires de proximité. Si nous additionnons tous les facteurs économiques qui pèsent sur nos entreprises plus une baisse drastique de tous les actes, il y aura une incidence majeure notamment dans les territoires désertifiés. Cela aura donc un impact sur l'égalité des soins et la prise en charge sur le territoire. En France, les patients ont la chance de pouvoir s'adresser à un laboratoire et d'être pris en charge dans la journée (à 90 %). Si les patients ont une maladie grave telle qu'une leucémie, ces derniers sont pris en charge immédiatement grâce au lien entre les biologistes, les médecins et l'hôpital. Enfin, il faut veiller à ne pas oublier que le secteur libéral est pourvoyeur de 80 % des prélèvements qui sont séquencés. On voit donc bien que le maillage territorial est fondamental pour regarder une population. C'est le cas des biologistes médicaux qui sont au contact des patients.

UN DERNIER MOT ?

Depuis plus de 10 ans, la biologie médicale a redonné plus de 5,2 milliards d'euros à l'État. À chaque fois, la biologie médicale a été considérée comme une variable d'ajustement. ■



**ÉTIENNE
TICHIT**

**CORPORATE
VICE-PRÉSIDENT DE
NOVO NORDISK**

**NOVO NORDISK SE POSITIONNE
COMME UNE ENTREPRISE ENGA-
GÉE. CONCRÈTEMENT, QU'EST-CE
QUE CELA VEUT DIRE ?**

***Novo Nordisk, entreprise de Santé
engagée pour les personnes at-
teintes de maladies chroniques et
rares***

Oltre la production de médicaments, la recherche et le développement de nouveaux traitements dans les pathologies chroniques et rares, Novo Nordisk est engagé dans une véritable

approche holistique en santé. L'entreprise s'investit pleinement dans la prévention du diabète et de l'obésité, que nos spécialités pharmaceutiques participent à traiter. Nous avons la conviction que notre rôle, par notre connaissance de ces maladies, doit être aussi de diminuer leur survenance en comprenant leurs causes afin d'envisager plus d'années en bonne santé pour les patients et maintenir une soutenabilité de notre système de Santé. Par exemple, nous avons fait le constat que 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. La hausse exponentielle du surpoids et de l'obésité joue un rôle considérable dans la progression du diabète.

***Novo Nordisk, entreprise de Santé
engagée dans la prévention***

Nous avons en ce sens lancé le programme Cities Changing Diabetes, d'abord à Copenhague, puis dans 40 villes du monde et notamment à Strasbourg en partenariat avec la Ville et l'Eurométropole, pour tenter d'influer sur les modes de vie des personnes favorisant l'émergence de maladies chroniques. Cela passe par des activités sportives adaptées pour les adultes et enfants scolarisés diabétiques ou en situation d'obésité, par la mise en place de séances de dépistage du diabète (et de ses complications) ouvertes au grand public, par des cartographies fines de l'épidémiologie du diabète et de l'obésité sur les territoires, conduites avec des centres de recherche locaux (l'Observatoire régional de santé notamment) ; par l'installation de serres connectées, l'élaboration d'ateliers de cuisine itinérants ou encore de sessions de sensibilisation

au bien manger auprès des publics vulnérables, en lien avec le réseau des Banques alimentaires. Dans le prolongement de cette démarche multi-acteurs, et pour porter les sujets de prévention et de prise en charge auprès des pouvoirs publics, nous avons rejoint une coalition d'acteurs impliqués dans la lutte contre l'obésité, composée de représentants d'associations de patients (CNAO et Ligue contre l'obésité), de professionnels de santé (SOFFCOM et AFERO), d'acteurs de la lutte contre la précarité alimentaire (Fédération nationale des banques alimentaires) et d'un think tank engagé sur les sujets de protection sociale (CRAPS).

***Novo Nordisk,
entreprise de
Santé engagée
dans la produc-
tion locale, à
Chartres et en
Europe***

Présent depuis 1961 en France, à Chartres, Novo Nordisk produit

des antidiabétiques « Made in France » fournissant chaque jour plus de 8 millions de patients en France, en Europe et dans le monde. C'est donc une entreprise engagée de par sa raison d'être : faire en sorte que les personnes atteintes d'une maladie chronique puissent bénéficier d'un traitement leur permettant de profiter pleinement de la vie.

**NOVO NORDISK EST
ENGAGÉ DANS UNE
VÉRITABLE APPRO-
CHE HOLISTIQUE EN
SANTÉ. L'ENTRE-
PRISE S'INVESTIT
PLEINEMENT DANS
LA PRÉVENTION
DU DIABÈTE ET DE
L'OBÉSITÉ, QUE
NOS SPÉCIALITÉS
PHARMACEUTIQUES
PARTICIPENT À
TRAITER**

Si notre mission a du sens, nous sommes convaincus chez Novo Nordisk que la manière d'atteindre nos objectifs doit en avoir aussi. Lorsque Novo Nordisk investit dans un pays, l'entreprise y apporte bien plus que de l'activité : elle est porteuse d'engagements environnementaux et sociaux. C'est pourquoi nous misons autant sur la conduite d'une solide démarche de prévention, mentionnée précédemment, que sur l'investissement, la croissance de l'emploi et le développement de la RSE.

Novo Nordisk, entreprise de Santé engagée dans l'emploi de pointe

En matière d'employabilité, nous avons créé, début 2022, 150 postes à Chartres pour augmenter la production du site de 20 % et permettre l'assemblage et le conditionnement d'un médicament de la classe des analogues du GLP-1, en plus des produits insuliniques fabriqués historiquement. Un nouveau laboratoire de deux niveaux de 1 600 m² au sol a vu le jour. En juin 2022, Novo Nordisk a reçu le trophée de la Meilleure implantation étrangère en France de la part de CCI

International et Business France, traduisant un engagement fort et ancien dans la création de richesses et d'innovations économiques en France.

Novo Nordisk, entreprise de Santé engagée dans la responsabilité environnementale

EN JUIN 2022, NOVO NORDISK A REÇU LE TROPHÉE DE LA MEILLEURE IMPLANTATION ÉTRANGÈRE EN FRANCE DE LA PART DE CCI INTERNATIONAL ET BUSINESS FRANCE, TRADUISANT UN ENGAGEMENT FORT ET ANCIEN DANS LA CRÉATION DE RICHESSES ET D'INNOVATIONS ÉCONOMIQUES EN FRANCE

Notre groupe poursuit l'objectif ambitieux de zéro carbone d'ici 2030 (stratégie énergétique du groupe « Circular for zero »), et renouvelle son score « Carbon Disclosure Project » au niveau A. À Chartres, une première chaudière biomasse a été mise en service en 2022 couvrant 85 % des besoins en vapeur industrielle nécessaires aux procédés de production et au chauffage des bâtiments. Il s'agit aussi, pour le groupe, de s'approvisionner en gaz issus d'unités de méthanisation pour éliminer le CO₂ des 15 % de production de vapeur

issus de chaudières à gaz, et de se fournir en électricité depuis des fermes éoliennes offshore situées en mer du Nord. Tous les sites de production du groupe s'approvisionnent depuis 2020 en énergies renouvelables. Nous réduisons également nos

consommations d'énergie et d'eau, alors même que la production des stylos d'insuline a continué d'augmenter. Également, notre programme « Returpen », dont l'expérimentation va être lancée en janvier 2023, vise à recycler les millions de stylos à injection utilisés par les patients atteints de diabète, de troubles de la croissance ou en situation d'obésité, par voie postale ou via la collecte en pharmacie. Fort de ces expériences, Novo Nordisk a été désigné chef de file sur la feuille de route de décarbonation de l'industrie confiée par la FEFIS et le Conseil national de l'industrie, et plusieurs recommandations seront présentées aux autorités d'ici la fin d'année.

NOVO NORDISK EST UN ACTEUR INDUSTRIEL CRÉATEUR D'EMPLOI DANS SON TERRITOIRE, ET EST NÉCESSAIREMENT ATTENTIF AUX DÉCLARATIONS ET ACTIONS DES DÉCIDÉURS PUBLICS. AVEC LE PLFSS 2023 ET LE NOUVEAU CADRE CONVENTIONNEL, S'OUVRE UNE NOUVELLE SÉQUENCE DE DIALOGUE. QU'EN PENSEZ-VOUS ?

Novo Nordisk emploie plus de 1 550 collaborateurs en France et a investi un demi-milliard d'euros en 20 ans sur son site de Chartres, 2^e site de production du groupe. Le premier quinquennat d'Emmanuel Macron avait ouvert la voie à des avancées majeures pour investir en France : renforcement d'une plateforme de dis-

cussion avec les industriels via le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), mise en place d'un cadre économique attractif pour les investisseurs étrangers via Choose France, baisse des impôts de production, nouvel accord-cadre, etc. Une ambition était portée de manière collective : réindustrialiser la France. Or, nous faisons un constat inquiétant avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 qui ouvre ce deuxième quinquennat : le texte adopté pénalise fortement la croissance des industriels, comme Novo Nordisk – entreprise qui innove pourtant dans la prise en charge des maladies chroniques et investit massivement en France, pour la production et la recherche, depuis plus de 20 ans. En outre, ce texte va à l'encontre de ce que les industriels et les pouvoirs publics affichaient comme ambition commune lors du CSIS 2021, au lendemain d'une crise sanitaire ayant mis en exergue les faiblesses de no-



tre système de santé.

Avec ce PLFSS 2023, les industriels, pourtant acteurs de la souveraineté sanitaire française, font face à un manque de prévisibilité et de stabilité. De manière cumulative, ils sont impactés par une forte pression sur les prix - déjà les plus bas d'Europe en France - et un contexte inflationniste qui n'avait pas été observé depuis les années 1980. Conséquence de ce tableau semblant être inévitable dans le cadre législatif et réglementaire actuel : la baisse d'attractivité de la France, malgré des conditions favorables fixées par le président de la République lors de son premier mandat.

Vous l'avez souligné, une nouvelle séquence de dialogue s'ouvre avec le nouveau cadre conventionnel, le nouvel exécutif et le PLFSS 2023. Il faut porter collectivement une vision sociétale de nos industries de santé, ce que nous essayons de faire au quotidien à l'échelle du groupe. Pour ce faire, il est nécessaire de renouer un dialogue de confiance avec les pouvoirs publics, et poursuivre ce qui avait été commencé lors du premier quinquennat d'Emmanuel Macron. Cela semble indispensable afin d'envisager un élargissement du financement des maladies chroniques. Le médicament ne peut être la variable d'ajustement lors des prochains PLFSS, celui-ci ne représentant désormais que 10 % du coût total pour la Sécurité sociale.

EN QUOI LE CNR EST UNE OCCASION À SAISIR POUR RENFORCER LA CAPACITÉ DE DIALOGUE ENTRE VOUS, LES DÉCIDEURS PUBLICS ET VOS PARTIES PRENANTES ?

Le Conseil national de la refondation (CNR) est une instance souhaitée

par le Gouvernement pour trouver de nouvelles coopérations, notamment avec les acteurs territoriaux. Un nouveau cadre de dialogue pourrait être en ce sens imaginé entre les ARS et les industriels, par exemple. Plus particulièrement, le CNR Santé pourrait représenter un vecteur pour la coalition obésité, permettant de contribuer au plan d'actions nationales en matière de prévention des maladies chroniques dans les territoires. En cela, le CNR est important puisqu'il favorise la duplication à plus grande échelle de ce qui fonctionne dans d'autres territoires.

La « refondation » en matière de lutte contre les maladies chroniques implique plusieurs leviers majeurs : accroître le niveau de financement de l'innovation thérapeutique pour lutter contre les maladies du quotidien ; développer la prévention portée par les acteurs de terrain avec le soutien des ARS, tant à l'hôpital, qu'en ambulatoire, ou dans les établissements médico-sociaux ; repenser la prise en charge de premier recours des maladies chroniques en renforçant les délégations de tâches vers les médecins généralistes et permanences des soins, en fonction de la démographie médicale ; et enfin, soutenir la production, verte et décarbonée, en faveur de la souveraineté européenne du médicament. Sur ce dernier point, Novo Nordisk promeut deux avancées : l'accord d'une préférence aux producteurs européens majoritaires dans l'achat public ; des incitations venant reconnaître les efforts au long cours des industriels sur le sol français, en termes d'emplois, de production, de R&D, etc. ■



A lors que la réforme des retraites souhaitée par le président Emmanuel Macron après son élection en 2017 s'est heurtée à la mobilisation des citoyens et à la crise de la Covid-19, l'exécutif semble vouloir revenir en force avec une nouvelle proposition. Cette fois, c'est une réforme paramétrique probablement de moindre ampleur qui paraît se dessiner – ce qui ne signifie pas que son acceptation par les Français en sera plus aisée, comme en atteste la mobilisation du 29 septembre à l'initiative de plusieurs syndicats. Depuis une trentaine d'années, toutes les réformes des retraites menées (ou tentées) ont été sources de

TRIBUNE

LA RETRAITE, UN CONTRAT DE CONFIANCE ?

PAR SOPHIE CAILLAUD, ANNE CLAUSSE, ANTHONY SALIC
CABINET YCE PARTNERS

crispations. Il serait pourtant temps, alors que la Sécurité sociale vient de fêter ses 77 ans, de rétablir le contrat de confiance censé lier les Français et leur système de retraite, notamment avec les jeunes générations dont l'avenir est dès aujourd'hui en jeu.

LES FRANÇAIS ET LE SYSTÈME DE RETRAITE : UNE RELATION TUMULTUEUSE

À chaque tentative de réforme du système de retraite, le même schéma se répète : frustrations, contestations, manifestations. La seule réforme adoptée sans trop de heurts fut la réforme Balladur de 1993, qui portait sur l'allongement de la durée de cotisation et la modification de la base de calcul des pensions. Depuis, chaque réforme a connu son lot de frictions. Le plan Juppé de 1995 a dû être allégé de ses mesures concernant la retraite des fonctionnaires et des agents du service public à la suite de grèves massives qui ont paralysé plusieurs grandes villes du pays. De même pour les réformes Fillon en 2003, Woerth en 2010 et Touraine en 2014 : l'allongement de la durée de cotisation ou encore le report de l'âge légal de départ de 60 à 62 ans ont cristallisé les mécontentements.

Contrairement au système universel de retraite voulu par le président Macron fin 2019, ces réformes étaient essentiellement paramétriques : elles ne portaient « que » sur l'évolution de certains paramètres (durée et taux de cotisation, âge de départ...). Elles n'ont par ailleurs pas eu pour effet visible un report des Français sur les produits de retraite supplémentaire : bien qu'en croissance régulière (le nombre de Français adhérant à un produit d'épargne retraite supplémentaire a doublé entre 2005 et 2020¹, tandis que la part de ménages possédant une assurance vie a

augmenté de plus de 50 % sur cette période²) aucun mouvement de souscription massive à des produits de type épargne retraite ou assurance vie n'a été constaté au lendemain des différentes réformes. La part de la retraite supplémentaire dans l'ensemble des régimes de retraite, bien que stimulée par la loi PACTE avec une forte croissance enregistrée dès 2020 (2,8 millions de contrats tous PER en décembre 2020, contre 5,2 millions en mai 2022³), reste marginale par rapport à celle des régimes de base et représente seulement 5,1 % des cotisations collectées et 2,1 % des prestations servies⁴.

Mais alors, pourquoi autant de crispations ? Trois raisons semblent se dessiner.

- L'allongement de la durée de cotisation ou le recul de l'âge de départ sont perçus comme un allongement de la durée de travail, à contre-courant des évolutions du droit social (cf. 35 heures) et des aspirations des travailleurs qui plaident plutôt pour une réduction du temps de travail⁵. Dernier exemple en date : les débats lors de la campagne présidentielle sur la semaine de 32 heures ;

- Les discours parfois anxiogènes des pouvoirs publics qui justifient les réformes par la nécessité de « rétablir l'équilibre financier du système », mettant en avant un doute sur la pérennité du système en l'absence de mesures structurelles ;

- L'approche française autour de la notion de « droits acquis », fondée sur un droit au maintien de l'acte créateur de droits, joue probablement elle aussi un rôle dans la crispation face à toute réforme.

LA NÉCESSITÉ DE RESTAURER LA CONFIANCE, NOTAMMENT CELLE DES JEUNES

IL PARAÎT INDISPENSABLE AUJOURD'HUI DE RESTAURER LA CONFIANCE DES CITOYENS DANS LEUR SYSTÈME DE RETRAITE, ET PLUS PARTICULIÈREMENT CELLE DES JEUNES

Il paraît indispensable aujourd'hui de restaurer la confiance des citoyens dans leur système de retraite, et plus particulièrement celle des jeunes. En effet, le fonctionnement de notre système par répartition repose sur les actifs, qui versent les cotisations finançant les pensions des retraités. Or, ce principe de solidarité intergénérationnelle est mis à mal par l'idée largement répandue chez les jeunes que leur génération ne touchera pas, ou peu de retraite⁶. Ainsi, pour une grande partie des actifs, la retraite est synonyme d'illusion.

Pourtant, il est primordial de sensibiliser les plus jeunes aux questions liées à leur retraite étant donné que celle-ci sera le reflet de leur carrière. Pour une génération de plus en plus mobile professionnellement, et alors que les taux de remplacement diminuent au fil des générations⁷, il est d'autant plus important d'anticiper les impacts, notamment financiers, de certains choix (départ à l'étranger, statut d'autoentrepreneur, etc.) en préparant sa retraite dès le début de sa vie active.

Une étude publiée en septembre 2022 par YCE Partners et Infopro Digital met en avant une perception partagée des différents acteurs de la retraite sur une augmentation et un rajeunissement de l'intérêt des actifs pour le sujet de la préparation à la retraite. En effet, les 20-30 ans seraient plus actifs sur la souscription de PER que les 35-45 ans et on constate un rajeunissement moyen de deux ans dans les souscriptions chez les plus de 40 ans. Pourtant, parmi les 35 % des 18-24 ans qui épargnent au moins 5 % de leur revenu, seuls 22 % le font pour améliorer leur niveau de vie à la retraite⁸. Il reste donc difficile de mobiliser les jeunes générations à la préparation financière de leur retraite. Plusieurs leviers pourraient être activés : renforcer la lisibilité du calcul des droits et des produits d'épargne retraite proposés, améliorer la promotion et l'accessibilité de l'information sur les canaux digitaux, très prisés par les jeunes, et surtout expliquer et rassurer pour rétablir la confiance dans les dispositifs de retraite de base comme de retraite supplémentaire, gage de cohésion globale du système sur le long terme. Il s'agit donc d'une question mobilisant l'ensemble des acteurs :

- L'État et les pouvoirs publics qui doivent davantage faire preuve de pédagogie sur la logique d'ensemble et le fonctionnement de la retraite ;

- Les organismes de retraite obligatoire (base et complémentaire) et supplémentaire qui doivent faire évoluer la relation avec leurs clients en s'inscrivant dans une approche moins « produit » et plus orientée conseil ;

- Les entreprises (et les partenaires sociaux), appelées à jouer un rôle de plus en plus actif dans la préparation administrative, financière et psychologique au passage à l'après-vie active ;

- Enfin, les citoyens eux-mêmes dans la construction et leurs choix de carrière et par effet miroir de leur retraite.

Nous sommes ainsi convaincus que les débats sur les retraites ne devraient pas se concentrer sur la nouvelle modification paramétrique prévue par l'exécutif, d'autant qu'en réalité l'âge moyen de départ à la retraite s'élèvera déjà à 64 ans en 2040 du fait des réformes précédentes⁹, mais bien sur une autre question plus fondamentale : comment rétablir la confiance des Français dans le système de retraite pour garantir sa pérennité ? ■

1. DREES, Les retraités et les retraites – édition 2022.

2. Source : Insee.

3. Consolidation des données France assureurs, AFG, CCSF et DG Trésor.

4. DREES, op. cit.

5. Selon l'étude People at Work 2022 : l'étude Workforce View d'ADP Research Institute, 71 % des travailleurs se disent favorables à la semaine de 4 jours.

6. 48 % des Français pensent qu'ils vivront moins bien à la retraite que leurs parents (BVA, YCE Partners, 2020).

7. Rapport annuel du COR, op. cit.

8. « Les jeunes, l'épargne et la retraite, des relations complexes », Les dossiers du cercle de l'épargne, 2022.

9. Rapport annuel du COR, op. cit.



VOUS PRÉSIDEZ LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD). POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER LE RÔLE ET LA PLACE DE L'HAD EN FRANCE ?

L'hospitalisation à domicile est une offre de soins qui existe depuis près de 65 ans et dont la vocation est de se substituer à l'hospitalisation avec hébergement. Elle concerne des patients atteints de pathologies lourdes, qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation conventionnelle. Les soins délivrés sont complexes, techniques, réalisés par des professionnels de diverses disciplines et souvent pluri-quotidiens à l'instar de ceux délivrés à l'hôpital. Nous sommes des experts de l'évaluation des besoins des patients et de l'organisation des inter-

ventions au domicile mais aussi de la coordination :

Médicale : nous avons des médecins praticiens en hospitalisation à domicile, salariés et chargés de faire le lien avec le médecin prescripteur et le médecin traitant et à mettre leur expertise au service des patients et de leurs confrères. Ils sont de plus en plus appelés à pallier l'absence ou le manque de temps du médecin généraliste.

Soignante : nous avons des infirmiers coordonnateurs, salariés, dont la mission consiste à travailler avec les services hospitaliers pour

ÉLISABETH HUBERT

PRÉSIDENTE DE LA FNEHAD

- ANCIENNE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE

élaborer les protocoles de soins et à coordonner les interventions des infirmiers de soins, qui, selon les situations, peuvent être libéraux ou salariés, et qui seront au domicile les effecteurs des soins. Ces infirmiers coordonnateurs organisent la prise en charge, planifient les interventions, identifient les besoins des patients et procèdent à des évaluations très régulières tout au long de la prise en charge en HAD.

Psychosociale : nous avons au sein de nos établissements des assistantes sociales et des psychologues, dont la mission consiste à apprécier les besoins d'aides psychologiques, financières et matérielles et plus largement à mettre le patient et son entourage dans un environnement favorable à l'amélioration de son état de santé.

En ce qui concerne la place de l'hospitalisation à domicile dans notre système de soins, nous avons pris en charge en 2021 environ 160 000 patients pour des durées variables pouvant aller de quelques jours à quelques mois selon leurs pathologies, leur état général et leurs besoins en soins. Notre activité concerne pour un tiers les soins palliatifs (avec près d'un patient sur deux atteint d'un cancer) et pour un autre tiers les pansements complexes, c'est-à-dire des soins de nature

hospitalière pour des plaies graves et étendues. Le reste de notre activité est relative à des traitements antibiotiques par voie veineuse, à des chimiothérapies anticancéreuses, à la prise en charge des maladies chroniques telles que les graves maladies neurodégénératives (maladie de Charcot, sclérose en plaques...) qui au regard du degré de dépendance du patient impliquent souvent une hospitalisation à domicile de très longue durée.

En termes de coûts pour l'assurance maladie, notre financement a été de 1,5 milliard d'euros en 2021, soit environ 1,6 % des financements consacrés à l'hospitalisation globale et environ 0,7 % des dépenses de santé votées récemment par le Parlement.

Plus largement, si l'hospitalisation à domicile est aujourd'hui reconnue comme indispensable dans l'offre de

soins, qu'elle est accompagnée et encouragée, force est de constater que les résultats sont contrastés. Nous avons, en effet, connu une forte progression de notre activité - plus de 10 % en 2020 - mais la courbe s'est largement infléchie en 2021. En 2022, nous serons en régression d'activité, notamment en raison de notre forte dépendance à l'activité hospitalière conventionnelle, elle-même en forte diminution depuis

CELA FAIT DES DÉCENNIES QUE NOUS CHERCHONS À SORTIR DE L'HOSPITALOCENTRISME, PARTICULARITÉ FRANÇAISE, MAIS QUE NOUS N'Y ARRIVONS PAS. NOUS AVONS POURTANT LES IDÉES ET LES OUTILS

la crise de la Covid, En effet, quatre fois sur cinq, la demande d'hospitalisation à domicile émane d'un établissement hospitalier conventionnel.

NOTRE SYSTÈME DE SOINS DEMEURE TRÈS HOSPITALOCENTRÉ AU DÉTRIMENT PARFOIS DE LA PRATIQUE AMBULATOIRE. COMMENT PEUT-ON OPTIMISER LA BONNE ARTICULATION ENTRE HÔPITAL ET HAD POUR UN SYSTÈME PLUS EFFICACE ET EFFICIENT ?

Cette articulation hôpital/ambulatoire est « le nerf de la guerre », mais c'est aussi l'arlésienne. Cela fait des décennies que nous cherchons à sortir de l'hospitalocentrisme, particularité française, mais que nous n'y arrivons pas. Nous avons pourtant les idées et les outils. Ce n'est donc pas une question de moyens, mais de volonté. La réaction naturelle de la population consiste encore trop souvent à se tourner vers l'hôpital, comme le montre la problématique des urgences, cela étant accentué par le problème de la désertification médicale. Dans le même temps, encore trop souvent, l'univers hospitalier envisage difficilement qu'un patient puisse être soigné hors de l'hôpital et ne justifie pas d'un hébergement hospitalier.

À l'avenir, nous aurons évidemment de plus en plus besoin de l'hôpital, mais dans sa technicité, dans son expertise, pour son plateau technique, pour les compétences qu'il agrège en un lieu unique. Cela ne veut pas dire avoir besoin de plus de lits. Si on se compare à d'autres pays, nous avons encore trop souvent le réflexe de recourir trop systématiquement à un hébergement hospitalier.

Une bonne articulation hôpital/ambulatoire implique d'agir sur divers

leviers. Et avant tout, il convient de repenser la formation des médecins afin qu'ils puissent avoir une vision précoce des différents exercices de la médecine, pas seulement 15 jours ou quelques semaines pendant leur internat, alors que déjà ils ont été formatés par l'exercice en CHU. Élargir le champ de leur formation vers des terrains de stage beaucoup plus larges qu'ils ne le sont aujourd'hui est une nécessité. Il est tout aussi indispensable de les conduire à travailler précocement de façon transversale avec les autres professions de santé. Nous devons aujourd'hui parler d'une équipe de soins et pas seulement d'un médecin. Cela ne sera possible que par une évolution de la formation, encore trop cloisonnée. J'avais d'ailleurs mis en exergue ce sujet de la formation dans un rapport rédigé, il y a douze ans, sur la médecine de proximité. Depuis 2010, peu de choses ont changé. Avoir tardé à prendre des décisions conduit à la situation que nous connaissons aujourd'hui, car chacun sait que les difficultés actuelles ne sont pas seulement liées au nombre d'étudiants en médecine formés mais également aux filières qu'ils choisissent et à des installations tardives et très urbaines.

Une bonne articulation suppose par ailleurs que le numérique et l'ensemble de son champ, des systèmes d'information à la télémedecine, soient exploités et qu'en premier lieu l'interopérabilité entre les systèmes d'information des hôpitaux et de la ville, des médecins et des autres professions de santé, du sanitaire et du médicosocial soit effective.

Cet usage du numérique offre de nombreuses possibilités pour les professionnels de santé comme pour les patients, la capacité à commu-

niquer en temps réel étant un enjeu majeur de l'efficacité de l'organisation des soins.

Il en est de même avec la téléconsultation et l'accès ainsi possible à l'expertise de praticiens situés à des distances parfois importantes, cette solution limitant les séjours à l'hôpital de certains patients et leur évitant des déplacements longs et fatigants pour des consultations de contrôle. Nos établissements d'hospitalisation à domicile ont un recours de plus en plus fréquent au numérique et sont pour certains de mieux en mieux équipés (systèmes de télémedecine, messageries sécurisées, etc.) grâce aux divers plans d'investissement hospitalier en numérique mis en œuvre depuis une dizaine d'années. L'usage du numérique est vraiment un élément central pour développer cette articulation entre l'hôpital et nos établissements et plus largement entre le monde ambulatoire et le monde hospitalier.

Nous avons en outre récemment développé, parfois mais pas toujours avec le soutien financier de certaines agences régionales de santé (ARS), la mise en place d'infirmières dédiées à la liaison entre les hôpitaux et les établissements d'hospitalisation à domicile pour optimiser notre coopération. Ces personnels sont pré-

sents dans les établissements hospitaliers, au sein des divers services, pour expliquer ce qu'est l'HAD et les soins que nous pouvons effectuer, analyser les dossiers des patients, se concerter avec les praticiens hospitaliers pour voir s'il est possible ou non de prendre en charge des patients en hospitalisation à domicile, développer de nouveaux protocoles. De plus en plus d'établissements d'hospitalisation à domicile se dotent de cette expertise pour évaluer

les besoins des patients et fluidifier les parcours, mais surtout pour être réactifs face aux demandes d'HAD, et qu'ainsi les patients restent le moins longtemps possible à l'hôpital.

Pour améliorer la réponse des HAD aux besoins des hôpitaux, nous allons dans un futur proche, à l'occasion du déploiement du nouveau droit des autorisations, étendre nos activités au-delà de

notre périmètre habituel et aller vers le champ de la rééducation, de l'obstétrique et de la périnatalité, de la pédiatrie pour les enfants de moins de 3 ans. Nous travaillons aussi au développement de la chimiothérapie injectable à domicile avec les oncologues que ce soient pour l'administration des produits anticancéreux déjà connus et pour les immunothérapies qui se développent. Nous allons aussi développer les transfusions à domicile et celles de produi-

NOUS DEVONS AUJOURD'HUI PARLER D'UNE ÉQUIPE DE SOINS ET PAS SEULEMENT D'UN MÉDECIN. CELA NE SERA POSSIBLE QUE PAR UNE ÉVOLUTION DE LA FORMATION, ENCORE TROP CLOISONNÉE

ts hospitaliers qu'un certain nombre d'HAD ont déjà initiées.

LES PROBLÉMATIQUES D'INÉGALITÉS ET D'ACCÈS AUX SOINS S'ACCENTUENT DANS DE NOMBREUX (ET NOUVEAUX) TERRITOIRES. L'HAD PEUT-ELLE ÊTRE UNE SOLUTION POUR FAIRE FACE À CES DIFFICULTÉS ?

Je ne veux pas faire de sur-promesse dans la mesure où le secteur de l'hospitalisation à domicile n'est pas épargné par la crise des personnels et du recrutement. Nous faisons face aux mêmes difficultés qu'ailleurs. L'apport de l'hospitalisation à domicile reste cependant très important puisque tous les territoires sont dotés d'une offre d'hospitalisation à domicile. Je n'affirme pas qu'elle est optimale partout car à des stades de maturité divers, mais tous les territoires français en sont dotés, y compris nos territoires ultramarins. L'hospitalisation à domicile permet donc d'apporter une organisation, un appui logistique, une expertise sur l'ensemble du territoire. Bien sûr, nous ne pouvons pas agir à la place des autres acteurs de santé et si demain un territoire fait face à une désertification médicale et paramédicale absolue, nous ne pourrions pas nous y substituer. Néanmoins, on constate que dans certains territoires, même si cela

n'est pas toujours simple, l'HAD permet aux médecins mais aussi aux infirmiers de rompre avec leur isolement et avec l'obligation de tout faire, y compris ce qui n'est pas de leur rôle (chercher une place en EHPAD, activer des aides sociales...). Les professions du psychosocial, assistants sociaux et psychologues des HAD, aident à décharger ces professionnels de proximité de ces tâches indispensables mais chronophages, tout comme la présence de nos infirmières de coordination les aident à se concentrer sur la valeur ajoutée de leur exercice de soignant.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les maisons de santé ont été créées pour permettre un exercice groupé de la médecine mais dans un contexte de pénurie de professionnels de santé, cette ambition peut parfois connaître des limites. Nous

sommes complémentaires de ces nouvelles organisations.

LE RECOURS À L'HAD EST-IL SUFFISANT DANS LE CADRE DES PARCOURS DES PERSONNES ÂGÉES ET EN SITUATION DE HANDICAP ?

L'hospitalisation à domicile est encore malheureusement trop méconnue et même quand elle est identifiée elle est insuffisamment sollicitée. La crise de la COVID l'a d'ailleurs illustré : lorsque le virus a commen-

cé à toucher les EHPAD en mars 2020, les sollicitations des établissements d'HAD ont été extrêmement faibles. Nous avons vu, au contraire, certains EHPAD refuser l'accès à leurs résidents, aux personnels de l'HAD, empêchés de délivrer des soins pourtant indispensables (soins palliatifs, grands pansements...) par crainte de laisser entrer le virus entre leurs murs.

Nous avons vu ce qu'il en a été : le virus a touché les résidents des EHPAD et des milliers sont décédés dans des conditions inacceptables. Les établissements d'hospitalisation à domicile ont accru, très vite, leur mobilisation et leur pression pour leur expliquer qu'ils pouvaient être aidés, qu'il était possible d'éviter le transfert des patients à l'hôpital et que l'HAD permettait de les soigner dignement et efficacement dans leur cadre de vie.

Lorsque nous avons commencé à voir au mois de mai/juin 2020 que l'oxygénothérapie et les anticoagulants pouvaient (entre autres) apporter des bénéfices aux patients, nous avons développé ces protocoles en hospitalisation à domicile sous couvert de l'expertise des hospitaliers. Les HAD ont été au rendez-vous. Nous avons ainsi pu montrer que nous étions réactifs et bel et bien une hospitalisation.

Il est indispensable que les liens entre les EHPAD et l'hospitalisation à domicile se renforcent. Les infirmiers libéraux (qui ne peuvent plus intervenir dans les EHPAD) devraient

avoir, à cet égard, toute leur place dans les EHPAD. Dans une démarche de gradation des soins, nous pourrions ensemble constituer un niveau d'expertise selon la complexité des situations, qui permette d'éviter l'hospitalisation conventionnelle. Nous avons, dans cette optique, développé une démarche, soutenue par le ministère qui finance cette mesure, d'évaluations anticipées qui consistent à évaluer les résidents des EHPAD qui présentent des symp-



tômes ou un état de santé laissant présager une possible et rapide dégradation de leurs pathologies. Ils ne seront pas nécessairement pris en charge en hospitalisation à domicile, mais si le besoin se présente, tout est prêt (enregistrement des protocoles de soins, mise à disposition des médicaments et des dispositifs médicaux...) pour éviter des transferts à l'hôpital et aux urgences la nuit ou le week-end. Mais trop de réticences demeurent.

Dans le milieu du handicap, nous essayons là aussi de renforcer nos actions. Nos démarches sont encore insuffisantes dans les lieux de vie des personnes en situation de handicap alors que ces personnes vieillissent et ne meurent souvent plus de leur handicap, mais de pathologies intercurrentes souvent diagnostiquées plus tardivement et donc à des stades de grande complexité thérapeutique. Nous savons, par exemple, qu'elles développent plus de cancers et plus graves que d'autres populations. Leur état de santé et leur pronostic vital sont donc beaucoup plus précaires. Là encore, lorsqu'il y a une aggravation de leur santé, la tendance est encore trop souvent

de se tourner vers l'hôpital alors que nous pourrions être beaucoup plus sollicités.

LES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE ONT ÉTÉ FORTEMENT MOBILISÉS PENDANT LA CRISE SANITAIRE. QUELS ENSEIGNEMENTS EN TIREZ-VOUS ?

Il est habituel de dénoncer la lenteur de réaction des administrations centrales. Nous avons, pour notre part, obtenu écoute et solutions. Nous avons pu faire évoluer les textes et avons été systématiquement associés à toutes les dispositions mises en œuvre durant cette période. Mais les vieux travers sont réapparus et après une action unanimement saluée pendant la crise sanitaire, les prescripteurs nous sollicitent insuffisamment sauf quand se présentent de nouvelles crises comme celles des urgences ou de la bronchiolite. L'hospitalisation à domicile reste peu et mal connue mais nous pensons que la récente feuille de route de l'HAD, établie après une large concertation sous l'égide du Ministère, publiée fin 2021, peut aider à installer l'HAD et en faire un « réflexe naturel ». Le second enseignement concerne la

place des infirmières de liaison qui ont la charge de l'évaluation des patients pour apprécier si leur situation relève de l'hospitalisation à domicile ou non. Nous avons constaté la nécessité de renforcer ces compétences qui sont gage de réactivité et d'une relation de confiance avec les prescripteurs. Des expérimentations sont même actuellement conduites au sein de services d'urgences pour éviter le transfert vers un service hospitalier classique et ramener certains patients en HAD à leur domicile après que les examens ont été conduits et dans la mesure où leur état ne comporte pas d'urgence vitale. Au-delà de ces exemples, il est impératif de développer - et c'est une responsabilité de l'enseignement des métiers du soin - une véritable culture de l'anticipation afin que, dès l'admission d'un patient dans une offre de soins quelle qu'elle soit, puisse être envisagée l'étape suivante.

Ce raisonnement s'applique également en amont de la maladie et explique le développement insuffisant de la prévention en France. Ce constat est également vrai avec le faible recours aux directives anticipées. Nous ne savons pas anticiper et imaginer l'étape d'après. Ce manque d'anticipation s'applique aussi à l'organisation et explique une part des maux dont souffre l'hôpital. La population et un certain nombre d'hospitaliers

assimilent toujours hébergement hospitalier et expertise hospitalière alors que désormais les progrès des techniques et des thérapeutiques permettent de dissocier totalement ces problématiques. Il est aberrant que nous entendions encore dire en 2022 que nous manquons de lits hospitaliers alors que nous en avons bien plus que d'autres pays. Tout montre que ce dont nous souffrons c'est d'un manque de personnels et dans certains cas d'une souplesse insuffisante pour adapter les besoins aux situations aiguës que nous rencontrons.

Par son adaptabilité et sa plasticité, l'hospitalisation à domicile est un dispositif qui non seulement apporte des solutions en temps de crise mais c'est aussi une organisation hybride qui fait le lien entre l'hôpital et l'ambulatoire, entre le sanitaire et le médico-social, entre le public et le privé.

IL EST ABERRANT QUE NOUS ENTENDIONS ENCORE DIRE EN 2022 QUE NOUS MANQUONS DE LITS HOSPITALIERS ALORS QUE NOUS EN AVONS BIEN PLUS QUE D'AUTRES PAYS

Il est vrai que nous avons la chance d'avoir une réglementation et un financement qui sont identiques quel que soit le statut de l'établissement d'HAD sachant que 40 % sont attachés à un hôpital et sont donc publics, 40 % sont associatifs et souvent autonomes et 20 % privés commerciaux. Et pourtant ce statut n'est pas une ligne de divergences parce que nous conduisons les mêmes missions et que nous prenons en charge les mêmes malades atteints des mêmes



pathologies et justifiant de soins identiques.

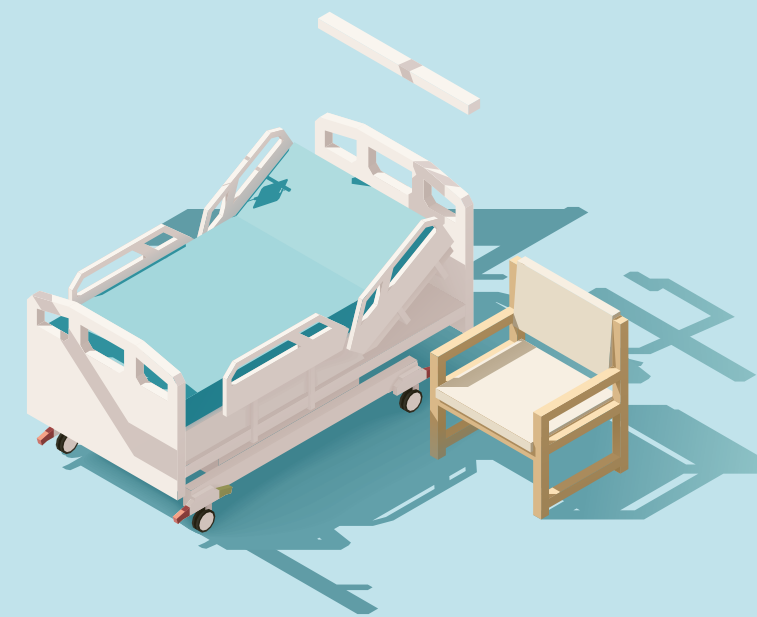
PLUS LARGEMENT, COMME DANS BEAUCOUP DE SECTEURS, L'HAD CONNAÎT UNE CRISE DES VOCATIONS DES PROFESSIONNELS. COMMENT PEUT-ON RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ?

Nous avons, comme tous les secteurs du domaine de la santé, des problèmes de recrutement et de fidélisation. Et pourtant ces métiers de l'HAD ont des avantages qui sont précisément ceux que les hospitaliers déplorent ne pas connaître. Les professionnels de l'HAD sont dans un cadre qui privilégie par essence l'autonomie et l'initiative. Toute l'organisation est centrée sur le patient et une grande proximité existe avec celui-ci et sa famille puisque nous évoluons dans leur environnement quotidien. Un professionnel apporte nécessairement son regard et sa compétence et nous avons besoin de la vigilance de tous pour anticiper le moindre risque. Cela donne à chacun une grande responsabilité dans sa conduite quotidienne et réduit la place de la notion de hiérarchie. Le panel de métiers que nous proposons est par ailleurs très diversifié. Ces différents éléments contribuent largement à l'attractivité des métiers de l'hospitalisation à domicile. Malgré ces avantages, nos contraintes qui sont celles de tous les métiers du soin (astreintes, gardes de nuit et week-ends) amènent de plus en plus à des départs rapides et à des défauts d'attractivité.

Nous sommes à cet égard particulièrement attentifs à la mise en place dans certains établissements d'éventuelles mesures innovantes en termes d'organisation. En effet, nous constatons qu'une admission bien

organisée, bien expliquée, avec des besoins du patient bien anticipés, un entourage rassuré permet bien souvent d'éviter de nombreux appels de nuit et des déplacements en urgence. Notre formation, nos pratiques, l'offre en soins dont nous disposons nous ont conduits pendant des années à tout centrer sur le médecin, à agir et réagir dans un temps très court, au coup par coup. Je pense qu'il faut changer de logiciel et travailler différemment, en s'appuyant sur le travail de toute une équipe et ainsi avoir un champ d'analyse plus large, gagner en pertinence et disposer de davantage de professionnels en mesure d'intervenir auprès des patients. Et que tout ne repose plus sur le seul médecin. C'est évidemment un travail complexe puisque cela va à l'encontre de ce que nous avons toujours fait et de la façon très pyramidale dont sont constitués nos formations et nos exercices.

Plus largement, on constate aujourd'hui que les personnels aspirent à évoluer. En tant que responsables d'établissements, nous nous devons d'être attentifs à ces souhaits d'évolution et être capables d'y répondre pour garder ces énergies dans le monde de la santé même si c'est dans un autre métier, une autre fonction. Nous devons exploiter la diversité de nos métiers et les possibilités de passerelles qui existent. Nous devons *in fine* leur proposer des plans de carrières et nous inspirer - avec beaucoup d'humilité - d'autres secteurs pour nous améliorer et gagner en attractivité. ■



TRIBUNE

NOUVEAU CONCEPT DE LIT HOSPITALIER : LE LIT NON MÉDICALISÉ

PAR PR. JEAN-PIERRE BETHOUX
CHARGÉ DE MISSION FHF

Le législateur a introduit par « la loi de financement de la sécurité sociale » (LFSS) 2021 (article 59) et le décret CE 2021-1114 du 25/07/2021, une nouvelle modalité d'hébergement des patients dans le cadre de leur parcours de soins à l'hôpital : « l'hébergement temporaire non médicalisé » (HTNM).

Ce nouveau type de lit hospitalier, à côté du lit d'hospitalisation classique et médicalisé, présente d'abord de nombreux avantages pour les patients en termes de confort d'accueil et de sécurité permettant notamment la présence éventuelle d'un accompagnant et une télésurveillance.

Ensuite, pour les soignants et les équipes médico-administratives, en complément d'une hospitalisation classique raccourcie, d'une prise en charge ambulatoire ou de séances de traitement oncologique, il permet une plus grande fluidité dans la gestion des hébergements des patients, quand ils sont nécessaires pour des raisons de suivi médical ou lorsque le retour au domicile doit être décalé.

Enfin, ce nouveau concept de lit hospitalier n'implique pas pour les établissements de santé (ES) la même ampleur d'investissement financier et de dépenses d'entretien courant que pour des lits médicalisés ; leur permettant ainsi des redistributions budgétaires et de personnel conséquentes en faveur des plateaux techniques et des structures d'hospitalisation plus « lourdes » (réanimation, soins intensifs ou continus), ou de faire face à des difficultés de recrutement de personnels de nuit.

Le concept d'hébergement hospitalier en lits non médicalisés a été développé progressivement en France, sur une vingtaine d'années, depuis le début des années 2000, avec le qualificatif « d'hôtel hospitalier ».

RAPPEL HISTORIQUE

Au XX^e siècle, il est initialisé aux USA, notamment à la Mayo Clinic de Rochester, sous la forme de lits d'hôtel proches de l'établissement hospitalier, d'accès rendu aisé par des tunnels. Ces lits sont partiellement médicalisés, avec des soins de faible intensité pouvant être réalisés directement en chambre.

Il en est de même en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Allemagne. En Europe du Nord, en Suède, Norvège, Danemark, Grande Bretagne et Belgique, les hôtels hospitaliers n'offrent pas de soins aux personnes hébergées.

En France, l'utilisation d'un « hôtel hospitalier » est apparue dans les années 1990, avec soit la création d'un établissement hôtelier dédié en intra-muros (Hôtel-Dieu – APHP), soit l'utilisation de lits d'hôtel situés à proximité de l'hôpital (Institut Gustave Roussy), voire parfois dans des « Maisons d'accueil hospitalières » ; notamment

en province, ordinairement réservées aux familles des patients hospitalisés.

Dans tous ces cas, aucun soin n'est réalisé dans les chambres. La prise en charge des nuitées est le plus souvent assurée à l'époque par les assurances complémentaires. Le développement du dispositif, ayant vocation à s'intégrer aux parcours de soins, notamment en chirurgie et en oncologie, conduit l'ARS IDF à en approfondir le concept au début des années 2010.

Elle réalise une « étude de potentiels » en 2014, qui établit, grâce à une enquête menée « 1 jour donné » sur plusieurs ES publics et privés, qu'environ 30 % des lits d'hospitalisation classique sont occupés par des patients, qui, sans pour autant pouvoir directement rentrer à leur domicile, pourraient être hébergés en lits hospitaliers ou juxta-hospitaliers non médicalisés.

À l'occasion de la LFSS 2015, le législateur lance une expérimentation nationale d'hôtels hospitaliers, sous l'intitulé administratif « d'hébergements temporaires non médicalisés ». La prise en charge des nuitées est assurée par le « Fonds d'intervention

régional » (FIR).

En novembre 2015, la Haute Autorité en santé (HAS) publie un certain nombre de recommandations concernant l'utilisation d'un HTNM ; en particulier, en établissant une liste de critères d'éligibilité des patients ayant vocation à y être accueillis.

Ces critères seront repris dans le décret CE n° 2016-1703 du 12/12/2016, qui lance l'expérimentation nationale. 41 ES sont en définitive retenus pour réaliser cette expérimentation, qui va se dérouler de 2017 à 2020.

Le rapport sur les résultats de l'expérimentation, portant sur plusieurs dizaines de milliers de nuitées en HTNM, est soumis à l'été 2020 au Parlement, comme prévu par le législateur dans la LFSS 2015.

Il est suffisamment positif pour que la création pérenne d'HTNM figure dans les préconisations du « Ségur de la santé » (mesure n° 27 du Pilier 2) et que leur généralisation soit actée en décembre 2020 à travers la LFSS 2021, avec un décret CE et un arrêté d'application publiés en août 2021.

Une évaluation médico-économique de la généralisation des HTNM est lancée à compter de janvier 2021, avec un premier financement sous la forme d'une ligne « MIGAC » de 80 euros/nuitée, qui est institué pour « booster » cette généralisation.

Selon les résultats de l'évaluation médico-économique, qui remonteront au ministère via « l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation » (ATIH), une modalité de financement pérenne sera instituée à partir de 2023-2024. En attendant, la prestation d'HTNM

est déjà inscrite, selon la demande du Conseil d'État, dans le Code de la santé publique (CSP), sous la forme de la création d'une section 9 complétant le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de sa sixième partie.

Il s'agit bien d'une prestation « de soin », prescrite par un médecin hospitalier, et non d'une prestation « de service ». Son inscription en tant que telle dans le CSP ouvre *ipso facto* le droit à la prise en charge des nuitées d'hébergement en lits non médicalisés, d'une manière ou d'une autre, par la protection sociale.

SPÉCIFICITÉS ET PERSPECTIVES DES HTNM DANS LES PARCOURS DE SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :

Spécificités

Les HTNM constituent une alternative à une hospitalisation conventionnelle, intégrée comme elle et en s'y substituant partiellement ou en totalité, à un parcours de soins hospitalier. C'est un secteur intra-muros de l'hôpital ou une structure d'hébergement extra-muros mais proche de l'hôpital, où les patients sont hébergés à un moment ou à un



autre, le cas échéant avec leur accompagnant ou aidant, durant leur séjour hospitalier requis pour des explorations ou des traitements.

« *Cet hébergement alternatif à une hospitalisation conventionnelle est "non médicalisé". Il ne requiert pas la présence physique nocturne d'un personnel hospitalier et s'adresse à des patients éligibles, autonomes, cognitifs, non perfusés, non ou peu algiques, et non infectés (HAS 2015).* »

On peut considérer cette nouvelle modalité d'hospitalisation comme une « passerelle » vers l'hospitalisation classique, ou vers le domicile du patient après son passage au plateau technique ou sa prise en charge dans une unité de lits médicalisés de très court séjour.

Le secteur de lits d'HTNM constitue ainsi une sorte de « sas » de pré-entrée ou de pré-sortie par rapport au secteur d'hospitalisation requérant un hébergement en lit médicalisé. Ces nouveaux types de lits, en quelque sorte « tampons » entre le secteur d'hospitalisation conventionnelle et le domicile du patient, peuvent être mis à disposition de l'ES de différentes manières.

Ils peuvent ainsi :

- soit être situés dans un hôtel à proximité de l'ES,
- soit être installés, à périmètre immobilier constant, en intra-muros à l'hôpital, par reconversion de lits médicalisés, « conventionnels », en lits à vocation purement hôtelière,
- soit faire l'objet d'une nouvelle construction dédiée, au sein ou à côté de l'ES, mais toujours intégrée à son périmètre immobilier.

Et, dans les deux derniers cas de figure, ils peuvent être, selon éventuellement un regroupement sectoriel mutualisé, mis à disposition des différents services médicaux de l'établissement de santé et offerts à leurs patients éligibles, quels que soient les parcours de soins (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ou de SSR).

En cas de localisation des lits non médicalisés dans les murs de l'hôpital, le patient hébergé dans ce type de lit hospitalier pourra être considéré administrativement comme non « sorti » de l'ES et le « séjour » dans l'ES pourra ainsi « englober » la période d'hébergement en lits d'HTNM.

Il deviendrait ainsi logique d'intégrer à terme la part de séjour en lit non médicalisé au GHS du GHM correspondant. Dans cette hypothèse, l'ES préserverait ses recettes d'hospitalisation, malgré une baisse notable des DMS en lits médicalisés.

On peut par ailleurs imaginer une graduation dans le type d'implantation de lits non médicalisés : dans un premier temps avec l'utilisation de lits d'un hôtel voisin de l'ES, puis, pour accompagner le développement de la

demande, avec des lits situés dans des locaux reconvertis pour ce type d'hébergement en intra-muros dans l'ES, et enfin, au maximum, avec des lits établis dans un nouveau bâtiment sorti de terre. Leur gestion peut utilement être déléguée à un prestataire par convention, en allégeant ainsi les charges de l'hôpital en termes d'hôtellerie et de mobilisation de personnel non médical de nuit.

Ces lits d'HTNM pourront être affectés aux services médicaux, à l'instar de leurs lits con-

ventionnels, selon les besoins et les disponibilités d'hébergement, avec un dispositif d'admission au mieux géré par l'administration hospitalière pour faciliter le travail des équipes soignantes.

Deux publications (en novembre 2021 et juin 2022) de « l'Agence nationale d'appui à la performance » (ANAP) à destination des ES précisent les modalités pratiques de mise en place d'une structure de lits d'HTNM.

Perspectives

Ces lits alternatifs aux lits d'hospitalisation conventionnelle peuvent permettre aux services médicaux de développer le volume et surtout la qualité de leurs activités, tout en diminuant fortement les dépenses de fonctionnement et d'investissement d'hospitalisation classique.

Ce qui permettra au final de valoriser auprès des équipes soignantes plus le polymorphisme d'exercice de leurs activités que le taux d'occupation de leurs lits conventionnels.

Le recours aux lits d'HTNM est consubstantiel au progrès médical et à l'impact de la prévention des maladies, qui n'impliquent plus des durées d'hospitalisation aussi longues qu'autrefois et surtout des thérapeutiques et des soins aussi « lourds » qu'auparavant ; les soins sont aujourd'hui beaucoup plus souvent « mini-invasifs », avec, en correspondance, une hospitalisation, qui doit, elle aussi, devenir « mini-invasive ».

De ce fait, le périmètre des lits conventionnels d'hospitalisation continuera à se contracter globalement, dans presque toutes les disciplines médicales, au profit d'une prise en charge ambulatoire ou en HDJ.

La seule façon de réaliser cette contraction de la façon la plus souple possible est de changer de paradigme hospitalier en « dissociant les soins de l'hébergement » et de « fluidifier » les inévitables restructurations hospitalières en développant ces secteurs « tampons » d'hébergements temporaires non médicalisés, dont l'ampleur sera susceptible d'évoluer au fur et à mesure des besoins.

De plus, cette contraction sera d'autant plus « fluide » et « souple » qu'au passage les établissements de santé pourront l'accompagner, grâce à la réinjection à terme, autant que de besoin, dans les services médicaux d'une partie des substantielles économies induites par le recours aux lits d'HTNM (son impact potentiel de diminution des dépenses prises en compte dans la construction des « Groupes homogènes de séjours » ou GHS de la « Tarification à l'acte », T2A, peut déjà le démontrer).





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
NECKER-ENFANTS MALADES

Ainsi, l'introduction de lits non médicalisés, de façon pérenne, dans le dispositif hospitalier, va constituer en elle-même une « passerelle » vers l'avenir, vers la transformation progressive des hôpitaux en de véritables « plates-formes » de santé, multi-activités (soins lourds et mini-invasifs, prévention, formation, hébergement médicalisés et non médicalisés, etc.), avec une extension vers le domicile des patients via la médecine connectée et l'intelligence artificielle.

À l'avenir, chaque projet d'établissement devra intégrer et accompagner cette inéluctable évolution en harmonisant au mieux et selon des études de potentiels, les futurs besoins en lits médicalisés et ceux en lits d'hébergement non médicalisés.

La participation des sociétés savantes médicales : il appartient aux sociétés savantes des différentes spécialités médicales de définir, selon les pathologies et leurs implications thérapeutiques, les modalités d'intégration des séjours des patients en lits non médicalisés dans les divers parcours de soins hospitaliers.

Pour chaque discipline médicale, la société savante correspondante peut en effet identifier au vu des remontées de l'ATIH, un certain nombre de « Groupes homogènes de malades » (GHM) « marqueurs » de la discipline avec leur « durée moyenne de séjour » (DMS) spécifique en lits médicalisés, notamment pour les parcours en J1 à J5. Puis, à partir de ces données, proposer un parcours-type avec une partie en séjour HTNM pour chacun de ces GHM.

Exemple de spécialité : la gynécologie chirurgicale ; hystérectomies (racine 13C03). Plus précisément, par exemple, l'hystérectomie totale par laparotomie (JKFA013) qui selon les données fournies par l'ATIH présente :

- 1014 séjours en volume (en 3^e position pour le nombre d'interventions au niveau national),

- Une DMS en hospitalisation classique (HC) de 3,88 jours.

- Avec un parcours actuel : en moyenne, 4 nuitées en HC (en comptant la nuitée préopératoire) : *accueil HC J-1, chirurgie à J0, post-op. en HC : J0-J1, J1-J2, J2-J3, puis sortie.*

- Avec un parcours potentiel intégrant un HTNM : en moyenne 1 seule nuitée en HC, 3 nuitées en HTNM (dont la nuitée préopératoire) : *accueil HTNM J-1, chirurgie à J0, post-op. en HC : J0-J1. En HTNM : J1-J2, J2-J3 puis retour au domicile.*

Ainsi, pour ce type d'acte chirurgical, on passerait d'un séjour en HC à 4 nuitées en moyenne à un séjour en HC de seulement 1 nuitée en soins médicalisés couplée à 3 nuitées en HTNM (y compris la nuitée préopératoire).

C'est parfaitement envisageable, si l'on applique les techniques de la « réhabilitation améliorée après chirurgie » (RAAC) avec déperfusion au plus tard le lendemain matin de la date de l'opération. Bien évidemment, avant le retour au domicile depuis l'HTNM à J3, la patiente aura bénéficié d'au moins une consultation de contrôle (vérifi-

cation de l'état clinique, de la reprise du transit intestinal, du pansement, ablation de l'éventuel drainage, etc.), effectuée en externe dans le service de chirurgie gynécologique de l'ES, et éventuellement d'échanges en télémédecine avec le service depuis sa chambre d'HTNM.

Elle aura pu réintégrer son domicile bien reposée et déstressée après son intervention, ayant de plus pu éventuellement bénéficier de la présence d'un accompagnant.

Au total, pour cet acte, le dispositif aura permis d'éviter pour la patiente en moyenne 2-3 nuitées d'HC, permettant ainsi au service de chirurgie de coucher en lit médicalisé dans la même chambre et dans la même semaine potentiellement 2-3 patientes supplémentaires relevant d'un GHM identique ou du même ordre, au lieu d'une seule patiente occupant la chambre pendant presque toute une semaine ouvrée. L'utilisation d'un HTNM pourrait de ce fait libérer de la disponibilité en lits durant la même période. La DMS (en lit médicalisé) pour cet acte aura ainsi vocation à être ramenée en moyenne de 3,88 J en HC à 1 seul jour.

Ce travail pourra être réalisé de la même manière pour d'autres actes « traceurs » de la spécialité de gynécologie (CMD 13 : « Affections de l'appareil génital féminin »). Et pour d'autres GHM de chirurgie gynécologique, on peut même concevoir des séjours hospitaliers uniquement en chirurgie ambulatoire suivis de 1 ou 2 nuitées en HTNM, au lieu de séjours avec 1 ou 2 nuitées en HC. Et l'on peut raisonner pareillement pour chacune des autres spécialités.

L'expérimentation nationale des hébergements temporaires non médicalisés, issue de l'article 53 de la LFSS 2015, a démontré les bénéfices de ce type d'hébergement pour les patients éligibles, en termes de confort et de sécurité, avec un fort taux de satisfaction.

Les études médico-économiques en ont confirmé le caractère restructurant pour les établissements de santé, en y permettant, avec la dissociation des soins et de l'hébergement, le gain d'efficacité que l'on peut attendre de leur intégration dans les parcours de soins, grâce à leur prescription par les équipes soignantes.

CONCLUSION

Cette alternative à l'hospitalisation dite « conventionnelle », permettant de conserver ou de développer pour les ES un bon capacitaire d'hébergement, même partiellement non médicalisé, facilitera de fait les nécessaires restructurations hospitalières.

Mieux vaudra en effet d'avantage, à l'avenir, concentrer les financements des futurs investissements de l'hôpital sur le plateau technique (avec ses besoins technologiques de plus en plus sophistiqués et coûteux), sur les produits médicamenteux de

plus en plus chers (notamment en oncologie, en thérapeutique génétique et en infectiologie), que sur le capacitaire d'hospitalisation conventionnelle et son cortège conséquent d'investissements et de frais de fonctionnement, qui seront de plus en plus difficiles à justifier en raison du développement des prises en charge hospitalières mini-invasives. ■

L'INTRODUCTION DE LITS NON MÉDICALISÉS [...] DANS LE DISPOSITIF HOSPITALIER, VA CONSTITUER [...] UNE « PASSERELLE » VERS L'AVENIR, VERS LA TRANSFORMATION PROGRESSIVE DES HÔPITAUX EN DE VÉRITABLES « PLATES-FORMES » DE SANTÉ

E

n organisant des mécanismes de prévoyance et de solidarité face à des risques sociaux, la protection sociale est au cœur même de notre contrat social face aux risques présents et futurs. La crise Covid-19 a rappelé la force de ce principe. Ainsi, l'économiste Eloi Laurent fait démarrer le XXI^e siècle au 7 avril 2020, date à laquelle la moitié de l'humanité était immobilisée et toute l'économie paralysée avec un seul but : limiter la propagation d'une pandémie fruit de la destruction des écosystèmes et la marchandisation de la biodiversité¹. C'est à ce titre que Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF, en appelait à la création d'un Ministère « *one health* », permettant de « réfléchir et intégrer de façon transversale la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale² ».

Si la crise Covid-19 a pu nous apprendre une chose, c'est bien la nécessité de mieux anticiper, à travers diverses méthodes prospectives, les futures crises. Parmi celles-ci, les perspectives du développement de l'antibiorésistance figurent au rang des menaces potentielles les plus inquiétantes.

L'ANTIBIORÉSISTANCE, UNE MENACE POUR LE CONTRAT SOCIAL À HORIZON 2050

Si beaucoup a été écrit sur la crise Covid-19, précédant une guerre russo-ukrainienne aux effets géopolitiques dévastateurs, le danger de l'antibiorésistance est devant nous, avec des perspectives

L'ANTIBIORÉSISTANCE EST [...] L'UNE DES PRINCIPALES MENACES SUR NOS MODES DE VIE, RISQUANT D'ANNULER LES BÉNÉFICES QUE NOUS AVONS CONNUS DEPUIS 70 ANS EN TERMES D'ESPÉRANCE DE VIE ET DE PROGRÈS MÉDICAUX EN CHIRURGIE COMPLEXE

plus inquiétantes que la pandémie que nous connaissons. Pour autant, la perspective lointaine de ses effets et la nature du problème font qu'il est moins aisé pour les pouvoirs publics de mobiliser autour de cette cause que d'autres.

L'enjeu est pourtant de taille : en effet, l'OMS avançait le chiffre de dix millions de décès par an dans le monde à horizon 2050 pour quantifier les effets des infections dues à des agents infectieux résistants (dont le principal est l'antibiorésistance), contre environ 1,9 million en 2019. Si ces perspectives se vérifiaient, cela deviendrait l'une des principales causes de mortalité au monde d'ici une trentaine d'années, devant le cancer. Cela peut d'ailleurs nous amener à considérer l'antibiotique comme un « bien commun ».

L'antibiorésistance est, à ce titre, l'une des principales menaces sur nos modes de vie,

TRIBUNE

LA PROTECTION SOCIALE AU DÉFI DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

PAR FLORENT PARMENTIER

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CEVIPOF, CHERCHEUR-ASSOCIÉ À HEC ET FONDATEUR DU SITE EURASIAPROSPERATIVE.NET. IL ENSEIGNE LA PROSPECTIVE STRATÉGIQUE À SCIENCES PO.

risquant d'annuler les bénéfices que nous avons connus depuis 70 ans en termes d'espérance de vie et de progrès médicaux en chirurgie complexe, greffes d'organes, néonatalogie ou réanimation. Certaines maladies seront plus longues et difficiles à soigner, d'autres connaîtront des complications, et des décès préalablement évités pour des causes jugées jusque-là comme bénignes feront surface.

Face à une situation pandémique qui fait s'effondrer les repères familiers, la politiste du CEVIPOF, Virginie Tournay, appelle à recourir à des « fictions spéculatives » permettant d'éviter des biais de conformisme³. À ce titre, la crise Covid a réhabilité les imaginaires postapocalyptiques des temps médiévaux et anciens, ce qui peut constituer une ressource utile pour anticiper les effets de l'antibiorésistance⁴. En dépit d'un consensus scientifique établi, ces fictions peuvent être utiles pour éviter d'affronter un potentiel « résisto-scepticisme » (sur le modèle du climatoscepticisme). De ce point de vue, une fiction populaire permettant d'ancrer cette notion dans l'imaginaire reste à créer afin de cerner un danger sanitaire qui n'est pas une maladie, mais la conséquence d'une mauvaise utilisation des ressources.

DES ORIGINES POLITIQUES, TECHNOLOGIQUES ET SOCIALES DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

L'antibiorésistance est le fruit de dynamiques écologiques, sociales et géopolitiques, sur lesquelles il convient de revenir afin d'en prendre la mesure⁵.

Dans les faits, le phénomène d'antibiorésistance apparaît dès les années 1940, soit peu de temps après la production à l'échelle industrielle de la pénicilline en 1942. Ce problème n'a fait que se renforcer avec l'apparition des bactéries multirésistantes dans les années 1970, puis des bactéries

hautement résistantes dans les années 2000. De fait, la montée en puissance de la production de pénicilline a été rapide : dès 1943, quatre millions de doses étaient produites, contre 42 millions dès 1947. Depuis, la production, tout autant que la consommation, a beaucoup augmenté au niveau mondial, à la fois pour les besoins humains et animaux. Certaines politiques publiques se sont adaptées au niveau européen, en déterminant par exemple une limite maximale en résidus de médicaments (LMR), pour les espèces animales destinées à la consommation humaine (viande, lait, œufs, etc.).

Pour autant, si l'on en juge par les logiques de mauvaise utilisation des antibiotiques, les problématiques du Sud et du Nord divergent. Schématiquement, la surutilisation du Nord provient des conséquences de l'agro-industrie, cette dernière réclamant des antibiotiques pour l'élevage et l'engraissement des animaux, qu'il s'agisse d'usages curatifs ou préventifs. Ces usages ont néanmoins fait l'objet d'une politique de restriction des usages au cours de la décennie passée. Au Sud, plus affecté par ce fléau, la mauvaise utilisation prédomine du fait de mauvaises recommandations des pharmaciens, des faux médicaments ou des négociants non agréés. Il s'ensuit que les faibles niveaux

d'aide du Nord et la faiblesse des investissements dans la protection sociale du Sud engendrent un danger qu'il faut traiter collectivement.

Depuis les années 1980, un problème spécifique réside dans le développement de l'antibiorésistance en milieu hospitalier, qui génère des bactéries extrêmement résistantes menant à une surmortalité. Les staphylocoques sont un des premiers agents responsables d'infections nosocomiales (infections contractées en milieu hospitalier), même si ces maladies peuvent être également contractées en dehors de l'hôpital (infections communautaires).

LE PROBLÈME POSÉ EST CELUI DE LA GOUVERNANCE DU VIVANT À TRAVERS LE LIEN ENTRE ENVIRONNEMENT ET SANTÉ

QUELLES PERSPECTIVES ?

Face aux risques potentiels liés au développement de l'antibiorésistance, il convient de constituer une coalition d'acteurs visant à s'attaquer aux causes d'un problème composite. Il s'agit en réalité d'essayer d'assurer une gouvernance du vivant, sachant que nous devons vivre avec un certain nombre de bactéries nécessaires pour vivre ; elles nous ont largement précédées : l'apparition de ces dernières sur Terre remontant à trois milliards d'années. Le problème posé est celui de la gouvernance du vivant à travers le lien entre environnement et santé, sachant que la nature même du vivant est l'adaptation ; la résistance acquise de ces bactéries peut être transmise par ADN. En d'autres termes, l'antibiorésistance n'est pas un simple épiphénomène, c'est un problème politique en devenir qui doit être considéré comme tel.

La nature des réponses à apporter pour lutter contre l'antibiorésistance est de fait largement composite :

- Prendre en compte de l'antibiorésistance dans l'ensemble des politiques publiques, et ce, de manière intégrée. Cela suppose une approche en termes de sobriété, des campagnes de communication auprès du grand public, de formation auprès des professionnels de santé et engendrera par exemple la remise en cause d'une agro-industrie partiellement responsable de l'antibiorésistance. L'échelle européenne est de ce point de vue pertinente si elle parvient à exporter ses standards normatifs en matière sanitaire.

- Trouver des alternatives aux antibiotiques, par exemple avec le développement des phages (virus de l'environnement infectant naturellement les bactéries), qui étaient très développés en Union soviétique. Il faut noter que la pratique de la phagothérapie reste aujourd'hui limitée en France à des utilisations expérimentales, faute de modèle économique et de cadre juridique adaptés⁶.

- Rechercher de nouvelles bactéries ou les modifier, afin de développer de nouveaux antibiotiques. Une partie de la réponse se situera peut-être dans les océans : en 2019, 65 espèces de bactéries avaient été identifiées par des chercheurs alle-

mands⁷. La plupart des bactéries que nous ne connaissons pas se situent sous les 3 000 mètres de profondeur, sachant que les fonds marins sont moins explorés et connus que la surface de la Lune. Enfin, il est possible de miser sur le technosolutionnisme : l'intelligence artificielle a déjà permis de grands progrès médicaux (détection des cancers, risques cardiaques et montres connectées)⁸. Du fait de contraintes économiques, la découverte d'antibiotiques s'est faite à un rythme réduit depuis les années 1980 : l'utilisation d'algorithmes permet de traiter de larges bases de données de santé à même de générer à moindre coût de nouvelles molécules. ■

1. Eloi Laurent, *Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*, Paris, Les Liens qui Libèrent, 2020.

2. Jean-Paul Ortiz, « Et si était créé un grand Ministère « one health » ?... », <https://www.thinktankcraps.fr/et-si-etait-cree-un-grand-ministere-one-health/>

3. Virginie Tournay, « La société préCovid est morte. Et après ? », *Futuribles*, septembre-octobre 2021, pp.25-39.

4. Florent Parmentier, « Covid-19 : non pas la dernière peste, mais l'anticipation d'un monde post-antibiotique », *Telos*, 17 septembre 2020, <https://www.telos-eu.com/fr/covid-19-non-pas-la-derniere- peste-mais-lanticipat.html>

5. Flavio d'Abramo, « Antibiotic resistance, planetary health and the mimetic trap: a historical account of present-day sanitary, environmental and social crises », *Postcolonial Studies*, Vol. 25, n° 3, 2022, pp.321-339.

6. Catherine Procaccia, « La phagothérapie : médecine d'hier et de demain », *Les notes scientifiques de l'Office*, n° 24, mars 2021, https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/332619/3251472/version/3/file/OPECST_2021_0011_note_phagoth%C3%A9rapie.pdf

7. Julie Kern, « Antibiorésistance : les antibiotiques de l'avenir sont dans l'océan », *World Economic Forum*, 20 novembre 2019, <https://fr.weforum.org/agenda/2019/11/antibiorésistance-les-antibiotiques-de-l-avenir-sont-dans-l-océan/>

8. Anne Trafton, « Artificial intelligence yields new antibiotic », *MIT News Office*, 20 février 2020, <https://news.mit.edu/2020/artificial-intelligence-identifies-new-antibiotic-0220>

TRIBUNE

EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ ET QUALITÉ DE L'EXPÉRIENCE CLIENT/ADHÉRENT : COMMENT LES ASSUREURS MALADIE COMPLÉMENTAIRES PEUVENT UTILISER CES 2 CLÉS POUR ALLER AU-DELÀ DE LEUR RÔLE DE PAYEUR.

PAR PHILIPPE SIMON
DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU GROUPE CEGEDIM

L'exploitation des données de santé n'est plus un tabou pour les assurés. Les Français sont, en effet, prêts à partager leurs propres données, dès lors qu'ils y trouvent leur compte et que cela leur permet de bénéficier d'une meilleure prise en charge. D'après notre étude réalisée récemment avec l'argus de l'assurance, 84 % d'entre eux voient au moins un bénéfice au partage de leurs données de santé : un meilleur suivi médical, une simplification des démarches, ou une approche plus personnalisée...

C'est donc un terrain opportun pour permettre aux assureurs complémentaires d'aller au-delà de leur mission historique de remboursement de prestations : en s'engageant dans la prévention et l'accompagnement du parcours de santé de leurs assurés, ils peuvent devenir des acteurs plus globaux en santé et nouer une relation plus personnalisée avec leurs adhérents.

La création de « Mon espace santé » leur ouvre une voie : ce nouveau service public centralise des données de santé pour sécuriser le parcours médical des assurés et leur permettre d'échanger de manière sécurisée des données avec les professionnels de Santé de leur choix. Encore actuellement dans une forme et un usage très ancrés dans le monde médical, il leur permettra rapidement d'accéder à des services innovants qui seront « homologués » par l'Assurance maladie. En

acceptant d'ouvrir « Mon espace santé » aux différents acteurs, dont les financeurs de la santé, la puissance publique montre la voie : rendre possible l'exploitation de données des utilisateurs, avec leur consentement éclairé, sous conditions des services rendus associés à leur usage : améliorer leur orientation, leur accompagnement notamment en prévention, et renforcer leur prise en charge... On s'éloigne de l'assurance ? Certainement pas, car dans tout ceci, un bénéfice sous-jacent est le maintien en bonne santé des assurés, donc une baisse du risque assurantiel.

L'« expérience assuré » est également devenue centrale pour aller au-delà du rôle historique des complémentaires. En effet, comment distinguer un contrat responsable d'un autre contrat responsable ?

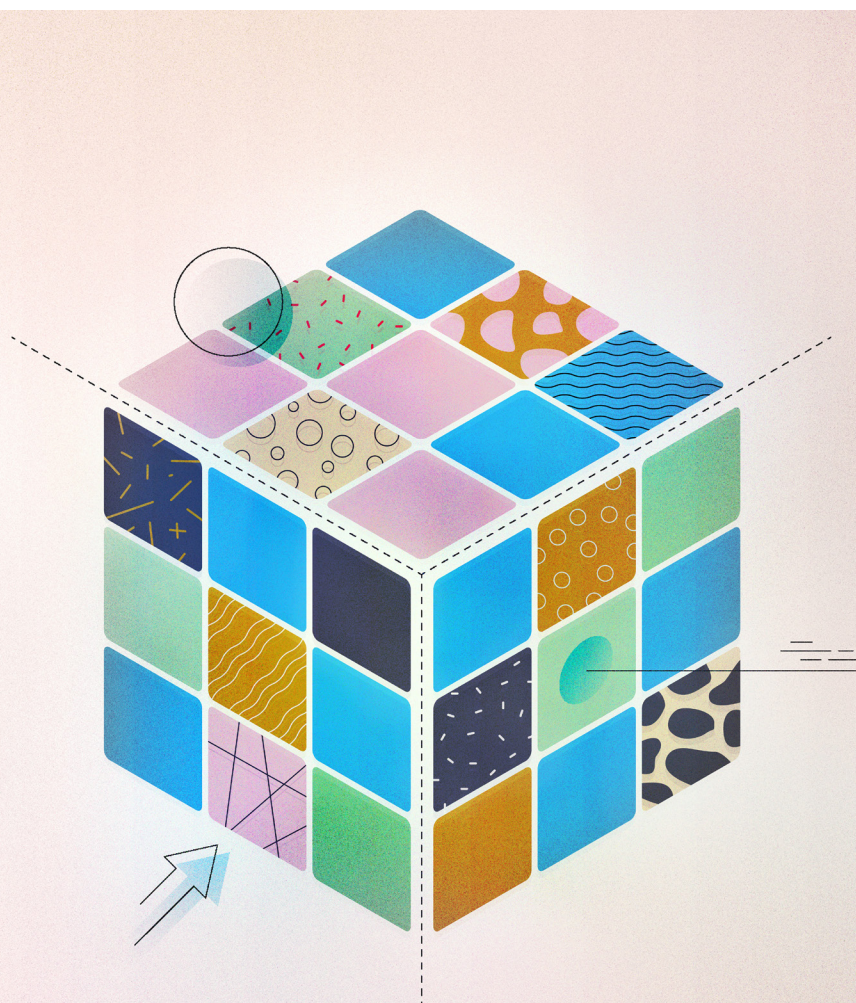
Si ce n'est par le prix ou le niveau des garanties, ce doit être par la qualité de cette expérience ! Elle a déjà considérablement progressé au cours des dix années écoulées : les prestations sont désormais remboursées en 48 h, 24 h voire moins en fonction de la complexité des soins, et de nombreux services d'analyse des devis, de calcul des restes à charge ou d'orientation vers des professionnels de santé sont proposés pour personnaliser cette expérience assuré. Mais les assureurs complémentaires s'accordent à dire qu'il faut aller enco-

re plus loin : dans l'automatisation des processus et leur mise à disposition dans une logique de « *selfcare* », d'abord, qui permet aux assurés d'être autonomes quand ils le veulent, ou guidés par un conseiller si cela leur convient mieux. Dans la digitalisation, l'enrichissement et surtout la personnalisation des offres aussi : les assureurs complémentaires doivent trouver la juste réponse entre offre standard, qui ne convient plus à un assuré « averti », et une offre combinant de multiples options et limites, illisibles pour la plupart des assurés, et qui ne permet pas de comprendre, encore moins de comparer, la pertinence du risque assuré. On a ainsi vu naître une attente de plus en plus répandue d'une assurance complémentaire simple, lisible et adaptée à des « moments de vie »...

Entre investissements massifs dans l'usage des données et dans une expérience assuré réinventée, les assureurs complémentaires ne se contentent plus de rembourser des frais de santé. Acteurs à part entière du parcours de soins, pour aider leurs bénéficiaires à rester en bonne santé, à mieux gérer leurs pathologies chroniques et à prévenir la maladie et le vieillissement... seraient-ils prêts à devenir les partenaires santé de leurs assurés ? C'est, en tout cas, un « *new deal* » au cœur de leur stratégie pour un grand nombre d'entre eux. ■

NEW DEAL

LES ASSUREURS COMPLÉMENTAIRES NE SE CONTENTENT PLUS DE REMBOURSER DES FRAIS DE SANTÉ



« **L**es jeunes d'aujourd'hui aiment le confort, l'argent et la paresse par-dessus le marché ». « Les jeunes d'aujourd'hui aiment le luxe, méprisent l'autorité et bavardent au lieu de travailler. »

De qui sont ces phrases lapidaires ? Respectivement de deux penseurs de l'Antiquité, Polybe et Socrate. À travers toutes les époques, la jeunesse a été tancée par ses aînés, à peu près sur les mêmes griefs, notamment un prétendu rapport altéré à la « valeur travail ». Soyons indulgents : cette alacrité est bien souvent puisée dans la nostalgie déchirante de sa propre jeunesse enfuie...

Toutefois, il est certain qu'une réflexion en profondeur sur la « valeur travail » s'impose, qui doit s'affranchir d'un « c'était mieux avant » stérile. Dans un monde en pleine mutation – crises épidémiologiques, contexte géopolitique mondial éruptif et bouleversements climatiques – il serait bien incongru que le monde du travail reste un monolithe immuable. Il est évidemment bousculé, percuté, dans ses organisations, ses valeurs, ses

pratiques managériales, et c'est un questionnement salutaire qui doit embarquer toute la société.

Le sujet des professions du soin au sens large est tout à fait illustratif. Les établissements de santé, publics comme privés, font face à une pénurie alarmante de professionnel.le.s de santé paramédicaux, notamment les infirmiers et les aides-soignants. Est-ce à dire qu'une génération égocentree et rétive à l'effort n'est plus soucieuse du *care* ? Évidemment non. Plus que jamais, les jeunes d'aujourd'hui s'engagent, recherchent du



TRIBUNE

DANS LA SANTÉ AUSSI, CROYONS À LA JEUNESSE ET SOYONS À LA HAUTEUR DE SES ATTENTES !

PAR **SOPHIE BEAUPÈRE**
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE D'UNICANCER

ET **BÉATRICE NOËLLEC**
DIRECTRICE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES DE LA FHP

sens ; mais ils veulent aussi légitimement que leurs conditions d'exercice, les environnements managériaux, le rapport à l'innovation, changent. Pour cela, quelques leviers méritent d'être activés d'urgence.

Le premier levier est sans doute la levée des corporatismes et des logiques d'assignation qui enferment trop souvent les professionnels de santé dans des parcours figés, sans perspective de passerelles et d'enrichissement des pratiques. Les terminologies employées, relativement péjoratives – transferts, délégations... – montrent combien les réserves à davantage de fluidité entre les métiers sont tenaces, comme d'ailleurs entre les secteurs et entre les statuts. Oui, un aide-soignant expérimenté doit pouvoir devenir infirmier en deux ans, sans que cela donne lieu à des débats sans fin. Oui, un médecin doit pouvoir passer du secteur public au secteur privé, et vice-versa, sans cris d'orfraie. La confiance a priori reste encore à conquérir.

Le deuxième levier est de savoir offrir à la jeunesse d'aujourd'hui une vision prospective des métiers du soin, dont les pratiques vont être modifiées, et probablement enrichies, par divers leviers d'innovation dans les années qui viennent. Le ministère de la Santé gagnerait à déployer une gestion moderne des ressources humaines, et dresser des perspectives susceptibles d'attirer de nouveaux profils et de nouvelles compétences. Cette nécessité n'est pas du tout à l'œuvre aujourd'hui et les conceptions de ces métiers restent trop souvent pétrées de stéréotypes éculés... notamment genrés. Pas étonnant qu'il soit difficile de s'y projeter.

Le troisième levier, en relation étroite avec les deux précédents, est celui des représentations, qui fondent ou non l'attractivité du choix de telle ou telle profession. Bien sûr, il y a le sujet des rémunérations des professionnels de santé, mais il n'épuise pas la question, qui est plus profondément celle de la hiérarchie des valeurs d'une société, et de la considération qu'elle accorde – ou non – à toutes celles et tous ceux qui portent le soin et le *care*, qui prennent en charge une part vitale des relations entre les humains. Et non, ce ne sont pas des « vocations », mais des choix qui

À CHACUN DE NOUS, DONC, D'ÊTRE À LA HAUTEUR DES ATTENTES D'UNE JEUNESSE DONT L'ATTACHEMENT AUX PROFESSIONS DU SOIN NE SE DÉMENT PAS, MAIS QUI ATTEND DAVANTAGE DE RECONNAISSANCE, DE SENS, DE PERSPECTIVES ET D'ENRICHISSEMENT DES PRATIQUES

doivent comporter leur part tout à fait légitime de reconnaissance sociale. Et il faut plus que des applaudissements aux fenêtres pour asseoir cette reconnaissance, et faire évoluer nos représentations collectives. Nous devrions nous réjouir que les jeunes souhaitent retrouver du sens à leurs pratiques, comme un levier d'amélioration des prises en charge et de l'ensemble du système.

Nullement altérée, la « valeur travail » est donc aujourd'hui repensée à l'aune d'un monde en profonde mutation. Sans aucun doute, ce qui est questionné aujourd'hui, c'est un décalage saisissant entre la façon dont sont pensées les organisations actuelles et la réalité d'évolutions techniques et scientifiques qui connaissent un rythme d'accélération sans précédent. On peut citer, par exemple, dans le domaine de la prise en charge du cancer, la révolution que sont les chimiothérapies à domicile, les immunothérapies,

la prévention et la prise en charge de plus en plus personnalisée grâce à la biologie moléculaire couplée à l'analyse des données, ainsi que l'accélération du rythme de ces évolutions.

Gardons à l'esprit qu'il a fallu la crise Covid pour que les téléconsultations ou la téléexpertise se développent, alors que tous les prérequis techniques existaient depuis plusieurs années! Alors que les citoyens plébiscitent les innovations numériques en santé, les freins sont légion. Alors, encadrer les évolutions techniques, en analyser les effets

négatifs, évaluer leur impact psychologique et social, est certes impératif. Mais empêcher leur développement est à la fois inutile, inefficace, totalement démotivant et facteur de perte de sens pour les jeunes générations.

À chacun de nous, donc, d'être à la hauteur des attentes d'une jeunesse dont l'attachement aux professions du soin ne se dément pas, mais qui attend davantage de reconnaissance, de sens, de perspectives et d'enrichissement des pratiques. ■

TRIBUNE

CHIRURGIE : À QUAND DES SEUILS MINIMA D'ACTIVITÉ ?

PAR **CHRISTIAN ANASTASY**
PRÉSIDENT DE PERSAN CONSEIL,
EX-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP ET
INSPECTEUR GÉNÉRAL DES AFFAIRES SOCIALES

Les dépenses inutiles liées à une mauvaise organisation du système de santé sont largement renseignées et représentent des dizaines de milliards d'euros de dépenses inutiles.

Les exemples abondent : délivrance inefficace de soins, manque de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, redondances d'actes et examens, complications et réhospitalisations évitables, sur ou sous-traitements, procédures administratives inappropriées ou prix inadaptés... sans oublier le maintien de services de chirurgie à trop faible activité qui, faute de



seuils minimums d'activités imposés par l'État, continuent leur trop faible activité souvent de qualité médiocre. Dans la majorité des pays de l'OCDE, des seuils minimums d'activité déterminent les autorisations d'exercice de cette discipline parfois risquée pour le citoyen.

LA CHIRURGIE EN FRANCE

Chaque année, sont réalisées dans 7 400 salles d'opération réparties dans plus de 950 établissements de santé de statut public ou privé près de six millions d'opérations chirurgicales avec anesthésie, généralement en toute sécurité et pour le mieux-être des patients. Elles représentent environ 20 % des dépenses hospitalières (près de 20 milliards d'euros).

Cependant, ainsi que le souligne la Cour des comptes, plus de 10 % des établissements de santé autorisés à effectuer cette activité, soit un peu plus d'une centaine, ont une activité inférieure à celle préconisée par toutes les sociétés savantes médicales sans que jamais leurs autorisations soient retirées par les autorités de contrôle. De plus, les actes chirurgicaux réalisés sont diversifiés et de fait individuellement trop rares pour un entraînement suffisant des équipes. Le risque existe donc bien d'événements indésirables graves car ces établissements ne disposent ni de plateaux techniques du niveau requis, ni surtout d'équipes médicales et soignantes suffisantes pour assurer la continuité des soins.

TOUTES LES ÉTUDES ET RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES MONTRENT QU'IL EST MIEUX POUR UN PATIENT D'ÊTRE OPÉRÉ DANS UN SERVICE AYANT UNE ACTIVITÉ CHIRURGICALE CONSÉQUENTE !

Ainsi, en 2009, l'Institut de recherche et documentation en santé (IRDES) prouve que pour cinq interventions fréquentes (chirurgie pour cancer du côlon, pontage aorto-coronarien, accident vascu-



laire cérébral, résection pancréatique et prothèse totale de hanche), la probabilité de réadmission, ou de mortalité, est plus élevée dans les structures à faible activité chirurgicale.

La société française d'anesthésie réanimation (SFAR) souligne, quant à elle, en mars 2010, « qu'en général, une équipe réalise bien ce qu'elle a l'habitude de faire et que toute technique sporadique en matière d'anesthésie-réanimation est un facteur majeur de risque ».

En 2012 et 2015, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) établit, dans ses rapports annuels « Charges et produits », que la durée moyenne de séjour et la probabilité de complications sont moindres dans les établissements dont l'activité est importante et spécialisée que dans ceux à faible activité.

Enfin, les Académies nationales de médecine et de chirurgie estiment indispensable, depuis plus de quinze ans, le regroupement d'activités de

chirurgie disséminées. À titre d'exemple, elles précisent en 2016 que pour la chirurgie cardiaque « la condition d'atteindre des masses critiques suffisantes est subordonnée à 600 actes par an pour au moins trois chirurgiens, réalisant chacun 200 interventions ». Pourtant, le seuil actuel reste toujours fixé pour cette discipline à très fort potentiel de risques à 400 par an sans minimum par chirurgien.

NÉANMOINS, CES RECOMMANDATIONS N'ONT JAMAIS ÉTÉ PRISES EN COMPTE

Leur respect aurait dû provoquer la fermeture d'un peu plus de cent structures publiques ou privées potentiellement dangereuses sur le territoire national mais le scrupuleux tollé, notamment d'élus locaux confondant souvent proximité et qualité, a fait reculer les gouvernements successifs.

Pour mémoire, deux exemples de velléités gouvernementales fondées sur des recommandations scientifiques constantes sont ainsi restées sans suite :

- En 2004, le ministère de la Santé avait invité les agences régionales de l'hospitalisation à « faire évoluer les sites de chirurgie ayant une activité annuelle inférieure à 2000 interventions avec anesthésie, car en deçà de ce niveau d'activité il existe un risque en termes de sécurité des soins pour les patients pris en charge ».

- En 2010, le ministère de la Santé avait même préparé deux projets de décrets s'appuyant sur les recommandations académiques fixant à 1500 actes annuels minimum le seuil d'activité en chirurgie.

Pourtant, à ce jour, les autorisations d'activité chirurgicale de ces services continuent d'être renouvelées pérennisant ainsi des pratiques chirurgicales incertaines pour les patients, indépendamment du caractère inapproprié des dépenses induites !

L'ÉTAT DOIT DONC ENFIN PROMOUVOIR LA RÉFORME DE LA CHIRURGIE DIFFÉRÉE DEPUIS VINGT ANS !

La qualité du service rendu à la population doit prévaloir par rapport à tout éventuel petit calcul électoral en faveur du maintien de l'emploi local !

Certes, convaincre les élus locaux et les tenants du confort illusoire de la proximité au détriment de l'excellence ne sera pas aisé. Cependant, il convient d'aboutir à la suppression dans notre pays de tous ces services de chirurgie potentiellement dangereux car leur activité trop faible, leurs équipements médiocres, leurs équipes médicales insuffisamment étoffées et entraînées, indépendamment de leur qualité personnelle, rendent impossible à assurer dans

des conditions favorables aux patients la permanence des soins post-interventionnels !

Gageons que l'État saura bien vite réutiliser à bon escient les économies substantielles réalisées par la fermeture de ces services dangereux, tant pour le bénéfice des patients que pour l'amélioration des conditions de travail des personnels, notamment ceux affectés dans des services de chirurgie à forte activité qui, pour ce qui les concerne, ne disposent pas toujours des moyens suffisants ! ■

LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU À LA POPULATION DOIT PRÉVALOIR PAR RAPPORT À TOUT ÉVENTUEL PETIT CALCUL ÉLECTORAL EN FAVEUR DU MAINTIEN DE L'EMPLOI LOCAL !



TRIBUNE

ASSURANCE CHÔMAGE : UNE RÉFORME QUI NE DIT PAS SON NOM !

PAR HERVÉ CHAPRON,
MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS,
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE PÔLE EMPLOI

ET MICHEL MONIER
MEMBRE DU CRAPS,
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'UNÉDIC

La nouvelle réforme de l'Assurance chômage est désormais connue. Aux habituels changements paramétriques, elle ajoute une ambition contracyclique. Le pari macroéconomique mérite d'être souligné. Ce ne sera pas la dernière réforme de l'Assurance chômage, car elle ne dit pas son nom !

Décidée par les seuls Pouvoirs publics, cette réforme poursuit la transformation d'un système d'assurance en un système de solidarité, tout entier à la main de l'État, ignorant les partenaires sociaux et les réalités des bassins d'emploi.

LES ANGLES MORTS DE LA RÉFORME

En visant le plein-emploi par l'incitation des chômeurs indemnisés, la réforme oublie les chômeurs non indemnisés, les chômeurs de longue durée les plus éloignés de l'emploi. Avec cet angle mort, la réforme est insuffisante, sauf à accepter le chômage de longue durée indemnisé par les minima sociaux.

En fixant à 9 % le taux de chômage national déterminant du déclenchement de l'incitation par la diminution de la durée d'indemnisation, la réforme ignore les réalités des bassins d'emploi qu'un taux national ne représente pas. Les chômeurs des territoires à fort taux de chômage seront indemnisés selon le nouveau régime commun.

Si l'incitation des chômeurs indemnisés, particulièrement les seniors, à reprendre rapidement un emploi est une bonne chose, la réforme omet les incitations, pour les employeurs, à conserver les vieux salariés dans l'emploi. Pour ambitieuse qu'elle se veut, elle est incomplète, déconnectée de la réforme des retraites annoncée. L'ambition serait donc, davantage que contractuelle, celle d'un changement de culture de l'Entreprise.

Ainsi, si l'ambition contractuelle se présente boiteuse, l'ambition comptable est, elle, une fois encore ignorante des charges qui pèsent sur l'Unédic. Au-delà de la stricte indemnisation de la perte d'emploi, le financement de Pôle emploi, des cotisations de retraites complémentaire des indemnisés, le régime des frontaliers sont des causes structurelles du déficit de l'Unédic.

IL FAUDRA RÉFORMER LA RÉFORME...

Cette nouvelle réforme de l'Assurance chômage est une étape supplémentaire de sa transformation d'un régime d'assurance du risque de la perte d'emploi en un régime de solidarité nationale avec, chose nouvelle pour un dispositif de solidarité, une forme de sanction par le mécanisme de la contractuelle.

Il faudra réformer cette réforme qui fait fi des transferts sur les minima sociaux des économies attendues sur l'indemnisation.

À ce stade, l'indemnisation du chômage est un modèle hybride. L'employeur reste le seul cotisant écarté de facto de la gouvernance du dispositif.

Le modèle doit finir sa mutation en s'affirmant système de solidarité nationale tout entier à la

main de l'État, et non plus interprofessionnel. Cette perspective ouvre la possibilité d'une réelle refondation du système.

Dans un système de solidarité nationale, la cotisation employeur perd sa raison d'être et le coût du travail, dénoncé comme cause de notre préférence pour le chômage, n'a pas à supporter une cotisation chômage. C'est la compétitivité de l'appareil productif qui bénéficierait, non plus d'un allègement mais de la disparition du coût du chômage tout entier financé par la collectivité.

... ET SORTIR DU MODÈLE HYBRIDE.

La réforme de l'indemnisation du chômage se présente, au-delà de ses aspects paramétriques et de son ambition contractuelle, comme une étape vers un système de solidarité nationale. À ce titre, elle ne dit son nom, cette nouvelle réforme préfigure un premier niveau de solidarité, étatisée. Espérons qu'il fera place à un régime complémentaire d'assurance volontaire

hors des critères maastrichtiens. Ce deuxième niveau peut être celui des assurances privées, mais il peut être aussi celui qui fait réinventer un paritarisme de gestion créateur de droits sociaux contributifs.

Parions que ce soit là le point de rencontre des Pouvoirs publics et des acteurs économiques et sociaux. Si les uns et les autres sortent de fausses certitudes, évitent les cadrages qui bloquent toute négociation, ils redonneront un sens commun à la démocratie sociale qui, ballottée entre les revendications de ronds-points et les 49-3, ne peut pas rester l'enfant illégitime de la démocratie. ■

LA RÉFORME DE L'INDEMNISATION DU CHÔMAGE SE PRÉSENTE, AU-DELÀ DE SES ASPECTS PARAMÉTRIQUES ET DE SON AMBITION CONTRACTUELLE, COMME UNE ÉTAPE VERS UN SYSTÈME DE SOLIDARITÉ NATIONALE



TRIBUNE

SOINS DE SANTÉ : ADIEU L'ABONDANCE, PLACE À LA SOBRIÉTÉ

PAR DAVID OLLIVIER-LANNUZEL
PRÉSIDENT GÉNÉRAL DE LA MCDEF

PAR GILLES GIRARD
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE THÉMIS CONSEIL

Notre système de santé est jugé par beaucoup comme le pire à l'exception de tous les autres. Le problème est qu'il n'est pas durable et doit être réformé d'urgence afin de le rendre plus raisonnable. Et le marketing ne suffira pas à le sauver...

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 a suivi un difficile parcours parlementaire, entamé par un recours à l'article 49.3 par le gouvernement à l'Assemblée nationale, avant d'être adopté en première lecture par le Sénat. La commission mixte paritaire n'ayant pas été

conclusive, le texte est donc retourné à l'Assemblée nationale pour un nouveau 49.3...

Au-delà de ces vicissitudes politiques, le constat reste le même : comme tous les ans, le budget de la Sécurité sociale va augmenter, une partie du financement va se répercuter au niveau des salariés et des entreprises, les charges sociales vont s'alourdir... Ce cercle peu vertueux traduit bien l'usure générale de notre système de santé, qui n'est pas durable.

On ne pourra pas continuer à augmenter les contributions des salariés. Certains proposent un plus grand effort des grandes entreprises, mais taxer les profits ne peut fonctionner qu'à condition qu'ils soient bien fléchés. Il faudrait donc trouver de nouvelles sources de financement. La situation est sans issue : aujourd'hui, ce système, héritage des grands principes qui ont construit la Sécurité sociale – « l'accès au système de santé selon ses besoins et non selon ses moyens » – tourne en rond, d'autant qu'il subit aussi un « effet papillon » systématique et pervers : dès qu'on agit positivement d'un côté, une conséquence négative surgit de l'autre.

Notre société a créé de nombreuses protections, mais pas une véritable éducation à la santé, et elle a fini par nous mettre en danger. Alors, pourquoi ne pas opter pour une nouvelle radicalité : en schématisant, ne touchons plus au PLFSS et apprenons à ne plus fumer, boire et manger sucré ! On peut parfois juger hâtivement que ceux qui sont en mauvaise santé l'ont cherché, en ne faisant attention à rien. Mais n'oublions jamais que l'individu n'est pas responsable de tout. Il est même souvent victime, dès lors qu'on banalise ces consommations ou modes de vie à risque qui se révèlent coûteux à terme, tant pour l'individu que pour la collectivité. Nous devons certes favo-

riser la responsabilité individuelle face à la santé, mais aussi la responsabilité collective. Pourquoi, par exemple, ne pas taxer plus les fabricants de cigarettes ou les producteurs d'alcool ? Et ne pourrait-on pas également faire peser la responsabilité de l'obésité sur l'industrie agroalimentaire ou sur le distributeur... ou sur l'État qui laisse faire ?

RESPONSABILISATION

Dans le domaine de la santé, où la frontière entre réalisme et humanisme est parfois ténue, une politique trop « réaliste » peut avoir une connotation répressive et ne prendre en compte que le critère humaniste à ses limites. Il est donc impératif de responsabiliser l'assuré social, mais aussi le professionnel de santé. Celui qui consomme, mais aussi celui qui délivre. Celui qui demande toujours plus de soins, mais aussi celui qui permet les déviances ou refuse de réduire les actes. Et il faut en demander plus au politique, dont la responsabilité est engagée.

Nous avons aujourd'hui une approche trop consumériste de la santé : toujours plus de prestations et toujours plus de produits, dont la surconsommation est une catastrophe et un paradoxe à l'heure où l'on n'a que le mot sobriété à la bouche. La sobriété, cela s'apprend. En la matière, pourquoi ne raisonne-t-on pas pour la santé comme on commence à le faire pour l'énergie, en sensibilisant tout le monde sur la nécessité d'apprendre à vivre raisonnablement avec les moyens disponibles et en utilisant ceux-ci à bon escient. Dans ces deux domaines, répétons-le, on ne peut pas être toujours dans le plus.

On ne devrait pas augmenter indéfiniment le budget de la Sécurité sociale et il faudrait par exemple revoir toute notre politique du médica-

« NOUS AVONS AUJOURD'HUI UNE APPROCHE TROP CONSUMÉRISTE DE LA SANTÉ. »

ment ou mieux analyser des dispositifs comme le 100 % santé, le prototype même d'une démarche consumériste (sur l'audio, par exemple, il a amené un nombre considérable de nouveaux clients, qui ne l'auraient pas été sans lui). « Je paie, donc j'ai droit » est l'une des phrases les plus prononcées par les consommateurs de santé. Et l'assurance est là pour payer... Mais tous les soins pris en charge par l'AMO et l'AMC sont-ils justifiés ?

Ceux et celles qui ont inventé et mis en place la Protection sociale l'ont fait sur la base de la mutualisation et de la responsabilité. Le malheur est qu'on a gardé la première et oublié la seconde, ou tout au moins qu'on l'a décalée : chacun aujourd'hui attend les solutions d'un autre et se préoccupe peu de savoir si ces mêmes solutions sont viables ou raisonnables. On a donc construit un système sur des principes qui ne sont plus appliqués et qui a déraillé. Même si une certaine forme de conscientisation individuelle semble apparaître, il sera difficile, voire impossible, de l'universaliser.

DÉTERMINATION

La solution, on ne le répètera jamais assez, passe par la prévention, un terme certes utilisé à tout bout de champ, souvent enrobé d'un vernis marketing, mais dont on ne maîtrise pas forcément le sens. La priorité absolue est pourtant d'inventer une vraie prévention, collective, organisée et dotée de

moyens réels, sans se substituer pour autant à certaines autorités comme les parents ou l'école.

Aujourd'hui, on ne peut se contenter de simples « coups », par exemple en inventant un titre de « Ministre de la Santé et de la Prévention ». François Braun, son détenteur, a en tout cas inscrit la consultation médicale gratuite à 25, à 45 puis à 65 ans dans le PLFSS. L'un se concentre à 25 ans sur d'éventuelles addictions ou l'entrée dans la vie professionnelle, le deuxième à 45 ans sur le dépistage de certains cancers, l'activité physique ou la santé mentale, et le troisième à 65 ans sur la prévention de la perte d'autonomie et d'autres maladies.

Avec ces trois nouveaux rendez-vous santé, sommes-nous « entrés dans l'ère de la prévention », comme s'en est félicité le ministre dans *Le Journal du dimanche* ? La mesure a été accueillie par certains comme un symbole, voire un virage. On se permettra de rappeler que la France compte aujourd'hui moins de 6 000 médecins de prévention, un chiffre dérisoire qui peut laisser planer un doute sur la mise en application de ce dispositif ambitieux. Contentons-nous, dans un premier temps, comme bon nombre d'acteurs de la santé, d'attendre pour voir. La prévention curative ayant trop longtemps été un défaut français, la prudence reste de mise. Mais on ne peut pas rester indifférent ou inactif : le temps est venu d'affronter ces sujets. ■

TRIBUNE

LE TÉLÉTRAVAIL
DEPUIS L'ÉTRANGER
NÉCESSITEUNE NOUVELLE
RÉGLEMENTATION
EUROPÉENNE

PAR MARTINE DERDEVET

DOCTEURE EN DROIT,
PRÉSIDENTE FONDATRICE DE MAIAO CONSEIL

CHARLOTTE MICHAUD

AVOCAT ASSOCIÉ, FLICHY GRANGÉ AVOCATS

FRANCK MOREL

AVOCAT ASSOCIÉ, FLICHY GRANGÉ AVOCATS,
ANCIEN CONSEILLER SOCIAL DU PREMIER MINISTRE

VINCENT DE GRAAUW

EXPERT EN MOBILITÉ INTERNATIONALE,
FONDATEUR DE V2G-CONSULTING

Le télétravail occasionnel ou régulier est-il sur le point de supplanter l'organisation traditionnelle du travail et de son management ? En tout cas, il la bouscule sérieusement.

Si la législation française¹ accorde aux entreprises une marge de manœuvre au regard de la possibilité (postes éligibles, catégorie de salariés) ou de l'opportunité de le mettre en œuvre, il ne s'agit pas pour autant d'un « droit » opposable et automatique octroyé au salarié, le refus de l'employeur à une demande du salarié de télétravailler étant possible mais devant être motivée.

En « 2021, 22 % des salariés ont télétravaillé en moyenne chaque semaine »². Mais ce chiffre

masque une réalité contrastée. Il doit en effet tenir compte de la profession exercée « un salarié sur deux », et des variations de son taux selon la période concernée « élevée en début d'année », puis en recul « avant de rebondir en fin d'année »³.

Le télétravail exercé depuis l'étranger fait également l'objet d'un mouvement appréciable, mais plus difficile à appréhender : recouvrant une grande variabilité de situations issues ou accentuées notamment par la crise sanitaire de la COVID-19. Il peut néanmoins se distinguer par son caractère « volontaire⁴ » ou « contraint⁵ ».

Si le télétravail ne doit pas être confondu avec le détachement, l'analyse des statistiques le concernant peut donner un éclairage : « Le nombre de travailleurs détachés [...] s'établit en moyenne à 72 600 en 2019 (+5,9 % par rapport à 2018)⁶. » Il recouvre essentiellement les prestations de services transnationales entre deux entreprises distinctes (57 %), puis les mises à disposition de salariés au titre du travail temporaire (26 %), et enfin les mobilités intra-groupes (19 %).

Ce taux, loin de se stabiliser, chute en 2020-2021 « de l'ordre de -20 % en 2020 par rapport à 2019⁷ » impacté par la crise sanitaire. Il ne rattrape pas davantage son niveau d'avant-crise « moins de 60 000 salariés étaient détachés au troisième trimestre 2021, soit pratiquement le même niveau qu'observé en 2020⁸ ».

Se gardant de toute déduction hâtive, ces chiffres confortés par le retour d'expérience des entreprises interpellent : Ne témoignent-ils pas de l'émergence d'une nouvelle forme de détachements « virtuels », d'abord contraints, puis volontaires notamment au regard des prestations de services tertiaires ou de la mise à disposition « intra-groupe » ?

Autrement formulé, comment ces nouvelles formes de travail hybrides, issues de l'ingéniosité des entreprises peuvent-elles se maintenir dans un contexte dépourvu d'un cadre légal adéquat, et fragmenté par domaines du droit ?

Ce qui est certain c'est qu'il existe un cadre juridique au plan européen marqué par une multiplicité de textes. Chacun a pu adapter son mode de fonctionnement mais on atteint les limites de cette méthode et il est nécessaire de disposer d'un cadre normatif européen adapté et cohérent (2).

I. QUEL CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE EN EUROPE ET EN FRANCE ?

A. Un cadre juridique ancien mais évolutif

Le télétravail à l'international décliné en de multiples situations de « *virtual assignment* » issues de la pratique ingénieuse des entreprises, n'est pas soumis à une réglementation internationale dédiée⁹, mais mobilise plusieurs domaines du droit. Conséquence de cet angle « mort » du droit supranational, un vide juridique qui échoit donc aux États, tâche qu'ils accomplissent par discipline du droit, donc

de façon segmentée, provoquant des disparités, accentuées par l'inadéquation des dispositifs à l'égard de ces nouvelles situations.

Concevoir une structure réglementaire susceptible d'encadrer une variété de situations de télétravailleurs mobilisant le droit du travail, de la protection sociale, de l'immigration et le droit fiscal, et ce, au sein de plusieurs États, relève d'une gageure.

Au sein de l'Union européenne, des initiatives ont toutefois relevé ce défi dans un contexte où à l'échelon international, aucune réglementation n'est à l'heure actuelle à même d'encadrer le

**EN « 2021,
22 % DES
SALARIÉS
ONT TÉLÉ-
TRAVAILLÉ
EN MOYENNE
CHAQUE SE-
MAINE »**

télétravail à l'international autrement que par domaines du droit¹⁰. Ces mesures se singularisent tant sur le fond que sur leur mode opératoire car issues du dialogue social.

En 2002, les partenaires sociaux européens¹¹ avaient conclu un accord-cadre portant sur le télétravail particulièrement précurseur puisqu'il ancrerait déjà les fondations du télétravail qui se sont maintenues durant 2 décennies avant que ceux-ci¹² jugent de la nécessité de l'actualiser dans un programme de travail conjoint signé le 28 juin 2022. Ils indiquent qu'« un des défis clés qui sera persistant est pour les partenaires sociaux de faire un bilan des évolutions de la digitalisation et de tirer les enseignements de la crise sanitaire sur le télétravail, à la lumière de leur accord existant de 2002, qui pose les fondations pour un dialogue social et une négociation collective pour organiser un télétravail volontaire. Cela inclut des problématiques telles que le travail hybride, le droit à la déconnexion, l'organisation du travail et en particulier le management à distance des travailleurs en ligne et le lien avec temps de travail, santé et sécurité, équilibre vie professionnelle et

personnelle, surveillance, respect de la vie privée et protection des données¹³ ».

Les partenaires sociaux souhaitent que les principes de cet éventuel accord qui réviserait celui de 2002 soient mis en œuvre par le biais d'une directive européenne, et qui donnerait une portée normative obligatoire au contenu de l'accord¹⁴. Ils souhaitent que ce texte puisse comporter un droit à la déconnexion.

La réglementation internationale du télétravail s'avère donc fragmentée, conduisant à une approche qui consiste à découpler les différents domaines du droit (droit social, droit de la Sécurité sociale). Ces domaines relèvent à l'échelon européen, soit d'une harmonisation, soit d'un système de coordination, et au grand international d'accords interétatiques. Le palier national est donc incontournable.

B. De multiples problématiques soulevées par la multiplicité des sources avec quelques principes généraux

Le recours au télétravail salarié depuis l'étranger ne s'improvise pas et invite à se saisir de plusieurs problématiques parmi lesquelles le régime de Sécurité sociale, la loi applicable au contrat de travail, le régime d'imposition du salarié, la délivrance d'éventuels justificatifs professionnels ou titre de séjour, le traitement des données...

L'enjeu consiste principalement à déterminer si, par le recours au télétravail à l'international, le travailleur localisé hors des frontières change totalement ou pas de législation applicable, passant de celle du pays où il travaillait habituellement à celle de son lieu de résidence à l'étranger.

On pourrait naïvement penser que le statut social du travailleur placé en télétravail à l'étranger est unifié : la législation au contrat de travail serait la même que celle gouvernant

la protection sociale. La réalité est tout autre, le salarié pouvant être simultanément assuré social dans un État et relever de la législation d'un autre État (ou de plusieurs) pour la relation de travail.

La construction de la relation de travail est complexe tant les configurations de télétravail sont variées. Il n'existe en outre pas de statut du télétravailleur à l'étranger, contrairement à ce qui est prévu pour le travailleur détaché à l'étranger. Surtout, l'employeur doit composer avec les règles et principes propres à chaque domaine du droit dont le manque d'homogénéité ou de coordination est peu propice à dégager des solutions simples et opérationnelles.

Sous l'angle de la Sécurité sociale, si le règlement européen 883/2004¹⁵ couvre nombre de cas de figure pour identifier la législation applicable au travailleur, du plus simple au plus complexe en présence de pluriactivités dans plusieurs États de l'UE, ses dispositions ne sont pas des plus limpides dans le cas du télétravailleur transfrontalier dont la situation n'est pas véritablement appréhendée. À tout le moins, l'analyse devrait s'articuler entre le principe de coordination des systèmes de Sécurité sociale favorisant l'unicité de législation sociale et celui de territorialité reposant sur la notion de lieu d'exercice d'une activité et sur son caractère substantiel. La démarche est essentielle, car il s'agit côté entreprise de devoir procéder aux prélèvements et règlements adéquats des contributions sociales et côté salarié d'appréhender la nature et la qualité des prestations sociales

garanties. Une solution ne serait-elle pas de permettre une continuité d'affiliation dans un même État membre, piste testée pendant la période de crise sanitaire ? De même, on doit s'interroger en matière de protection sociale complémentaire sur la continuité de la couverture des télétravailleurs situés à l'étranger.

S'agissant des conflits de lois applicables à la relation de travail, on se réfère spontanément aux dispositions spécifiques issues du règlement européen 593/2008¹⁶. L'enjeu est d'importance puisqu'il s'agit de régir les conditions d'exécution du contrat, durée du travail, rémunération, congés, droit à la déconnexion, modalités de rupture du contrat...

Les règles peuvent à première vue paraître simples, les parties ayant la faculté de choisir la loi applicable au contrat. Il apparaîtrait ainsi aisé de favoriser la continuité en maintenant, par exemple, la législation française du travail, les conventions collectives étant alors incluses dans ce choix. Une réserve toutefois : ce choix ne peut avoir pour

effet de priver le salarié du niveau de protection minimale que lui aurait offert la loi applicable à défaut de choix ; sont visées ici les dispositions dites impératives. Le contrat est donc susceptible d'être gouverné par deux législations. Pour déterminer la loi impérative applicable, et sous réserve des cas de pluriactivités, le règlement européen 593/2008 retient comme critère prioritaire le lieu habituel de travail (plutôt que celui de l'exercice de l'activité salariée auquel se réfère le règlement

ON POURRAIT NAÏVEMENT PENSER QUE LE STATUT SOCIAL DU TRAVAILLEUR PLACÉ EN TÉLÉTRAVAIL À L'ÉTRANGER EST UNIFIÉ : LA LÉGISLATION AU CONTRAT DE TRAVAIL SERAIT LA MÊME QUE CELLE GOUVERNANT LA PROTECTION SOCIALE. LA RÉALITÉ EST TOUT AUTRE



européen 883/2004). L'analyse ne s'arrête cependant pas à cerner le lieu habituel de travail ; elle implique d'identifier plus spécifiquement les dispositions non dérogeables du droit local et plus favorables. L'exercice n'est pas aisé. À la différence du régime du détachement pour lequel la réglementation européenne a précisé les règles devant impérativement être respectées, il est requis ici de se reporter au droit de chaque État. La définition du caractère plus favorable d'une loi nationale par rapport à une autre loi nationale, ou de l'ordre public social, ne devrait-elle pas aussi faire l'objet d'une méthode harmonisée ?

Sur le plan fiscal, c'est en principe la source du revenu qui détermine son imposition. Dès lors que la situation de télétravail peut voir un impact sur la résidence fiscale du salarié, il convient en pratique de se saisir des conventions fiscales bilatérales, chacune pouvant en outre être dotée de critères propres. La question n'est pas à négliger. Côté salarié, l'employeur peut en effet être tenu de déclarer, précompter, payer l'impôt dans le pays concerné, via le prélèvement à la source, ce qui

le conduit à devoir alors s'enregistrer localement et y établir une paie locale. Par ailleurs, le salarié devra être vigilant sur les obligations déclaratives fiscales qui pèsent sur lui dans son pays de résidence fiscale. Côté entreprise, il ne faut pas non plus sous-estimer l'impact fiscal ; en effet, la présence d'un salarié pour exercer une activité professionnelle peut générer un risque fiscal lié à la reconnaissance d'un établissement stable.

II. QUELLES MÉTHODES ADOPTER POUR PROPOSER UN CADRE EFFICIENT ?

LES ENTREPRISES DÉSIREUSES D'AT- TIRER ET RETENIR DES NOUVEAUX TALENTS EN LEUR SEIN PROPOSENT SOUVENT À LEURS FUTURS SALARIÉS LE TÉLÉTRAVAIL À L'INTERNATIONAL

A. Les solutions contractuelles et conventionnelles existent mais avec des limites

Chaque situation de télétravail ou « *Virtual assignment* » étant particulière, il convient faute de réglementation dédiée de résoudre ces cas par domaine du droit, puis de s'assurer de la cohérence des solutions, sachant qu'il est parfois difficile de « cocher toutes les cases ».

Les entreprises désireuses d'attirer et retenir des nouveaux talents en leur sein proposent souvent à leurs futurs salariés le télétravail à l'international.

Mais elles sont de plus en plus conscientes des risques juridico-fiscaux qu'elles encourent face aux contrôles¹⁷ et faute d'encadrement perçu comme fiable.

Certaines d'entre elles ont donc, avec leurs partenaires sociaux, utilisé leur accord transnational pour définir les lignes directrices d'un télétravail respectueux des conditions de travail partout où elles opèrent¹⁸.

Mais il est un domaine où le cadre contractuel est très présent avec

plusieurs questions en découlant, c'est celui de la protection sociale complémentaire. Alors même que le cadre « public » de la protection sociale, comme exposé précédemment, permet aux salariés concernés d'être couverts, force est de constater que bon nombre d'entreprises insèrent, au sein des « packages » de leurs salariés, des assurances au 1^{er} euro sur mesure. En effet, chaque entreprise a la faculté de contracter une assurance privée de son choix, et d'en déterminer le contenu, sous réserve de respecter les garanties obligatoirement applicables et le cadre juridique. Une telle « liberté contractuelle » a

toujours été affirmée avec force par la doctrine et la jurisprudence¹⁹.

Le contrat d'assurance est donc la « loi » que se sont fixée l'assureur et l'assuré, la police d'assurance étant la convention par laquelle l'assureur accepte de couvrir un risque que court l'assuré en contrepartie du versement d'une prime ou d'une cotisation par celui-ci, à charge pour lui d'indemniser le bénéficiaire en cas de survenance du sinistre.

« La réponse assurantielle aux besoins de protection sociale des expatriés français passe par une couverture globale, ce qui implique qu'elle doit inclure la santé et l'assistance, mais également la prévoyance, la responsabilité civile vie privée et, pourquoi pas, la retraite²⁰ » sans oublier la nécessité de s'adapter aux nouveaux modes de communication dématérialisés tel que la téléconsultation d'un médecin référent par exemple.

En toute logique, l'entreprise choisit en général de négocier une gamme de produits innovante et complète, avec la meilleure couverture d'assurance santé internationale, en conformité avec les besoins de ses salariés : portée illimitée géographiquement et/ou dans sa durée, le salarié pouvant être couvert où qu'il soit, même pour des déplacements ponctuels, et à tout moment. Les bases contractuelles deviennent alors les droits et devoirs mutuels des parties au contrat et sont régis par les Conditions générales de toutes les garanties, ainsi que les Conditions spéciales propres à chaque garantie.

Mais attention ! La modification des modes de travail (*work from anywhere* / télétravail international / nomadisme...) risque d'alerter l'assureur, qui pourrait refuser de prendre en charge certains risques dont voudrait se

protéger le potentiel client. En général - et traditionnellement - ce refus se justifiait par des fortes chances que le risque se réalise soit à cause de sa nature, de celle de la chose assurée, ou encore de la personne de l'assuré. Désormais, une relecture des clauses d'application géographique s'avère primordiale, les soins à rembourser dans certains pays pouvant être extrêmement onéreux.

Des clauses d'exclusions pourraient alors être négociées côté assureurs, face à ces nouveaux modes de travail, d'autant plus que la responsabilité de l'employeur peut être engagée²¹. En cas de manquements à son obligation de santé et de sécurité au travail, la responsabilité de l'employeur pourrait découler directement des contrats privés non renégociés avec les partenaires assureurs.

Les conditions générales des contrats en vigueur devraient être par conséquent relues avec



attention, d'autant que la modification des tarifs ou des conditions ne peut être entreprise qu'en conformité avec les dispositions de la loi du pays sous lequel il a été contracté et avec le respect des éventuelles modifications légales ultérieures de ladite loi.

En cas de nomadisme, ou de modification du lieu d'exécution du contrat de travail, « l'obligation de déclaration » assez fréquemment exigée dans les contrats d'assurance privées est censée mettre en valeur les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites aux assureurs dans le questionnaire de déclaration des risques. L'assuré doit déclarer ces circonstances nouvelles à l'assureur, le changement de pays en fait partie. Dans l'hypothèse où les circonstances nouvelles ne sont pas déclarées à l'assureur, ou alors le sont de manière inexacte, les sanctions prévues dans le contrat peuvent être opposées à l'assuré, notamment la nullité du contrat en cas de non-déclaration ou de fausse déclaration.

B. La nécessité de revoir le cadre européen : ANI, Directive et/ou règlement ?

Si durant la crise sanitaire, il a été possible d'interpréter les dispositions du règlement européen 883/2004 en concluant comme le faisait la Commission européenne que si le salarié n'était pas en mesure de travailler dans son état membre habituel et devait temporairement changer de domicile, cela ne devait pas en principe entraîner de changement de la législation applicable à sa couverture sociale (brochure de la Commission européenne du 30 mars 2020), il serait plus sécurisant de pouvoir apporter une réponse durable. Ce serait d'autant plus nécessaire qu'un télétravail permanent depuis une résidence basée à l'étranger peut aboutir à la réponse inverse.

En matière de droit du travail, un télétravail durable depuis une résidence basée à l'étranger aboutit à appliquer là aussi la loi du pays de résidence au moins pour les dispositions auxquelles il ne peut être dérogé par contrat, ce qui peut là aussi soulever des questions complexes.

On mesure bien la nécessité tant en matière de protection sociale que de droit du travail de disposer de règles stables et certaines.

C'est la raison pour laquelle un règlement européen qui permettrait de fixer ces règles serait souhaitable.

Ce règlement pourrait viser uniquement les situations de télétravail total ou très majoritaire, le cumul d'activités étant soumis à d'autres règles.

Directement applicable, il serait complémentaire des dispositions d'un nouvel accord collectif européen révisant celui de 2002 et d'une directive qui le transposerait. Il devrait donc être pris après concertation avec les partenaires sociaux européens.

Ce règlement pourrait opter pour l'application de la loi applicable à l'établissement qui a embauché le travailleur, c'est-à-dire celle applicable à la société pour laquelle le salarié effectue sa prestation de travail.

On peut aussi imaginer retenir les critères des « liens étroits » avec un pays.

En effet, en application de la convention de Rome, « même dans l'hypothèse où un travailleur accomplit le travail qui fait l'objet du contrat de travail de façon habituelle, pendant une longue période et sans interruption dans le même pays, le juge national peut écarter, en application du dernier membre de phrase de cette disposition, la loi du pays d'accomplissement habituel du travail lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances qu'il existe un lien plus étroit entre ledit contrat et un autre pays²² ».

Si cette solution peut trouver à droit constant la possibilité de s'appliquer en matière de droit du travail, elle est en revanche sans doute contraire au règlement européen 883/2004 applicable en matière de protection sociale. L'unicité du droit applicable dans les deux domaines pourrait donc plaider en faveur d'une réponse unique via un règlement européen dédié.

Il est possible de prévoir des garde-fous pour éviter que la prestation effectuée en télétravail même pour une société basée à l'étranger ne le soit en réalité principalement pour des clients qui seraient situés dans le pays de résidence du télétravailleur.

La complexité des règles actuelles n'a pas interdit l'adaptation des acteurs, mais le monde d'après Covid donnera une place forcément plus importante au télétravail à l'international et appellera donc une évolution des régulations vers plus de simplicité et d'efficacité. C'est dans cette perspective que nous devons nous inscrire. ■

1. « Toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication » Article L1222-9 du Code du travail.

2. INSEE <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6209490> Page consultée le 03/08/2022.

3. Ibid.

4. Déterminé au début d'une mission.

5. Déterminé au cours d'une mission pour raison sanitaire : retour au pays d'origine.

6. DARES. Les travailleurs détachés sont à 34 % dans l'industrie, 34 % dans la construction, 20 % dans les services et 9 % dans l'agriculture. Source <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/qui-sont-les-travailleurs-detaches-en-france>. Page consultée le 3/08/2022.

7. Rapport de la DGT, « Bilan du travail détaché en France 2019-2021 » DGT - rapport du 11/03/2022 p.16.

8. Ibid.

9. À l'exception de l'ANI européen de 2002.

10. Convention n° 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, la Recommandation n° 202 sur les socles de protection sociale, 2012, la Convention n° 118 sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, la Convention n° 157 sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982, la Convention n° 19 relative à l'égalité de traitement des travailleurs étrangers et nationaux en matière de réparation d'accidents du travail.

11. Accord-cadre du 16 juillet 2002 signé par UNICE, CES, UEAPME, CEEP.

12. Confédération européenne des syndicats, BusinessEurope, SMEUnited (PME) et SGI Europe (entreprises publiques).

13. Programme de travail 2022-2024 des partenaires sociaux du 28 juin 2022 (traduction libre).

14. Ce droit a fait l'objet de plusieurs demandes par les députés européens auprès de la Commission début 2021 et en juillet 2022.

15. Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

16. Règlement (CE) n° 593/2008 du Parlement européen et du Conseil du 17 juin 2008 sur la loi applicable aux obligations contractuelles.

17. La mise en place de l'Autorité européenne du travail va sans doute faciliter ces contrôles.

18. IndustriAll et Renault ont conclu le 29 avril 2021 un avenant à l'accord-cadre mondial du groupe Renault de 2019, précisant les conditions du travail à distance dans un monde du travail en pleine mutation.

19. Commentaire de l'arrêt de la Cour de cassation du 21 janvier 2021, n° 19-20.699, Dalloz actualités, Rodolphe Bigot et Amandine Cayol.

20. Pierre François, directeur général de Swiss Life prévoyance et santé, vice-président de la commission des assurances de personnes de la Fédération française de l'assurance (FFA) in *L'Argus de l'assurance*, septembre 2020.

21. La jurisprudence KARACHI de 2004 a introduit une obligation de santé et de sécurité sociale de la part de l'employeur. En effet, depuis le jugement rendu par le TASS, la mise en cause de la responsabilité pénale de l'employeur peut être engagée et considérée comme une faute inexcusable. Cette responsabilité a d'ailleurs donné lieu à une loi au sens de l'article L. 452-1 placé dans le Code de la Sécurité sociale.

22. CJUE, aff. 64/12, 12 septembre 2013, Anton Schlecker.

TRIBUNE

INTÉGRER LA SANTÉ MENTALE TOUT EN PASSANT D'UN SYSTÈME DE SOINS À UN SYSTÈME DE SANTÉ.

PAR QUENTIN GICQUEL
PRÉSIDENT D'IMHOTEP

PAR ANTOINE CASES
DIRECTEUR GÉNÉRAL D'IMHOTEP

Notre système de santé est centré sur les soins, l'hôpital et la médecine curative. Nous en sommes plus à une lutte « contre la maladie » que « pour la santé ». En parallèle de ce constat, certaines campagnes de prévention peuvent être déprimantes ou culpabilisantes. Ce cocktail peut conduire les citoyens à percevoir la santé négativement, ennuyeuse, voire effrayante. Il est

donc important de redessiner le visage de la santé en France et de réorienter la trajectoire de celle-ci, pour passer du tout curatif à un système plus préventif et basé sur la promotion.

La promotion de la santé est une démarche globale et positive. Elle cible autant les personnes atteintes de maladies que celles en « bonne santé ». L'objectif est d'autonomiser et de renforcer les connaissances, aptitudes et capacités des individus pour que chacun ait une meilleure maîtrise de ses propres déterminants de santé. Cela revient à ce que chacun puisse agir sur des facteurs définissables qui influencent l'état de sa santé, ou qui y sont associés.

La globalité de cette démarche nous pousse à nous pencher sur la définition de la santé de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Le bien-être physique étant jusqu'alors au cœur de notre système, il semble important d'élargir notre regard sur cette définition pour l'apprécier dans son intégralité. C'est en ce sens que la santé mentale constitue un sujet qui doit être abordé et qui l'est d'ailleurs de plus en plus. Cela s'est fortement senti au cours des dernières années avec une libération croissante de la parole, notamment sur les réseaux sociaux. De plus, des personnalités se sont exprimées publiquement. On note, par exemple, l'acteur Tom Holland ou des sportifs tels que la gymnaste médaillée d'or olympique, Simone Biles et plus récemment, le champion du monde de football Benjamin Pavard.

Pour ce qui est de l'état des lieux à l'échelle de notre nation, nous savons que, dès l'âge de 4 ans, les Français sont ceux qui ont le moins confiance en leurs propres capacités. Ce sont les plus anxieux et ceux qui présentent une des plus faibles capacités à coopérer entre eux, par rapport à tous les autres pays de l'OCDE.

En parallèle, le développement des compétences psychosociales (CPS) a connu en France une évolution lente et laborieuse. Ces compétences

permettent de renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives.

Nous sommes donc face à un sujet d'une importance capitale qui prend de l'ampleur dans le débat public et qui est de plus en plus relayé, médiatisé, politisé... Une question essentielle reste cependant à poser : Qu'entendons-nous par « santé mentale » ?

Si l'on s'intéresse de plus près à ce concept, nous pouvons nous rendre compte que, d'une part, il est encore souvent associé aux soins psychiatriques et aux pathologies. D'une autre, nous faisons face à l'émergence d'une santé mentale plus personnelle basée, quelquefois, sur le bien-être, quelquefois sur la réussite... Tout ceci est porté par des courants de développement personnel prônant un mode de vie extrêmement sain et contrôlé.

Bien entendu, ces 2 définitions sont des extrêmes qui ont pour vocation à mettre en avant la diversité dans les approches que nous pouvons faire de la santé mentale.

Il est intéressant d'avoir un regard plus nuancé et moins tranché pour pouvoir aider les citoyens dans leur globalité à faire face à leurs besoins. La santé mentale est donc, selon l'OMS, un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Cette définition prend en compte 3 dimensions :

- La santé mentale positive qui correspond au bien-être, à l'épanouissement ou aux capacités d'agir avec son environnement.



- La détresse psychologique réactionnelle. Elle est induite par des situations éprouvantes de la vie.

- Les troubles psychiatriques qui recouvrent un aspect pathologique.

Nous avons donc une définition de la santé mentale plus large. Cette dernière est présentée comme un ensemble et non sous un axe unique.

Pour développer une bonne santé en considérant cette notion de santé mentale, 2 conditions sont nécessaires :

Le développement de l'estime de soi au niveau individuel, c'est-à-dire l'importance et la valeur que l'on s'attribue.

Le sentiment d'appartenance à un groupe, ou à une société, au niveau collectif, soit le développement du sens de la communauté.

Ce sont deux éléments qui sont facilement accessibles et peu coûteux à mettre en place en termes de politique de prévention. S'ils sont réunis, ils peuvent permettre aux citoyens de prendre davantage soin d'eux-mêmes et des personnes qui les entourent. Le but est, ici, de permettre à chacun de se mesurer aux situations normales de la vie avec le stress qu'elles génèrent.

En revenant sur la globalité que nous propose la notion de promotion de santé, il est intéressant de voir le lien entre santé physique et mentale. Celui-ci est mis en avant par les sciences cognitives et les études interventionnelles en santé publique. En effet, il n'est pas possible d'observer un changement de comportement pour améliorer la santé physique sans un niveau suffisant de santé mentale et d'estime de soi au préalable. D'un autre côté, le bien-être mental est favorisé par le bien-être physique : l'activité physique est une intervention non médicamenteuse reconnue et recommandée pour améliorer l'humeur.

L'activité physique et la santé mentale sont donc étroitement liées l'une à l'autre.

Or, nous constatons que, depuis 50 ans, les jeunes de 9 à 16 ans ont perdu 25 % de leur capacité physique. 66 % des 11-17 ans présentent un risque sanitaire préoccupant avec plus de 2 heures d'écran et moins de 60 minutes d'activité physique par jour.

Au vu des problèmes soulevés et, forts de ce lien entre mental et physique, une opportunité semble être à saisir !

Nous arrivons dans une période particulière combinant le post-Covid, l'éco-anxiété, la guerre en Europe, etc. La libération de la parole (des citoyens ou des personnalités) autour de la santé mentale montre le besoin de faire face à ces défis.

La vitrine des JOJP2024 doit porter un nouveau message de promotion de la santé notamment en santé mentale.

Actuellement, la lutte contre la sédentarité est la cause principale retenue par le Comité d'organisation des jeux olympiques de Paris 2024. Dans la présente note, nous proposons d'inclure une notion bien plus puissante : celle de la « promotion de la confiance en soi ». Cet aspect de la santé mentale positive permet à chaque individu d'aller au-delà de la seule notion de lutte contre la sédentarité. Il vise à développer une motivation pour avoir envie de prendre soin de soi.

Nous proposons d'utiliser les Jeux olympiques et paralympiques de Paris comme l'un des vecteurs forts d'augmentation du bien-être, de la confiance en soi et de l'amélioration de la santé des citoyens dans son ensemble, mentale comme physique.

Notre vision est la suivante :

- Utiliser le pouvoir des Jeux pour inspirer le changement vers un nouveau paradigme : la promotion d'une santé positive, incluant de manière effective la santé mentale et la confiance en soi.
- Influencer nos partenaires et fournisseurs et créer des effets et changements larges, durables

LA VITRINE DES JOJP2024 DOIT PORTER UN NOUVEAU MESSAGE DE PROMOTION DE LA SANTÉ NOTAMMENT EN SANTÉ MENTALE



et de grande portée à l'égard de la santé mentale et de l'inclusion.

Les jeux de Paris peuvent tout changer de par leur influence mondiale ! À l'instar des Jeux de Londres 2012, qui ont permis de déstigmatiser les handicaps et de développer une société plus inclusive, nous voulons nous appuyer sur la puissance et la visibilité de ceux organisés dans notre capitale pour promouvoir la santé mentale. La France doit être à l'initiative de ce changement, afin que les organisateurs des Jeux de Los Angeles 2028 poursuivent cette dynamique.

Le moral des Français est en baisse et c'est à nous, professionnels de santé et professionnels intéressés par la santé, d'insuffler un vent nouveau qui prend en compte la santé dans sa globalité. Il faut bousculer le monde et inciter la société à tirer le meilleur d'elle-même. Pour ce faire, il faut s'appuyer sur des initiatives convaincantes, innovantes, axées sur la prévention et l'éducation autour de la santé.

Il est possible et primordial de transmettre à la population française les clés pour développer son estime de soi, dès le plus jeune âge.

Ensemble, nous voulons déployer une stratégie d'influence, basée sur la coopération et la co-construction citoyenne, autour d'un changement de culture en matière de santé mentale. Cette dernière promeut le développement de l'estime de soi et du mieux vivre ensemble. Cette stratégie s'appuierait sur une dynamique visant à positionner la France comme un leader de la promotion de la santé mentale reconnu à travers le monde entier. ■

https://www.huffingtonpost.fr/sport/article/benjamin-pavard-raconte-sa-lutte-contre-la-depression-pendant-le-covid-19_208208.html

<https://www.neonmag.fr/tom-holland-quitte-les-reseaux-sociaux-pour-preserver-sa-sante-mentale-559257.html>

https://www.liberation.fr/sports/jeux-olympiques/sante-mentale-des-sportifs-le-message-de-simone-biles-a-tokyo-resonne-aux-jo-de-pekin-20220215_DS3KBTYVE5CYDCVUUN7ZD24QY/

<https://www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2018-3-page-1.htm>

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/historique-des-competences-psychosociales-en-france>

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

<https://www.fedecardio.org/presse/les-enfants-ont-perdu-25-pour-100-de-leur-capacite-cardio-vasculaire/>

<https://www.anses.fr/fr/content/inactivite-physique-et-sedentarite-chez-les-jeunes-l-anses-alerte-les-pouvoirs-publics>

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>

https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2037_bouger_sante_mentale.pdf



MAGAZINES

Les données sociales au cœur d'une juste prestation ?
Juin 2022

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

Séjour de la Santé
Novembre 2020

Covid-19 : chronique d'une pandémie
Juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
Mars 2020

PLFSS sur fond de crises
Décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie
Octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale !
Mai 2019

Heur et malheur de l'assurance chômage
Février 2019

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

Quelques vérités sur le médicament !
Mai 2018

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

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

Le grand appareillage orthopédique
Novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires
Juillet 2017

Les mutuelles au cœur de notre avenir
Janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
Mai 2016

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

L'enjeu du vieillissement sur la population
Mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant
Janvier 2015

Démographie médicale
Avril 2013

LIVRES

Voyage dans l'Histoire de la Protection sociale
Janvier 2023

Refonder notre système de santé : 4 inspirations danoises
Mai 2022

Et si la protection sociale était au cœur 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 XXI^e siècle
Juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
Juin 2020

Nouveau monde, nouvelle protection sociale !
Mai 2017

La protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
Octobre 2015

Le Livre Blanc
Novembre 2012

CAHIERS

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

Territoires de santé : de nouvelles frontières
Juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
Février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
Décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
Avril 2017

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

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

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

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

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

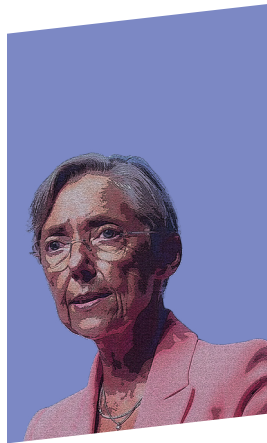
L'emploi : un défi européen
Janvier 2017

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

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

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





CRAPS
LE THINK TANK DE LA PROTECTION SOCIALE