

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N° 24 / JUIN 2023



12

**SOLUTIONS RADICALES
POUR DONNER UNE
DERNIÈRE CHANCE
À L'ÉGALITÉ DE
L'ACCÈS AUX SOINS
ET À NOTRE
COHÉSION SOCIALE...**

**PAR CHRISTOPHE
JACQUINET**

HOMMAGE



Ce numéro est dédié à la mémoire de René Brisard et de Bernard Euzet à qui le CRAPS doit tant !



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

Directeurs de publication
Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

Président du comité éditorial
Hervé Chapron

Conception et Réalisation
Fabien Brisard, Anais Fossier & Martin Lebrun

Relecture
Karen Platel & Pierre-Maxime Claude

Crédits Photo
Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock

Impression
Imprimerie Chirat



LES TRENTE PROMETTEUSES DITES-VOUS ?

- Les Trente Prometteuses, dites-vous ?
- Oui, le temps est venu des Trente Prometteuses. Comprenez, les temps changent, ils sont désormais fléchés...
- Les Trente Prometteuses ? Ah ben, ça alors... On me la copiera celle-là...
- Vous en doutez ? Réfléchissez un seul instant. Un seul instant, ce ne sera pas long, c'est une évidence, une évidence vous dis-je. Enfin, Monsieur, soyez sérieux, un tant soit peu sérieux, enfin !
- Sérieux, je n'ai jamais cessé de l'être, Moi !
- Ouais, c'est pas le sentiment qui m'envahit !
- Il n'est pas interdit de s'informer, c'est même le devoir du citoyen.
- Je ne cesse de le faire. Je ne vous ai pas attendu. Le matin, la presse écrite, tout au long de la journée les chaînes d'info, le soir le sacro-saint JT et même à mon âge Twitter ??? Alors, s'il vous plaît...
- Et vous doutez encore ? C'est pathologique...
- Oui, je doute Monsieur. Je doute... Les Trente Numériques sont là et je ne suis pas convaincu qu'elles laisseront un souvenir impérissable sous votre appellation tapageuse de Trente Prometteuses.
- Je ne comprends pas, toujours pas. Le nouveau monde, le monde d'après, ça vous dit rien ? Un nouvel État-providence, la réindustrialisation ? Rien, vraiment rien ? Le CNR et les conventions citoyennes... Et le plein-emploi grâce à France Travail ? Toujours rien alors, hein ? J'en oublie le plan d'économie budgétaire, une vraie cure de désintoxication à la dépense publique... Alors, Monsieur, reprenez-vous...
- Oh, vous savez, j'ai connu les Trente Glorieuses, puis les Trente Piteuses. J'ai connu le rationnement d'après-guerre et l'homme sur la lune, la quatre-chevaux et le tout-bagnole, le « on a tout essayé » et le « j'irai chercher la croissance avec les dents », « l'inversion de la courbe » et le « 93, c'est la Californie sans la mer », alors, Monsieur, j'envie votre jeunesse et je déplore « en même temps » que votre génération ne lise plus les anciens, Montaigne ou Descartes, car vous sauriez que « toute raison de croire est une raison de douter »...
- ...
- C'est ma tournée... Ah, la magie des mots ! Eux ont de l'avenir... À n'en pas douter !



L'IMAGE 6

LE CRAPS REÇOIT AGNÈS FIRMIN
LE BODO



LE FOCUS 8

« METTRE LE NUMÉRIQUE AU
SERVICE DE LA SANTÉ »



DOSSIER 10

12 SOLUTIONS RADICALES POUR DONNER UNE
DERNIÈRE CHANCE À L'ÉGALITÉ DE L'ACCÈS AUX
SOINS ET À NOTRE COHÉSION SOCIALE...



DOSSIER 96

CONSOLIDER NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ PAR L'APPROCHE
POPULATIONNELLE ?



TRIBUNE 103

SOLIDARITÉ À LA SOURCE
DÉCRYPTAGE



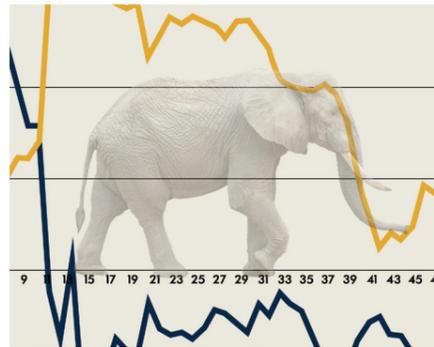
ITW 106

PATRICK BROTHIER, PRÉSIDENT
D'AÉSIO - PASCAL RICHARD,
PRÉSIDENT D'AÉMA



TRIBUNE 115

KEYNES, CHAT GPT : PASSER DE LA
PROTECTION SOCIALE À LA PROTECTION
DU LIEN SOCIAL



DOSSIER 60

DÉMOGRAPHIE DES RETRAITES : LA PYRAMIDE,
LE KEBAB ET L'ÉLÉPHANT



TRIBUNE 67

INVESTIR DANS LES ÉTUDIANTS
EN SANTÉ POUR UN AVENIR
PROMETTEUR



DOSSIER 72

SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS : LA
SOLIDARITÉ À L'ÉPREUVE DE LA
LIBERTÉ INDIVIDUELLE



TRIBUNE 120

LA BIOLOGIE MÉDICALE : SCIENCE
D'AVENIR OU SPÉCIALITÉ EN VOIE
DE DISPARITION ?



TRIBUNE 123

LA QUALITÉ DES SOINS EN FRANCE
EST-ELLE COMPARABLE AUX AUTRES
PAYS EUROPÉENS ?



TRIBUNE 128

VERS UNE UNIVERSALITÉ DES
DROITS DES TRAVAILLEURS DES
PLATEFORMES NUMÉRIQUES,
INDÉPENDANTS OU SALARIÉS ?



TRIBUNE 133

COMMENT LE TRAVAIL MÉDICAL EST-IL
PRIS EN COMPTE DANS LA CCAM ?
(CLASSIFICATION COMMUNE DES
ACTES MÉDICAUX) ?



TRIBUNE 80

LE PARADOXE DU SYSTÈME DE SANTÉ
AMÉRICAIN



TRIBUNE 84

RETOUR DE VOYAGE D'ÉTUDES
À SAN FRANCISCO



TRIBUNE 87

« L'EAU C'EST LA VIE,
PROTÉGEONS L'EAU ET NOUS
PROTÉGERONS LA VIE »



ITW 92

SÉBASTIEN GUÉRARD, PRÉSIDENT
DES LIBÉRAUX DE SANTÉ ET DE
LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES
MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES
RÉÉDUCATEURS



TRIBUNE 135

RETROUVER UN RÉEL IMPACT
EN SANTÉ, LES CONCEPTS ONE
HEALTH ET LA SANTÉ DANS
TOUTES LES POLITIQUES



TRIBUNE 138

POUR RÉUSSIR LES 100 JOURS, LE
DIALOGUE SOCIAL DOIT RETROUVER
TOUTE SA PLACE



TRIBUNE 141

AMÉLIORER LA PRÉVOYANCE DES
ACTIFS, UN IMPÉRATIF SOCIAL



TRIBUNE 144

DÉPENSES SOCIALES : SORTIR DU
« TOUJOURS PLUS » ?



La ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Agnès Firmin Le Bodo, au cours d'un dîner-débat du CRAPS animé par Jean-Paul Ségade sur le thème "Fin de vie, de l'intime au débat sociétal". Débat auquel ont également participé le Dr Rachel Bocher, Présidente de l'INPH, Mme Giovanna Marsico, Directrice du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, le Dr Jean Leonetti, Maire d'Antibes et Ancien Ministre et M. Claude Evin, Avocat et Ancien Ministre.

FOCUS

FOCUS: " METTRE LE NUMÉRIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ "



Le 17 mai dernier, la feuille de route du numérique en santé 2023-2027, « Mettre le numérique au service de la santé » a été lancée. Si la première feuille de route a permis de rattraper notre retard sur l'e-santé et d'impulser une dynamique ambitieuse, nous devons désormais réussir la révolution de la « systématisation et de la démocratisation des usages du numérique en santé » explique François Braun, ministre de la santé et de la prévention, appelant à continuer de « construire, ensemble, le cadre d'une santé numérique toujours plus universelle, inclusive et innovante ». La feuille de route explicite ainsi trois « valeurs cardinales stables » que sont l'éthique, la souveraineté et la durabilité. Pour ce qui concerne l'éthique, l'inclusion et la solidarité sont mises en exergue « pour ne laisser personne de côté », expliquent Hela Ghariani et Raphaël Beaufret, co-responsables du numérique en santé. Enfin, le ministre de la santé entend dessiner une « troisième voie » européenne entre les Etats-Unis et la Chine, à même de susciter la confiance, qui est « essentielle au développement des usages numériques et à l'amélioration de notre santé ». Une voie « au service de nos valeurs et de notre éthique ».



" LA PHASE QUI S'OUVRE S'ANNONCE CRUCIALE "

« La publication de la feuille de route du numérique de santé 2023-2027 représente une nouvelle étape importante dans l'accélération de la transformation digitale de notre système de santé. Ce changement majeur est effectivement à l'œuvre avec l'édification de standards d'interopérabilité, la diffusion de la télémédecine et la mise au point de Mon Espace Santé. La phase qui s'ouvre s'annonce cruciale pour réussir une partie souvent manquante dans le domaine du numérique en santé : l'accompagnement à la conduite du changement. En outre, le fait majeur de l'accélération de la diffusion de l'IA en santé doit être davantage pris en compte comme vecteur d'aide à l'accès aux soins mais aussi dans sa dimension de régulation avec le chantier majeur de la préparation des acteurs de santé à l'AI Act européen à engager sans tarder. »

DAVID GRUSON,
DIRECTEUR SANTÉ DE LUMINESS
ET FONDATEUR D'ETHIK-IA

LES 4 AXES DE LA FEUILLE DE ROUTE !



AXE 1.

DÉVELOPPER LA PRÉVENTION ET RENDRE CHACUN ACTEUR DE SA SANTÉ (5 priorités ; 20 objectifs) :

Utiliser Mon espace santé au quotidien pour gérer sa santé ; Développer une prévention personnalisée ; Rendre chacun acteur de sa santé et maître de ses données ; Accompagner tous les citoyens pour qu'ils s'approprient la santé numérique, en particulier les plus fragiles et les plus vulnérable ; Faire bénéficier à tous des innovations en santé numérique.



AXE 2.

REDONNER DU TEMPS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES GRÂCE AU NUMÉRIQUE (5 priorités, 16 objectifs) :

Permettre aux professionnels d'accéder à l'historique de santé des patients qu'ils prennent en charge ; Améliorer l'intégration et l'ergonomie des services socles dans les outils que les professionnels de santé utilisent au quotidien ; Déployer le bouquet de services aux professionnels, l'ordonnance numérique et des moyens d'identification sécurisés pour les professionnels de santé ; Simplifier l'outillage de la coordination locale des parcours de santé ; Renforcer la formation et l'accompagnement au numérique des professionnels de santé, du médico-social et du social.



AXE 3.

AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ POUR LES PERSONNES ET LES PROFESSIONNELS QUI LES ORIENTENT (4 priorités, 11 objectifs) :

Renforcer l'information des patients et des professionnels sur la santé et l'offre de santé dans les territoires ; Développer l'usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique ; Promouvoir et articuler entre elles les plateformes numériques de régulation médicale et de prise en charge urgente ; Diffuser largement l'appli carte Vitale et l'identité Nationale de Santé (INS).



AXE 4.

DÉPLOYER UN CADRE PROPICE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES USAGES ET DE L'INNOVATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ (4 priorités, 18 objectifs) :

Renforcer massivement la cyber dans les établissements, notre souveraineté sur l'hébergement et notre résilience face aux futures crises sanitaires ; Systématiser la co-construction de référentiels d'exigences, secteur par secteur, en sécurisant la conformité des solutions utilisées par les acteurs de santé ; Attirer des talents du numérique vers la santé ; Développer la recherche en santé numérique et en particulier l'utilisation secondaire des données de santé.

**PAR
CHRISTOPHE
JACQUINET**

FONDATEUR DE SANTÉLIANCE CONSEIL,
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL DES AGENCES RÉGIONALES
DE SANTÉ PICARDIE ET RHÔNE-ALPES,
MEMBRE DU THINK TANK CRAPS
CO-FONDATEUR DE LA FABRIQUE DE LA SANTÉ

12

**SOLUTIONS RADICALES
POUR DONNER UNE
DERNIÈRE CHANCE
À L'ÉGALITÉ DE
L'ACCÈS AUX SOINS
ET À NOTRE
COHÉSION SOCIALE...**

Il y a tout juste dix ans, en juin 2013, je décidais de quitter la direction générale de l'Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes. Les inégalités d'accès aux soins se développaient, je pensais qu'il fallait faire beaucoup plus pour préserver la force de notre modèle d'accès aux soins, mais cela ne semblait pas être une priorité politique. Dix ans plus tard, je crois plus que jamais qu'il est urgent d'agir différemment pour agir en profondeur.

La santé est un monde qui me passionne : s'y retrouvent la souffrance physique et psychique, l'engagement et l'empathie des professionnels, la solidarité individuelle et collective, le progrès scientifique et technique, la politique, l'économie et les questions éthiques. Les débats y sont souvent vifs et les propositions que je présente ici en susciteront certainement !

Parmi ces différents domaines du monde de la santé, je me suis intéressé assez tôt lors de mes études de médecine au fonctionnement du système de santé. Au cours de mon externat, je me suis dit que prendre soin des malades nécessite aussi de prendre soin du système de soins et de ses professionnels.

Médecin gestionnaire ? À l'époque, cela apparaissait comme une drôle d'idée ! Les deux mondes de la médecine et des sciences dures d'un côté et de la gestion et des sciences humaines de l'autre étaient plus cloisonnés qu'aujourd'hui. À l'exemple de Sciences Po

Paris qui autorisait les diplômés en maîtrise de droit à se présenter au concours de 2^e année, mais qui ne s'était jamais demandé à partir de quelle année de médecine cela était possible ! Après un poste de faisant fonction d'interne en chirurgie en 6^e année, j'ai obtenu cette autorisation et j'ai donc choisi cette voie.

Depuis, je n'ai jamais opposé la médecine à la gestion, ni la gestion privée à la gestion publique : ce qui compte avant tout, selon moi, c'est la meilleure façon de soigner un malade. Mais j'ai constaté dès le début de ma carrière que les conditions de prise en charge des malades étaient très différentes dans le secteur public et le secteur privé. Je pense toujours que si on veut faire progresser le monde de la santé, il faut additionner le meilleur des deux.

Ainsi, après seize années comme dirigeant de cliniques et d'hôpitaux privés dans un groupe, puis à la tête d'une fondation médico-sociale non lucrative, j'ai souhaité en 2009 travailler pour le secteur public en rejoignant le ministère de la Santé.

À la fin de ces années 2000, le monde de la santé était en effet à un tournant : de nombreux acteurs commençaient à prendre conscience que les deux atouts de notre système de santé, la solidarité dans l'accès aux soins médicaux et l'excellence de leur réalisation, vacillaient.

J'avais alors une conviction forte et celle-ci n'a pas changé : l'amélioration de la performance

RÉSUMÉ DES 12 PROPOSITIONS DE DÉCISIONS RADICALES

OPTIMISER D'AVANTAGE L'ACCÈS AUX SOINS

1. PERFORMANCE DU SECTEUR HOSPITALIER PUBLIC ET PRIVÉ :

Passer de l'actuel renouvellement d'autorisations accordées à des établissements hospitaliers à missions différentes à des concessions d'activité d'intérêts collectifs disposant des mêmes obligations en termes de soins pour tous les établissements hospitaliers attributaires (publics et privés).

2. ÉGALITÉ DE REVENU POUR TOUS LES MÉDECINS HOSPITALIERS :

Harmoniser les rémunérations nettes de charges entre médecins publics et privés, à temps de travail et coût local de la vie équivalents, afin que les hôpitaux publics puissent continuer d'exercer des activités non réalisées par les hôpitaux privés ou concurrentes des hôpitaux privés.

3. PROTECTION DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS DES GROUPES FINANCIERS DE L'OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE :

Donner à l'État le pouvoir de contrôle et d'opposition aux cessions de titres des groupes à capitaux privés de ces deux secteurs afin de protéger les professionnels et les usagers des groupes privés de ces deux secteurs.

4. NOUVEAU DISPOSITIF DE MÉDECIN TRAITANT :

Assouplir radicalement le dispositif du médecin traitant (le plus souvent un médecin généraliste ou un pédiatre), non pour remettre en cause le rôle de coordination du parcours de soins de celui-ci, mais au contraire pour l'alléger, au moment où la charge de son activité devient critique.

RESPONSABILISER D'AVANTAGE LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SOINS

5. FRANCE ASSURANCE SANTÉ :

Déléguer tous les pouvoirs de décisions relatifs à l'organisation des soins (dans les secteurs sanitaire et médico-social) à l'Assurance maladie publique, à partir d'un cadrage stratégique de santé publique sous la responsabilité de l'État.

6. FRANCE HÔPITAL :

Accorder davantage d'autonomie et de pouvoir aux dirigeants administratifs et médicaux des hôpitaux publics en créant un groupe hospitalier public national piloté à l'échelon local par les CHRU et disposant d'une autonomie de contractualisation avec les Régions.

7. PLATEFORMES TERRITORIALES DES PARCOURS CHRONIQUES PRIORITAIRES :

Déléguer à des fédérations territoriales de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) le pouvoir et les financements de la totalité des acteurs de soins ambulatoires et hospitaliers intervenant sur la prise en charge de pathologies chroniques prioritaires en termes de santé publique.

MIEUX CONSIDÉRER LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SOINS

8. GRANDE CAUSE NATIONALE EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS, MÉDICAUX DE PREMIER ET SECOND RECOURS :

Avec une mesure phare : transformer la liberté totale d'installation des médecins libéraux en une régulation de leur installation négociée selon les besoins prioritaires des territoires.

9. NOUVELLE TARIFICATION À L'ACTIVITÉ POUR LES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES DE COURT SÉJOUR :

Commencer par corriger les distorsions entre l'échelle des tarifs de ces séjours et l'échelle de leurs coûts afin de mettre fin aux différences non éthiques de marges financières réalisées entre ces différents séjours.

10. MALUS SOLIDARITÉ SOINS :

Imposer des pénalités financières aux assurés sociaux dans les cas de comportements non solidaires vis-à-vis de professionnels de santé, par exemple des absences répétées aux rendez-vous médicaux.

11. RÉMUNÉRATION DES ACTES MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

Les revaloriser de façon significative, sans conditions.

12. SUJÉTIONS DES MÉDECINS PUBLICS :

Revaloriser d'au moins 50 % la rémunération de leurs sujétions médicales de week-end, jours fériés, astreintes et gardes afin de pouvoir recruter davantage de médecins titulaires.

de l'ensemble de l'offre de soins est la meilleure façon de lutter contre cette double dégradation. Pas la performance comme un but en soi, mais bien comme la solution pour que notre pays puisse continuer de se payer la solidarité et l'excellence de ses soins, notre bien commun. Comme bien d'autres, je pensais que ce gain de performance pouvait être obtenu par une meilleure organisation des hôpitaux publics et par celle des parcours de soins des patients.

Sur ces deux sujets, la nouvelle majorité politique élue en 2007 venait de prendre des positions fortes. Lors de son premier déplacement dans un hôpital public en octobre 2007, le nouveau président de la République avait proposé une vaste réforme de la santé « autour d'un double objectif de qualité des soins et d'optimisation des moyens ». Cette réforme s'est traduite en juillet 2009 dans la loi de santé « hôpital, patients, santé, territoires » (loi HPST) qui a aussi créé les Agences régionales de santé (ARS).

Pour toutes ces raisons, j'ai donc candidaté au poste de directeur général pour ces nouvelles ARS et

le gouvernement m'a nommé à la tête de celle de Picardie. Des vingt-six premiers directeurs généraux de ces agences, futurs compagnons de route particulièrement unis dans leur engagement, j'étais le seul à n'avoir jamais



travaillé ni pour l'État, ni pour la Sécurité sociale. Un défi, tant pour moi que pour mon employeur et pour mes proches collaborateurs ! J'ai beaucoup appris, nous avons apprivoisé nos différences de visions et de fonctionnement et cela a fonctionné. Un peu plus de deux ans plus tard, j'ai été nommé à la tête de la deuxième ARS de France, en Rhône-Alpes, et j'y suis resté jusqu'en février 2014.

Depuis dix ans, la maladie et les coups de la vie m'ont amené à rencontrer plus personnellement des professionnels de santé, en privé comme en public. Dans ces situations, ma famille et moi avons eu la chance de bénéficier de l'excellence médicale française et de l'attention de professionnels toujours disponibles.

Lors de cette période, une autre raison m'a fait prendre davantage conscience de cette chance : je me suis fréquemment déplacé pour mon activité professionnelle dans plusieurs pays d'Afrique.

La grande faiblesse de leur système de soins m'a conduit à chacun de mes retours en France à me dire que j'avais beaucoup de chance d'y être né ! Mais, pendant ces dix ans, j'ai aussi vu de plus près l'autre face de notre système de soins, en accompagnant des directeurs, des présidents de commissions médicales et des médecins d'hôpitaux publics. Leur incompréhension

profonde et communicative face à la dégradation de leurs conditions d'exercice, ainsi que les nombreux témoignages sur la difficulté d'accéder « comme avant » à des soins primaires, secondaires ou spécialisés à l'hôpital, ont été un choc ! Face aux situations dont j'ai été témoin en sortie de crise Covid – par exemple, un chirurgien en larmes de ne pouvoir opérer plusieurs patients atteints de tumeurs graves faute de médecins anesthésistes en nombre suffisant, par exemple plus d'une centaine de patients âgés en attente d'une opération de leur fracture du col du fémur au-delà du délai sans perte de chance – notre pays m'est alors apparu divisé entre ceux qui sont privilégiés en termes d'accès aux soins et ceux qui ne le sont plus.

Comme de nombreux professionnels de ma génération, j'ai donc évolué avec le système de soins de notre pays : bardé des certitudes et de la confiance propres à la jeunesse, j'ai ensuite été confronté aux réalités pas si simples et j'y ai

appris l'humilité. Face au désarroi réel de ces professionnels, s'il m'arrive de douter de ce que j'ai fait, le goût de la vie et la reconnaissance pour ce que m'a apporté mon pays me poussent à me questionner sur la meilleure façon de préserver ce qui fait la valeur de notre système de soins. Avec cette interrogation : comment faire concrètement pour que la chance que nous avons, ma famille et

**COMME DE NOMBREUX
PROFESSIONNELS DE
MA GÉNÉRATION, J'AI
DONC ÉVOLUÉ AVEC LE
SYSTÈME DE SOINS DE
NOTRE PAYS : BARDÉ
DES CERTITUDES ET DE
LA CONFIANCE PROPRES
À LA JEUNESSE,
J'AI ENSUITE ÉTÉ
CONFRONTÉ AUX
RÉALITÉS PAS SI
SIMPLES ET J'Y AI
APPRIS L'HUMILITÉ**

moi, d'accéder facilement à des soins de qualité, soit la même pour tous les Français ?

1. POLITIQUE DE SOINS ET POLITIQUE ÉLECTORALE, UN COUPLE TOUJOURS EN TENSION !

Entre 2009 et 2012, la politique de soins du gouvernement et de sa ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, reposait sur 4 objectifs : 1) La rationalisation de l'offre de soins hospitalière ; 2) La convergence des tarifs entre les hôpitaux publics et privés avec quatre années successives de baisses des tarifs des hôpitaux publics ; 3) L'incitation à une offre de soins de premier recours davantage coordonnée ; 4) La plus forte participation financière directe des assurés sociaux à l'augmentation de la dépense de soins.

Pour mener à bien les deux objectifs relatifs à l'organisation de l'offre hospitalière et de l'offre de premier recours, le gouvernement avait décidé de donner le plus d'autonomie possible à ses nouvelles Agences régionales de santé. Il attendait de leurs directeurs généraux qu'ils agissent selon les spécificités des territoires de leur région, en lien avec les élus locaux et les représentants des acteurs de santé. Ce qu'on commençait à appeler « la démocratie sanitaire ».

À partir de juin 2012, cette politique de soins a connu un virage complet avec l'arrivée d'une nouvelle majorité politique. Mais pas le virage attendu par ses électeurs !

La nouvelle majorité élue en 2012 a commencé par décider de ne plus augmenter les restes à charge pour les ménages. Cette affirmation du principe de la solidarité nationale dans l'accès aux soins était un geste politique d'autant plus fort qu'elle voulait aussi continuer de réduire le déficit de l'Assurance maladie. Cela avait un prix : puisque les paiements directs des patients n'augmenteraient plus, il fallait augmenter les cotisations à l'Assurance maladie et/ou trouver davantage d'économies au sein du système de soins.

Les électeurs de cette nouvelle majorité attendaient eux que soit mis fin à ce qu'ils considéraient comme un rationnement des soins engagé par la loi HPST. Ils furent déçus : le gouvernement a retenu la seconde solution, la



plus difficile. C'est alors que le grand paradoxe en matière de régulation publique des soins a commencé.

Le sujet le plus épineux a porté sur la politique hospitalière.

Si, dès 2013, la nouvelle majorité a mis fin à la convergence des tarifs entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, elle a continuellement baissé les tarifs de ces deux secteurs et quasiment abandonné la rationalisation de l'offre hospitalière publique et privée. Ce que nous payons lourdement aujourd'hui.

En effet, ces baisses annuelles des tarifs des hôpitaux publics et privés entre 2013 et 2018 ne résultaient pas d'une diminution des coûts de ces deux secteurs, bien au contraire. Elles étaient la simple application du mécanisme de régulation prix-volume consistant à moduler le niveau des tarifs pour l'année à venir en fonction du niveau d'activité anticipé. L'objectif était d'ajuster la dépense hospitalière publique et privée à l'enveloppe allouée aux hôpitaux, l'Ondam hospitalier. Ainsi, sa progression a atteint son point historiquement le plus bas en 2016.

Ces baisses annuelles de tarifs ont eu pour effet d'obliger les hôpitaux publics et privés à améliorer leur gestion interne. Mais sans allègement des contraintes de fonctionnement interne spécifiques aux hôpitaux publics et sans économies en termes d'offres dans ce secteur (ce que j'appelais alors des « leviers externes d'économies » par rapport aux leviers internes aux hôpitaux, mobilisés à la suite des baisses des tarifs), ces baisses de tarifs annuelles devenaient très risquées, en particulier pour les hôpitaux publics.

Lorsque j'étais à la tête de l'ARS Rhône-Alpes, les collaborateurs de l'agence et moi avons donc la conviction que notre action au niveau régional devait contribuer à éviter que la seule source d'économies dans ce secteur soit la baisse annuelle de ses tarifs pénalisant indifféremment les bons comme les moins bons hôpitaux.

Pour cela, les régulateurs nationaux (État et Assurance maladie) et les ARS disposaient de trois

leviers alternatifs, ces leviers externes sur lesquels les directions d'hôpitaux n'avaient pas la main : 1) L'autonomie des hôpitaux publics vis-à-vis des enjeux électoraux locaux ; 2) La suppression des séjours hospitaliers non pertinents et des offres publiques et privées inutilement redondantes ; 3) La concentration de certaines activités très

spécialisées sur les plateaux techniques les plus coûteux, à la condition de ne pas modifier la qualité de l'accès à ces activités.

Ces leviers à la main des régulateurs nationaux et régionaux n'avaient pas seulement un intérêt en termes d'économies. Ils devaient, selon nous, permettre aussi d'engager des nouvelles organisations à la fois plus efficaces et plus sécuritaires pour les offres hospitalières publiques et privées concernées.

Si tout n'a pas été parfait dans mon action à la tête de l'ARS, nous avons tout fait pour mettre en œuvre dans le secteur hospitalier de la région ces trois types de leviers externes.

Mais les opérations de fermetures ou de regroupements d'activités hospitalières ne sont jamais faciles : elles touchent toujours les intérêts des professionnels en poste, souvent des intérêts financiers et bien souvent des intérêts électoraux. Ainsi, malgré le soutien constant et précieux de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) de la région Rhône-Alpes, nous avons été confrontés à l'opposition assez forte de plusieurs grands élus de la majorité à ces restructurations. Y compris quand il s'agissait de fermer des activités très spécialisées réalisées par le secteur privé lucratif !

Les oppositions politiques locales de ce type ne peuvent être régulées que par un pouvoir politique central fort, au moyen d'un soutien politique manifeste et d'un accompagnement financier conséquent à ces réorganisations.

Mais à partir de juin 2012, les conditions n'étaient pas réunies pour cela : la majorité politique précédente avait perdu toutes les élections

locales, même le Sénat ; le nouveau pouvoir exécutif issu des élections de 2012 s'est donc retrouvé en situation de plus grande faiblesse vis-à-vis de nombreux élus locaux de son camp à qui il devait le succès aux élections présidentielles et législatives. Par ailleurs, les dissensions sur les questions sociales au sein de la nouvelle majorité ont accentué sa faiblesse. Cette situation l'a empêché de mener cette politique alternative vis-à-vis du secteur hospitalier, la plus difficile.

Ainsi, la nouvelle majorité de 2012 a préféré la baisse annuelle des tarifs de la totalité des hôpitaux, avec ses effets immédiats sur l'équilibre des comptes de l'Assurance maladie, aux autres leviers de réorganisation de l'offre hospitalière publique et privée. Leurs désavantages électoraux sont eux immédiats et leurs bénéfices économiques beaucoup plus lointains !

Les inquiétudes des directeurs généraux d'ARS relatifs aux effets de cette politique hospitalière ont été confirmées par la suite. L'accumulation des coups de rabot précédents sur le financement des hôpitaux publics est devenue critique à partir de 2019/2020 : le gouvernement Philippe a alors été obligé de réinjecter une dizaine de milliards d'euros dans leur financement (« Ségur de la santé »). Toutes les économies factices obtenues dans ces hôpitaux par ces baisses de tarifs – factices car transférées en grande partie dans l'accroissement de leur déficit et la réduction de leurs investissements –, ont été effacées d'un seul coup !

Deuxième pilier de la politique relative aux soins à partir de juin 2012 : l'accès à la médecine de premier recours.

**« IL Y EN A
PARTOUT DES
DÉSERTS
MÉDICAUX »**

Que s'est-il passé depuis dix ans ?

Beaucoup a été fait par les gouvernements successifs : dix lois de financement de la Sécurité sociale, le Pacte de confiance avec l'Hôpital, le Pacte territoire santé, deux lois de santé, le plan Ma santé 2022, le Ségur de la santé, etc.

Malgré tout cela, l'institut Elabe a dévoilé en janvier dernier une étude pour *Le Figaro* dans laquelle un Français sur deux déclare avoir un accès compliqué, long ou partiel aux services de soins. « Un chiffre en forte hausse sur un an », selon cette étude. « En octobre 2021, il n'y avait "que" 32 % des personnes interrogées à déclarer la même chose. Pire, 12 % de ces personnes pointent aujourd'hui n'avoir aucun accès aux services de soins. À l'inverse, "seuls" 31 % des personnes interrogées (-19 points) déclarent

La politique menée par la nouvelle majorité de 2012 dans ce domaine poursuivait celle de la majorité précédente. L'objectif était d'anticiper la baisse à venir du nombre de médecins généralistes et la baisse de l'attractivité de nombreux territoires éloignés des grandes villes vis-à-vis des nouveaux diplômés.

Pour cela, les ARS devaient soutenir des innovations organisationnelles, par exemple les nouvelles maisons et centres de santé pluriprofessionnels sur l'ensemble des territoires. En Rhône-Alpes, l'ARS a aussi développé un soutien important spécifique à certains de ses territoires, par exemple un réseau de médecins généralistes correspondants du Samu ou la création de centres et maisons de santé avec des petits plateaux techniques pour les territoires les plus isolés.

Mais toutes ces actions nécessitaient des financements plus importants pour ce secteur. Or, avec un budget de l'Assurance maladie (l'Ondam) particulièrement contraint comme on l'a vu, ces financements supplémentaires pour la médecine de premier et de second recours ne pouvaient venir que d'un transfert des économies réalisées par la rationalisation de l'offre hospitalière publique et privée et des économies réalisées sur les médicaments.

La réussite de la politique en termes d'accès aux soins ambulatoires dépendait donc en grande partie de la réussite de la politique d'économies hospitalières à l'échelle de l'ensemble du pays. Car seuls les régulateurs nationaux avaient le pouvoir de décider des transferts financiers en faveur de l'accès aux soins de premier et second recours : le niveau national de l'État maîtrise 98 % des dépenses publiques de santé – les ARS n'ayant à leur main qu'environ 2 % de ces dépenses – et l'Assurance maladie maîtrise les conventions avec les professionnels de santé.

Plus facile à formuler qu'à réaliser, cette politique que je défendais à l'égard du secteur hospitalier public et privé, dans son intérêt comme dans l'intérêt du secteur ambulatoire, était donc un défi à l'ordre établi ! Dans un système aussi complexe que celui des soins, gérer différemment pour anticiper sur le long terme, c'est en effet forcément toucher à l'ordre établi. Ce qui paye rarement dans les urnes sur le court terme !

Si j'avais bien conscience de cette difficulté de nature politique lors de ces cinq années à la tête de ces deux ARS, je voulais rester fidèle à la mission qui m'avait été donnée après ma nomination. Je tentais donc d'agir sur le système, à mon niveau de responsabilité, et pas seulement de l'administrer.

**DANS UN SYSTÈME
AUSSI COMPLEXE QUE
CELUI DES SOINS,
GÉRER DIFFÉREMMENT
POUR ANTICIPER SUR
LE LONG TERME, C'EST
EN EFFET FORCÉMENT
TOUCHER À L'ORDRE
ÉTABLI. CE QUI PAYE
RAREMENT DANS LES
URNES SUR LE COURT
TERME !**

Après avoir quitté mes fonctions en février 2014, j'ai partagé dans une interview mon inquiétude pour l'avenir proche du système de soins et ce qui me semblait la clé de ses difficultés : « Ce dont souffre fondamentalement le système de santé actuel et ce qui cause des difficultés aux professionnels de santé et aux hôpitaux publics en particulier, ce ne sont pas tellement les problématiques économiques ou la prise en charge des maladies chroniques, même s'il s'agit d'enjeux essentiels. C'est d'abord la souffrance d'un manque chronique de décisions efficaces et sincères de la part des autorités de tutelles et de régulation. Tous les professionnels le disent. Nous sommes dans un système de santé qui est compliqué, avec une gouvernance hyperatomisée, c'est-à-dire beaucoup de personnes qui décident et interviennent : l'État, l'Assurance maladie, des élus, le cabinet des différents ministres, les fédérations hospitalières... Tout cela est très bien, c'est démocratique. Mais le système a néanmoins besoin d'autorité, pas au sens d'autoritarisme, mais au sens de prises de décisions. [...] Sans ces décisions qu'il faut prendre, l'offre hospitalière publique en général va se trouver en très grande difficulté dans les années à venir. »

**2. L'ABANDON DE
NOMBREUX TERRITOIRES
POUR L'ACCÈS AUX
SOINS**



avoir un accès facile et rapide à tout ce dont ils ont besoin. »

Cette difficulté tient en grande partie à la déstabilisation de l'offre de soins hospitalière et de premier recours.

Dans les hôpitaux publics, près de 30 % des postes de médecins hospitaliers titulaires sont vacants, soit environ 15 000 postes.

L'intérim médical, dont on parle beaucoup depuis le début de cette année, est le symptôme le plus

apparent de cette situation : grâce à ces médecins intérimaires et aux nombreux médecins à diplômes étrangers, de nombreux services hospitaliers publics continuent de fonctionner. Sans eux, ce serait près de 30 % de tous ces services qui fermentaient.

Le nombre de postes vacants d'infirmières et d'infirmiers est à peu près le même que celui des médecins.

Cette situation de pénurie permanente a accéléré le cercle vicieux auquel tous les hôpitaux sont confrontés : plus il y a de postes vacants, plus les conditions de travail sont instables, plus les médecins et soignants quittent les hôpitaux.

Mais les services d'urgences des hôpitaux publics, en crise permanente depuis 2020, sont aussi plus sollicités parce que l'accès à la médecine de premier recours et de second recours va mal.

C'est l'autre volet de la difficulté d'accès aux soins. Il y a 10 ans, les responsables politiques, ministres et directeurs généraux d'ARS n'avaient pas le droit de parler de « déserts médicaux ». Aujourd'hui, cette expression est passée dans le débat public et même le ministre de la Santé et de la Prévention a déclaré le 3 mai dernier sur France Inter : « Il y

en a partout des déserts médicaux ! » Cela traduit un énorme changement !

Mais cette affirmation du ministre pourrait faire croire que les Français sont tous égaux devant ces déserts médicaux. C'est le contraire !

Certains territoires sont de plus en plus déserts par rapport à d'autres. Certaines catégories de la population au sein d'un même territoire ressentent de plus en plus le désert médical par rapport à d'autres.

C'est le principal défi pour la cohésion sociale auquel notre pays est aujourd'hui confronté.

Prenons, par exemple, l'écart de densité médicale pour la médecine générale, la pédiatrie et la psychiatrie libérales entre les 10 départements de métropole les mieux dotés en médecins et les 10 départements les moins bien dotés (sur 96 départements en métropole).

Les 10 départements ayant la plus forte densité de médecins généralistes par habitant ont en moyenne un médecin généraliste pour 883 habitants. Dans les 10 départements ayant la plus faible densité de médecins généralistes par habitant, ce chiffre est de 1 850 habitants. Dans ces 10 derniers départements, les médecins

généralistes ont donc à leur charge 2 fois plus de personnes que leurs autres collègues.

Facteur aggravant souligné par l'étude Que Choisir/DRESS d'avril 2023 : « Les départements les moins bien dotés en généralistes sont aussi ceux où la moyenne d'âge de ces praticiens est la plus élevée ! Ainsi, tendanciellement, les départements qui étaient déjà les moins dotés en généralistes en 2020 connaîtront au cours des prochaines années le plus de départs à la retraite. »

GRÂCE À CES MÉDECINS INTÉRIMAIRES ET AUX NOMBREUX MÉDECINS À DIPLÔMES ÉTRANGERS, DE NOMBREUX SERVICES HOSPITALIERS PUBLICS CONTINUENT DE FONCTIONNER. SANS EUX, CE SERAIT PRÈS DE 30 % DE TOUS CES SERVICES QUI FERMERAIENT

L'inégalité territoriale en termes de densité médicale est pire pour les psychiatres libéraux. Dans les 10 départements ayant la densité de psychiatres libéraux par habitant la plus faible, il y a environ 9 fois plus d'habitants par psychiatre libéral par rapport aux 10 départements ayant la densité la plus forte !

Cet écart très élevé au sein des 20 départements les mieux et les moins dotés est encore plus important

pour les pédiatres libéraux : le nombre d'habitants par pédiatre libéral entre les 10 départements ayant la densité par habitant la plus faible et les 10 autres ayant la densité la plus forte est multiplié par 12 ! La plupart des départements ayant la densité de pédiatres la plus faible sont pourtant dans la moyenne nationale en termes de proportion de mineurs dans leur population.

On retrouve ces écarts très élevés entre départements dans la plupart des spécialités médicales. Et ils augmentent plus fortement encore si on compare ces densités de médecins entre territoires de soins, à un niveau infradépartemental.

L'inégalité d'accès aux soins réside donc bien dans ces écarts très élevés de densité médicale entre territoires.

Personne ne peut dire en effet quel est le nombre optimum de médecins généralistes, de psychiatres libéraux ou de pédiatres libéraux par habitant, même si on standardise les besoins selon l'âge de la population. Par exemple, un médecin généraliste peut travailler à un rythme différent d'un autre ou collaborer différemment avec les autres professionnels de santé.

Ce nombre optimum de médecins généralistes par habitant est aussi variable selon les pays, en fonction de leur réglementation, de la formation des professionnels de santé et des habitudes de travail avec les autres professionnels. Par exemple, dans certains pays, comme au Canada ou en Espagne, le médecin généraliste suit beaucoup plus de patients que chez nous parce que les autres professionnels de santé pratiquent de nombreux actes qui restent du ressort des médecins généralistes en France.

Mais le fait que des médecins généralistes aient à leur charge en moyenne 1 850 personnes dans certains départements ne peut être accepté. Avec la façon actuelle dont chaque professionnel de santé intervient, il n'est pas possible pour les médecins généralistes de ces territoires d'être disponibles à la fois pour prendre en charge correctement tous ces patients, effectuer des permanences de soins la nuit, le week-end, les jours fériés et conserver une vie personnelle.

Nous ne sommes pas dans un système de libre financement des médecins de premier et de second recours. Les actes de ceux-ci étant majoritairement financés par l'Assurance maladie nationale à laquelle tout le monde cotise, ces inégalités aussi importantes en termes de ressources médicales entre les territoires ne sont plus acceptables !

Dans notre système de soins national dit « solidaire », on ne peut plus en effet parler

ON NE PEUT PLUS [...] PARLER D'INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX DE PREMIER ET DE SECOND RECOURS ENTRE LES TERRITOIRES DE LA RÉPUBLIQUE, MAIS PLUTÔT D'UNE SÉPARATION DE CES TERRITOIRES DE LA RÉPUBLIQUE. MÊME D'UN ABANDON DE NOMBREUX TERRITOIRES PAR LA RÉPUBLIQUE EN TERMES D'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX

d'inégalités d'accès aux soins médicaux de premier et de second recours entre les territoires de la République, mais plutôt d'une séparation de ces territoires de la République. Même d'un abandon de nombreux territoires par la République en termes d'accès aux soins médicaux. La conséquence est majeure sur les personnes les plus vulnérables et les plus éloignées des services de soins.

Cette difficulté dans l'accès aux soins médicaux de premier recours va continuer de s'aggraver.

Selon une étude d'Iqvia pour *L'Express*, en avril 2022 : « Si rien n'est fait pour inverser la tendance rapidement, les Français pourraient être 20 millions de plus d'ici à la fin du prochain quinquennat à vivre dans un désert médical. Soit 27 millions de personnes au total privées d'un accès simple à un médecin généraliste. »

Environ 40 % de la population serait donc bientôt en difficulté pour consulter un médecin généraliste, quand plus de 20 % de la population aura plus de 65 ans ! Un choc pour notre grand pays développé.

Quelles seront les conséquences de ces pénuries et inégalités d'accès sur la santé de la population ?

De nombreux experts considèrent qu'elles seraient mesurées, car l'impact du système de soins sur l'augmentation de l'espérance de vie ne serait que de 25 % (cela signifie que sur les 30 années d'espérance de vie gagnées au cours du siècle dernier, 8 années seraient attribuables à l'amélioration du système de soins). L'impact des autres déterminants de santé comme l'environnement social et économique, les caractéristiques génétiques, les comportements individuels et l'environnement physique serait lui de 75 %.



QUE NOUS A-T-IL DONC MANQUÉ ?

« LA RÉPONSE EST DIFFICILE. CERTAINEMENT LA PLEINE CONSCIENCE QUE NOUS ALLIONS DANS LE MUR. MAIS PAS SEULEMENT »



Mais si le lien entre la politique de soins, sujet de cet article, et la santé de la population n'est donc pas automatique, deux alertes nous font prendre conscience que le progrès en termes de santé dans notre pays n'est pas acquis : L'espérance de vie des Françaises et des Français est redescendue en 2022 au niveau où elle était en 2014, indépendamment du Covid ; Les mortalités périnatale et néonatale, indicateurs sentinelles pour la santé publique, ont augmenté très significativement en métropole sur les dix dernières années.

Nous ne sommes pas encore dans un scénario à l'américaine où l'espérance de vie baisse tous les ans depuis 2014 (elle est revenue au niveau de 1996), mais peut-être en prenons-nous le chemin.

3. DES GRANDS PRIVILÉGIÉS D'UN CÔTÉ, DES DÉCLASSÉS SANITAIRES D'UN AUTRE CÔTÉ

La séparation de nombreux territoires de la République pour l'accès aux soins engendre une fracture bien plus grave encore.

Dans les territoires les moins bien dotés en médecins, les personnes les plus fortunées, les grands élus, les professionnels du monde de la santé et leurs entourages s'en sortent mieux que les autres : cette catégorie des grands privilégiés, dont je fais partie, a des moyens financiers et/ou le pouvoir et/ou le réseau personnel pour faire ouvrir la porte d'un médecin ou d'une prise en charge à l'hôpital ou en clinique. Plus facilement ou plus rapidement que ne peuvent le faire la plupart des Français.

La question de l'accès aux soins est donc d'abord une question d'acceptabilité sociale.

Nous ne sommes pas en effet les États-Unis, ni un ex-pays d'Europe de l'Est ou un pays du continent africain. Parmi les 10 types d'inégalités sociales répertoriées par l'OCDE, les Français acceptent par exemple plus que d'autres l'inégalité devant l'héritage patrimonial familial. Mais, à l'inverse, nous sommes le pays de l'OCDE qui accepte le moins l'inégalité sociale en termes d'accès aux soins.

Les Français non privilégiés acceptent d'autant moins cette inégalité sociale qu'ils cotisent de façon obligatoire à l'Assurance maladie, avec un taux de cotisation équivalent quel que soit l'âge ou le territoire. Même si leur lieu de vie est beaucoup moins bien doté en services de santé qu'un autre !

Les Français sont donc tous égaux face à l'obligation de cotiser et inégaux face à l'accès

aux soins ! Ce déclassé sanitaire à cotisations obligatoires est propice à fracturer profondément notre cohésion sociale.

Les Français l'expriment très clairement dans les enquêtes d'opinion. Par exemple, dans le sondage OpinionWay réalisé pour Le Printemps de l'économie en avril dernier. Les personnes interrogées considèrent que la préservation du système de santé est le premier domaine pour lequel il leur semble important de s'engager, bien avant la lutte en faveur de l'environnement et la préservation de la paix. Selon Olivier Passet de Xerfi Canal : « Ce sondage montre que les questions de vie et de survie sont aux premiers rangs des préoccupations des Français, alors que les questions du vieillissement sont reléguées à la 10^e place. Entre le gouvernement et l'opinion, il y a donc d'abord un conflit de priorités. »

Ce conflit de priorités entre les non-privilegiés pour l'accès aux soins et les dirigeants politiques se retrouve dans le vote des Français.

J'avais été très frappé, lorsque j'étais directeur général de l'ARS de Picardie, du lien apparent entre la prépondérance du vote en faveur du Front national dans les territoires sujets à élections locales ou législatives partielles et la faiblesse de la densité de médecins dans ces territoires.

Depuis, le vote contestataire vis-à-vis des partis de gouvernement s'est fortement développé : au premier tour de la présidentielle 2022, 54,6 % des votants (soit 19,6 millions de personnes) ont voté pour le parti communiste, l'extrême gauche ou l'extrême droite. Trois familles politiques qui portaient des programmes santé beaucoup plus radicaux que ceux des partis de gouvernement.

Par ailleurs, 26 % des inscrits (12,9 millions de personnes) se sont abstenus. Une forme de renoncement à la vie citoyenne pour les uns ou un sentiment d'abandon pour les autres. En additionnant ces deux catégories d'inscrits, on constate qu'environ 65 % des inscrits ne se sentent plus inclus dans le système politique dirigé par les partis de gouvernement et qui a conduit à la situation actuelle en termes d'accès aux soins.

4. LES SOINS, UN MONDE COMPLEXE ET SENSIBLE

Pourquoi avons-nous laissé l'accès aux soins se dégrader à ce point ? Par désintérêt ? Incompétence ? Impuissance ?

Nous sommes nombreux à partager ce sentiment de profond gâchis, alors que notre pays dispose de tous les atouts pour réussir dans la santé : L'attachement très fort à la solidarité sociale ; Une des prises en charge des dépenses par une Assurance maladie publique parmi les plus élevées du monde ; La qualité des formations médicales et paramédicales et donc la qualité et l'engagement des professionnels ; La rigueur, le dévouement à l'intérêt général et l'absence de corruption de l'administration ; Les succès dans la recherche et l'innovation médicale et scientifique ; Le réseau d'hôpitaux parmi les plus denses du monde ; La bonne performance de tous les acteurs du soin et de l'accompagnement des personnes dépendantes, au regard de nos résultats de santé (à titre d'exemple, la dépense de santé par habitant de l'Allemagne est 21 % supérieure à la nôtre).

Que nous a-t-il donc manqué ?

La réponse est difficile. Certainement la pleine conscience que nous allions dans le mur, mais pas seulement. Essayer de répondre à cette question, c'est d'abord parler de « nous ». Selon moi, ce « nous » est collectif. Je ne crois pas en effet qu'il y ait un coupable en particulier ou une catégorie d'acteurs qui aurait failli plus qu'une autre.

JE NE CROIS PAS [...] QU'IL Y AIT UN COUPABLE EN PARTICULIER OU UNE CATÉGORIE D'ACTEURS QUI AURAIT FAILLI PLUS QU'UNE AUTRE

Contrairement à d'autres pays, nous sommes dans un système de soins administré. Cela veut dire que rien ne s'y fait sans l'intervention de l'État ou de l'Assurance maladie nationale, les deux garants de la solidarité nationale en matière d'accès aux soins. Ces deux régulateurs nationaux réglementent, contrôlent et décident d'environ 80 % du financement du système de soins. La facilité serait donc de nous tourner vers les dirigeants politiques responsables de la politique conduite par ces deux régulateurs nationaux, pour leur demander ce qu'ils ont fait ces dix dernières années.

Mais après avoir travaillé pour trois ministres de la Santé et quatre secrétaires d'État à la Santé ou aux Personnes âgées et handicapées, et après avoir rencontré beaucoup de parlementaires, je

crois pouvoir dire que ces dirigeants politiques nous ressemblent.

Comme nous, les élus ont en effet beaucoup de mal à appréhender le monde de la santé, tant il apparaît complexe et sensible.

Un monde complexe dans son fonctionnement, parce que les engrenages pour le faire fonctionner sont nombreux et très intriqués : Statuts différents des acteurs publics et privés ; Coexistence d'un service hospitalier public et d'une offre concurrente privée commerciale, capitalistique et performante ; Innovations médicales très rapides et de plus en plus coûteuses ; Représentants des patients et des usagers plus exigeants sur leur rôle et plus vigilants sur le fonctionnement du système de soins ; Réglementations nombreuses dans un secteur sujet aux risques collectifs et aux crises sanitaires, donc aux crises politiques ; Multiples rouages pour le pilotage des secteurs sanitaires et médico-sociaux ; Emplois en nombre considérable ; Dépenses de santé entrant dans le budget de la Nation à un niveau proche des dépenses de l'État pour tous les autres secteurs !

Un monde sensible, parce qu'il répond à un besoin primaire essentiel, la vie. La rationalité scientifique ne fait pas tout dans l'art d'exercer la médecine et les soins, ni dans l'art de les recevoir. La relation soignant-soigné est une relation unique, non standardisable.

Par ailleurs, de plus en plus *homo œconomicus* dans une société de plus en plus anxiogène, nous, les patients-consommateurs, sommes de plus en plus exigeants.

Dans cette situation de grande complexité et de grande sensibilité, les dirigeants politiques constatent que les risques d'instabilité de notre système de soins sont importants : la modification d'un engrenage peut vite déstabiliser un autre engrenage et dérégler l'ensemble de la mécanique.

D'ailleurs, nous ne sommes pas le seul pays à vivre cette crise de l'accès aux soins. La plupart des pays développés sont confrontés à cette difficulté. Parfois, c'est l'ensemble de leur système de santé qui flanche, comme aux États-Unis, malgré une dépense de santé par habitant la double de la nôtre !

5. UN MÉLANGE D'OPTIMISME ET DE FATALISME CHEZ DE NOMBREUX DÉCIDEURS

Le pire serait la submersion de notre système de soins par l'amplification des vagues actuelles.

Nous connaissons les risques qui nous menacent : Croissance forte des personnes très dépendantes dans les années à venir (quasi-doublement du nombre de seniors de plus de 95 ans entre 2015 et 2028) et risque d'un abandon de celles-ci par manque de personnes pour s'en occuper ; Baisse du nombre de médecins de premier et de second recours entraînant la saturation de leur activité, moins d'humanité dans leur exercice et donc risque d'un accroissement des violences à l'égard de ces médecins ; Perte supplémentaire d'attractivité médicale des territoires les plus éloignés des grandes villes et risque d'un abandon



supplémentaire de populations ; Coût exorbitant des innovations thérapeutiques de précision, en particulier contre les cancers et risque que seuls les plus fortunés puissent y accéder à l'étranger ; Pression plus forte des prêteurs de la dette de l'État sur les finances publiques et risque que les dirigeants politiques soient obligés de basculer tous les soins dits de « base » (actuellement financés à environ 60 % par l'Assurance maladie nationale) sur la protection sociale privée, solution d'ailleurs proposée par le candidat de la droite à la présidentielle de 2017.

résilient ! ».

Cela me fait penser au dialogue entre Cassandre et Andromaque dans la tragédie de Jean Giraudoux *La guerre de Troie n'aura pas lieu*. Dès le début, Cassandre y affirme que la guerre aura lieu et Andromaque ne veut pas la croire. Elle lui rétorque : « Cela ne te fatigue pas de ne voir et de ne prévoir que l'effroyable ? »

Mais ces inquiétudes ne sont pas toujours partagées par les décideurs politiques, parfois plus enclins à suivre la recommandation du président du Conseil en 1948, le Corrèzien et docteur Queuille : « La politique, ce n'est pas de résoudre les problèmes, mais c'est de faire taire ceux qui les posent ! »

Ainsi, depuis dix ans, j'entends parfois cette réponse à mon inquiétude au sujet de l'évolution de l'accès aux soins : « Ça ne va pas si mal. La situation n'est pas pire qu'avant. Nous n'avons jamais eu autant de médecins et, de toute façon, le secteur de la santé s'est toujours plaint ! Les soins sont un combat que les soignants finissent toujours par perdre, c'est donc normal qu'ils soient insatisfaits. Comme toujours, ils s'adapteront, ce secteur est

« AUCUNE RÉFORME NE PERMETTRA JAMAIS DE RENDRE LES GENS MALADES HEUREUX, NI LES PROFESSIONNELS COMPLÈTEMENT SATISFAITS. LES VRAIES DÉCISIONS QU'IL FAUDRAIT PRENDRE POUR QUE ÇA MARCHE MIEUX ENGENDRERAIENT DES RÉACTIONS TELLEMENT FORTES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES CITOYENS QU'IL VAUT MIEUX REGARDER AILLEURS »

REMARQUE D'UN ÉLU À PROPOS DE LA FRILOSITÉ D'AGIR POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Depuis dix ans, j'ai aussi entendu des responsables politiques théoriser cette impuissance à agir. Voici ce qu'ils disaient :

- Les hôpitaux publics sont impossibles à réformer, un peu comme l'URSS avant la chute du mur de Berlin. Ils demanderont toujours plus. Nous ne pouvons les laisser couler, pour des raisons politiques, en particulier à cause de l'emploi. Ce qu'il faut, c'est surtout s'occuper de ce qui est le plus visible, par exemple la situation des urgences dans les hôpitaux.

- Le secteur hospitalier privé, lui, gère très bien ce qu'il fait, même s'il ne fait pas tout. Il faut le soutenir, car notre pays a des groupes privés à vocation internationale dans ce secteur. Ils sont utiles d'un point de vue économique et de *soft power*.

- Avec les médecins, la relation n'est jamais facile : les grands professeurs et les libéraux sont encore un peu les sorciers du village. Ils ont des pouvoirs magiques auxquels la population croit encore, alors le chef du village ne doit pas trop les contrarier.

- La dépense socialisée de soins, elle, est un puits sans fond, surtout avec le vieillissement de la population. On est obligé de contrôler cette dépense parce que notre taux de prélèvements obligatoires rapporté au PIB est le plus élevé d'Europe et surtout, parce que l'État a besoin d'emprunter tous les jours pour fonctionner. Avec cette contrainte, si l'augmentation de la dépense publique de santé venait à empêcher l'augmentation des dépenses d'autres besoins collectifs comme l'éducation, la sécurité et la justice, nous, élus, ne pourrions plus rien faire !

- Finalement, aucune réforme ne permettra jamais de rendre les gens malades heureux, ni les professionnels complètement satisfaits. Les vraies décisions qu'il faudrait prendre pour que ça marche mieux engendreraient des réactions tellement fortes des professionnels de santé et des citoyens qu'il vaut mieux regarder ailleurs. Et puis, on n'a jamais vu des millions de personnes défilant dans la rue pour se plaindre de l'accès aux soins !

- Mais viendra un jour, en effet, où la situation des finances publiques d'une part et la réaction

de la population d'autre part ne laisseront plus le choix à nos successeurs : une partie importante des soins devra être gérée et financée par la protection sociale privée. Cela viendra comme une évidence. Mais ce sera un autre jour et pour nos successeurs !

Au sujet de l'impact de la montée de l'inégalité d'accès aux soins sur la représentation politique, j'ai aussi souvent entendu : « Oui, la santé va mal, c'est vrai ! Mais les forces progressistes seront toujours assez fortes pour que les extrêmes n'arrivent pas au pouvoir ! »

Face à cet optimisme, Cassandre pourrait répondre, comme elle le fait à Andromaque dans *La guerre de Troie n'aura pas lieu* : « Tu as vu le destin s'intéresser à des formes négatives ? Le destin, c'est simplement la forme accélérée du temps, c'est épouvantable. »

Ainsi, empêchés par la crainte du risque politique de court terme à agir en profondeur, les dirigeants des partis de gouvernement préfèrent traiter les difficultés du système de soins de façon défensive. C'est-à-dire presque uniquement en réaction à des situations critiques.

Les exemples sont nombreux. On peut citer la réponse à la crise des services d'urgences des hôpitaux publics en 2014 et en 2022, le Ségur de la santé en 2020 du fait de la fuite des professionnels des hôpitaux publics et leur quasi-faillite, l'augmentation soudaine à l'automne 2022 du financement de la pédiatrie hospitalière en crise.

Seule la promotion de la santé au moyen de la prévention a fait l'objet de décisions réellement proactives par les ministres de la Santé successifs.

Par exemple, la lutte contre le tabagisme (paquet neutre), la lutte contre l'obésité avec le Nutri-Score, les vaccinations obligatoires, la gratuité de la pilule du lendemain, la gratuité des préservatifs pour les moins de 26 ans et bien d'autres mesures.

La quasi-absence de débats lors de la dernière campagne électorale nationale à propos des programmes des candidats pour améliorer le système de soins est l'illustration manifeste de l'absence de bénéfices politiques immédiats à vouloir anticiper.

Pourtant, nous sortions de deux ans de crise sanitaire Covid-19. Pourtant, tous les professionnels de santé constataient des pertes de chance de nombreux patients du fait de retards de prises en charge. Cela aurait pu conduire à mettre en débat l'accès aux soins. Mais cela n'a pas suffi.

6. LE PLUS IMPORTANT : LA COHÉSION NATIONALE

Cet état d'impuissance vis-à-vis des difficultés du système de soins n'est pas partagé par tout le monde.

De nombreux élus et citoyens refusent qu'une caste de privilégiés sanitaires laisse aux non-privilégiés le fardeau de subir cette inégalité. Ils n'acceptent pas le risque de voir détruit, pas à pas, le ciment de la cohésion sociale et au bout du compte, ce qui fait selon nous la République. Ils refusent donc d'être pris pour des Cassandre.

Car dire que l'inégalité d'accès aux soins va encore s'aggraver si nous ne prenons pas des

mesures très fortes, dire que les conséquences de ne rien faire de fondamental seraient graves, bien au-delà des seules questions de santé et pas seulement pour les non-privilégiés mais aussi pour nous les grands privilégiés, n'est pas une prophétie. C'est une réalité déjà sous nos yeux ! Dire cela ne revient pas non plus à croire que c'est une fatalité contre laquelle nous ne pourrions lutter ! Bien au contraire, dire cela signifie qu'il est de la responsabilité de ceux qui en ont le pouvoir de tout faire pour éviter ce pire. Comme le disait le président de la République lors de ses vœux aux acteurs de la santé le 6 janvier

dernier, « Aujourd'hui, on doit aller beaucoup plus vite, beaucoup plus fort, prendre des décisions radicales ! ».

Vous avez dit « décisions radicales » ?

Si nous pensons vraiment que la solidarité dans l'accès aux soins et dans l'éducation à la santé font le ciment de notre cohésion sociale, nous pourrions le prouver par des décisions politiques à fort impact.

« AUJOURD'HUI, ON DOIT ALLER BEAUCOUP PLUS VITE, BEAUCOUP PLUS FORT, PRENDRE DES DÉCISIONS RADICALES ! »

**DISAIT LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE
LORS DE SES VŒUX AUX ACTEURS DE LA
SANTÉ LE 6 JANVIER DERNIER**

QUAND ON DÉPENSE ENVIRON 244 MILLIARDS D'EUROS D'ARGENT PUBLIC POUR LES SOINS CHAQUE ANNÉE – 4 FOIS PLUS QUE POUR L'ÉDUCATION NATIONALE ET 3,5 FOIS PLUS QUE POUR LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET EXTÉRIEURE – ET QUE LES BESOINS DE FINANCEMENTS PUBLICS SUPPLÉMENTAIRES SONT PARTOUT, ÇA VAUT LE COUP DE SAVOIR QUEL EST LE SENS POLITIQUE FONDAMENTAL QUE L'ON VEUT DONNER À CETTE DÉPENSE ET À CES INVESTISSEMENTS

Est-il possible pour autant de renverser la table d'ici 2027, c'est-à-dire revenir à l'égalité dans l'accès aux soins d'avant les années 2010 ? Non, pas dans un délai aussi court.

Est-il possible de prouver aux non-privilegiés et aux nombreux professionnels inquiets de l'avenir des soins que tout est fait, tout, pour inverser le courant qui pousse à exclure des dizaines de millions de Français d'un accès normal à ceux-ci ? Oui, si on le veut. Pour cela, il faut en effet, comme le disait le président de la République, prendre des décisions radicales.

Agir au moyen de décisions radicales ne remettrait pas en cause ce qui est fait aujourd'hui dans la santé. Nos dirigeants politiques actuels ont pour objectif de mettre en œuvre des mesures concrètes, compréhensibles et rapidement visibles par tous les Français.

Aucun professionnel du monde de la santé ne peut en effet contester qu'il faut alléger le plus possible le temps de travail non clinique des médecins, développer les collaborations sur des territoires de proximité entre professionnels de santé, tout faire pour que les malades chroniques puissent avoir accès à un médecin traitant, améliorer la tarification des activités hospitalières de court séjour, revaloriser les rémunérations des professionnels des hôpitaux et celles des médecins libéraux, aider ces derniers pour qu'ils puissent consulter sur plusieurs territoires, etc.

Mais, si ces nombreuses mesures concrètes sont nécessaires – et pas simples à déployer –, je crois qu'elles sont insuffisantes face à l'inacceptabilité de la situation actuelle par les professionnels et les citoyens. Elles sont encore plus insuffisantes au regard du risque de déferlantes qui pourrait submerger dans l'avenir notre système de soins.

Avant d'être une forme d'action, le but premier de la radicalité des décisions à prendre serait de servir une vision.

Il n'est pas facile aujourd'hui pour les dirigeants politiques d'être audibles quant à leur vision du système de soins à dix ans, alors que leur fonction apparaît si dévalorisée.

Mais quand on dépense environ 244 milliards d'euros d'argent public pour les soins chaque année – 4 fois plus que pour l'Éducation nationale et 3,5 fois plus que pour la sécurité intérieure et extérieure – et que les besoins de financements publics supplémentaires sont partout, ça vaut le coup de savoir quel est le sens politique fondamental que l'on veut donner à cette dépense et à ces investissements.

Nous avons donc plus que jamais besoin que les leaders en charge de notre système de soins administré éclairent le chemin pour savoir où on va. Pas seulement par des solutions concrètes pour réparer ce qui ne fonctionne plus, mais d'abord par l'expression de ce qu'ils pensent être le plus important.

Selon moi, le plus important pour nous tous aujourd'hui est de tout faire pour resserrer le lien social. Parmi tous les objectifs d'une politique de santé, le plus important c'est de privilégier la solidarité publique dans l'accès aux soins, sans discrimination

liée au lieu de résidence, à l'état de santé, à l'âge ou à la particulière vulnérabilité économique des usagers.

Mais quel impact sur les finances publiques ?

Nos dirigeants politiques ont pour obligation de réduire le déficit du budget de la Nation (toutes les dépenses publiques de l'État, des collectivités locales et de la Sécurité sociale) du fait de l'attente de nos partenaires européens et des créanciers de l'État. Dans cette situation, ce message de solidarité pour tous dans l'accès à des soins toujours plus coûteux n'est pas facile à exprimer.

« LE RENFORCEMENT DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE EN TERMES D'ACCÈS AUX SOINS N'EST PAS ANTAGONISTE AVEC LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ. BIEN AU CONTRAIRE, IL EN EST LE SOCLE »

Mais je ne crois pas que laisser penser que les dépenses de santé pourraient augmenter grâce à leur financement par les assurances complémentaires privées serait plus rassurant pour nos partenaires européens et nos créanciers. Si cela était en effet plus facile à réaliser – la presque totalité des Français disposant d'une assurance santé complémentaire, obligatoire en entreprise –, l'augmentation des dépenses de santé non socialisées aurait un effet délétère : elle ponctionnerait le pouvoir d'achat. Solution impossible dans une période de faible croissance économique et de baisse inquiétante de la productivité du travail.

Il faut donc lever définitivement cette interrogation : le renforcement de la solidarité nationale en termes d'accès aux soins n'est pas antagoniste avec la maîtrise des dépenses de santé. Bien au contraire, il en est le socle.

En effet, sans ce renforcement, les dépenses de santé exploseraient comme aux États-Unis depuis vingt ans. Alors que l'absence de régulation sur la totalité des dépenses de santé a produit, dans ce pays, non seulement des dépenses incontrôlées mais aussi des résultats de santé très dégradés.

Par ailleurs, sans l'affichage d'une détermination politique à développer la solidarité en matière de soins, il ne serait pas possible de demander des efforts supplémentaires aux citoyens et aux professionnels de santé. Enfin, comme l'a rappelé l'agence de notation Fitch dans la prise en compte des différents critères d'évaluation du risque de la dette de notre pays, le contexte politique et social est important pour la confiance des prêteurs de l'État.

Nous avons donc besoin d'une cohésion sociale forte pour être économiquement forts. Si ce n'est pas nouveau, le risque que l'inégalité croissante dans l'accès aux soins fait maintenant peser sur notre cohésion sociale est majeur.

Alors agissons en profondeur !

Comme on l'a vu ci-dessus, le système de soins solidaires de notre pays est plein d'atouts. Mais tous ses atouts semblent entravés par un fonctionnement qui n'est plus adapté aux vagues actuelles et aux risques de déferlantes.

Agir par des décisions radicales, ce serait donc nous attaquer aux entraves profondes du système de soins. C'est-à-dire le plus difficile, le plus long à réaliser et le plus long pour recueillir des premiers résultats ! Mais pour obtenir des résultats durables et significatifs dans l'avenir, il faut commencer par éradiquer les gangrènes qui empêchent notre système de soins de répondre à ses grands défis.

L'harmonie au sein de notre système de soins repose sur trois fondements : l'optimisation permanente de son fonctionnement, la responsabilisation des décideurs au niveau le plus proche possible des patients, la considération apportée aux professionnels.

Il suffit qu'un ou plusieurs de ces trois fondements soient atteints, isolément ou au détriment d'un des autres, pour que la crise survienne. Nous y sommes.

Les 12 propositions radicales ci-dessous visent donc à rétablir cette harmonie en optimisant davantage le système de soins, en responsabilisant davantage ses décideurs à un

niveau plus déconcentré et en considérant mieux ses professionnels.

7. PRENDRE DES DÉCISIONS RADICALES POUR OPTIMISER DAVANTAGE L'ACCÈS AUX SOINS

Le premier objectif d'une politique de soins audacieuse serait de limiter la croissance de ses dépenses au même niveau que la croissance de la richesse de notre pays.

Je comprends que ce soit difficile à accepter, alors que les besoins de soins vont continuer d'augmenter naturellement plus vite que la croissance du PIB (en raison de l'augmentation des maladies chroniques, des nouvelles pandémies mondiales comme on l'a vu avec la Covid-19, du vieillissement de la population et du progrès médical).

Comme les financements des autres services d'intérêts collectifs (éducation, défense extérieure, sécurité intérieure, justice) ne peuvent être réduits pour financer ces nouveaux besoins de soins, il reste deux solutions.

La première serait de faire payer davantage les Français pour leurs soins, directement par l'augmentation des tickets modérateurs et des franchises ou indirectement par l'augmentation de leurs cotisations à l'Assurance maladie nationale et aux assureurs complémentaires.

Dans les deux cas, ces paiements supplémentaires auraient pour effet de réduire le pouvoir d'achat et de renforcer les inégalités actuelles en termes d'accès aux soins, selon le statut de l'emploi ou selon les revenus.

Nous avons la chance d'avoir un haut niveau de prise en charge publique de ces dépenses (près de 80 % de toutes les dépenses de santé) et une dépense de santé annuelle par habitant 40 % plus élevée que la moyenne de cette dépense dans la zone Euro (derrière l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche et le Luxembourg). Mais si seulement 3,6 % de la population se trouve sans complémentaire santé, ce pourcentage monte à 11 % chez les

retraités pauvres et à 20 % chez les personnes sans emplois. Tout transfert de l'augmentation des dépenses de soins aux assurances santé serait donc pénalisant pour ces personnes particulièrement vulnérables.

L'HARMONIE AU SEIN DE NOTRE SYSTÈME DE SOINS REPOSE SUR TROIS FONDEMENTS : L'OPTIMISATION PERMANENTE DE SON FONCTIONNEMENT, LA RESPONSABILISATION DES DÉCIDEURS AU NIVEAU LE PLUS PROCHE POSSIBLE DES PATIENTS, LA CONSIDÉRATION APPORTÉE AUX PROFESSIONNELS

Quant à la solution d'augmenter les dépenses de l'Assurance maladie nationale, rappelons que nous avons le niveau de prélèvements obligatoires rapporté à notre PIB le plus élevé d'Europe (d'ailleurs si les cotisations obligatoires aux assurances santé complémentaires d'entreprises ne sont pas comptabilisées dans ces prélèvements obligatoires, elles sont dans les faits obligatoires... ce qui alourdit la part de ces prélèvements obligatoires).

Quelle est la raison principale du poids de ces prélèvements obligatoires et des dépenses sociales dans notre PIB ? Assez peu du fait du montant des dépenses publiques elles-mêmes, excepté les pensions de retraite. La véritable raison est la faiblesse de notre niveau de PIB par habitant. Notre pays s'est en effet appauvri depuis 20 ans : il a régressé à la 19^e place des 38 pays de l'OCDE pour sa richesse par habitant. Par exemple, les PIB/habitant de l'Allemagne et de la Suède sont respectivement supérieurs de 15 % et de 17 % au nôtre. Nous avons donc une protection sociale collective d'un pays riche, quand notre richesse nationale par habitant est modeste. Nous sommes obligés de nous adapter à cette réalité.

Si on ne veut pas baisser le pouvoir d'achat, ni réduire les dépenses dans d'autres services publics tout aussi importants, la solution restante serait de continuer à fortement contrôler la croissance de la dépense de soins.

Mais la question de la ressource n'est pas que financière, elle est aussi humaine. Ce pourrait être le second objectif de l'optimisation du système de soins et du secteur médico-social.

Les ressources humaines en médecins et soignants, tant pour les soins de premier recours et de second recours que dans les hôpitaux, en EHPAD ou à domicile, vont cruellement manquer. Or, au même moment, les besoins de soins vont continuer d'augmenter. Comme dans la plupart des pays, c'est un défi considérable !

L'ENTRAVE N° 1 À L'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE SOINS : LA RENTE RÉSUŁTANTE DES ACTES ET SÉJOURS HOSPITALIERS INUTILES.

LA SOLUTION RADICALE N° 1 :

PASSER DE L'ACTUEL RENOUVELLEMENT D'AUTORISATIONS ACCORDÉES À DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS À MISSIONS DIFFÉRENTES À DES CONCESSIONS D'ACTIVITÉ D'INTÉRÊT COLLECTIF DISPOSANT DES MÊMES OBLIGATIONS EN TERMES DE SOINS POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ATTRIBUTAIRES (PUBLICS ET PRIVÉS).

Oui, il y a encore des actes et des séjours hospitaliers inutiles ! Cela peut paraître surprenant

ou contradictoire avec les difficultés d'accès aux soins évoquées ci-dessus.

Mais de nombreuses comparaisons intranationales et internationales montrent qu'il existe encore des recours inutiles aux actes médicaux et séjours hospitaliers, en particulier pour certaines activités nécessitant un plateau technique et en particulier dans nos métropoles.

Un exemple : le département du Rhône et la métropole de Lyon disposent de 31 plateaux techniques de chirurgie et de cardiologie interventionnelle, dont le deuxième plus gros CHRU de France, pour environ 1 900 000 habitants. Cela fait 1 plateau technique hospitalier de ce type pour 61 300 habitants ! Compte tenu de la présence dans cette région de 3 autres CHRU, de plusieurs grands centres hospitaliers publics et d'un réseau dense d'hôpitaux privés, ceci ne se justifie pas par une activité de recours de la métropole de Lyon pour la région dans toutes ces activités.

En comparaison, la Suède dispose pour tout le pays de 67 plateaux techniques

hospitaliers de ce type, soit une moyenne de 1 pour 155 000 habitants. C'est 2,5 fois moins de plateaux techniques hospitaliers de ce type par habitant que la plupart de nos métropoles ! Les Suédois sont-ils moins bien soignés ?

Oui, brisons ce tabou, ce que les élus de ces métropoles ne veulent pas entendre ! La redondance de plateaux techniques hospitaliers dans nos grandes villes et métropoles est un facteur de réalisation excessive d'actes et



de séjours financés par l'Assurance maladie nationale !

Il est donc nécessaire de réduire ces dépenses inutiles en concentrant davantage un certain nombre d'activités hospitalières sur les plateaux techniques les plus coûteux. Cela aurait aussi pour effet de réduire les concentrations excessives de médecins très spécialisés dans certaines métropoles, alors qu'ils seraient plus utiles dans d'autres villes. Le second objectif en termes d'optimisation de notre système de soins. Un énorme défi !

Pour réussir cela, le régime des autorisations des activités hospitalières publiques et privées devrait évoluer selon le principe qu'aucune autorisation pour les activités hospitalières ne serait définitivement acquise. Car dans les faits, sauf non-conformité majeure, c'est ce qu'il se passe aujourd'hui.

Il faudrait donc mettre en œuvre une forme de concession de missions d'intérêt collectif pour la totalité des activités hospitalières relatives aux soins : les autorités de régulation procéderaient à des appels d'offres fondés sur des cahiers des charges pour chaque catégorie d'activités hospitalières par territoire de soins relatifs aux moyens, à l'organisation, aux services attendus et aux tarifs cibles. Les territoires de soins objets de ces appels d'offres seraient par exemple plus grands (en nombre d'habitants et en géographie) pour les activités de chirurgie cardiaque que pour la cardiologie interventionnelle ou les activités de chirurgie de 1^{er} niveau.

La durée de ces attributions de concessions pourrait être variable selon les activités, de 6 à 15 ans.

Face au besoin de maîtriser la dépense publique de soins, le choix effectué par les régulateurs ne se ferait que sur des critères de service à la population, de garanties sur les moyens engagés et de position des tarifs proposés par rapport aux tarifs cibles. Et non plus sur des critères de statut, de poids politique ou d'emplois. Soit un modèle assez proche de celui de la Suède. Sur ce dernier point, compte tenu des pénuries importantes de médecins et de soignants, la suppression de certaines activités n'aurait pas d'effet trop lourd.

De cette façon, les hôpitaux publics ne seraient plus les seuls hôpitaux sur lesquels pèserait l'obligation d'assurer certaines missions, comme la permanence des soins territoriale de nuit, de week-end et de jours fériés. Intégrée dans le cahier des charges de chaque activité d'hospitalisation, cette permanence des soins serait assurée par tous les établissements attributaires pour ces activités, quel que soit leur statut, public, privé non lucratif ou privé lucratif.

Cette façon de « dépolitiser » la gestion des activités hospitalières et de donner les mêmes obligations à tous les hôpitaux publics et privés attributaires serait une décision particulièrement radicale ! Pour être réalisable, cette réforme nécessiterait d'autres réformes indissociables tout aussi radicales en termes de conditions de gestion et de contrôle des groupes privés et les hôpitaux publics (voir propositions ci-dessous).

Cette procédure d'attribution de concessions pour les activités hospitalières comporterait un dernier intérêt : elle mettrait fin aux rentes relatives aux autorisations d'activités hospitalières privées lucratives donnant lieu parfois à des valorisations financières très excessives par des investisseurs privés (voir la proposition n° 3 ci-dessous).

Enfin, le corollaire de ce type de procédure d'attribution d'autorisations hospitalières serait le développement des conventions de formation des externes et internes en médecine entre les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine avec tous les établissements attributaires, quel que soit leur statut, et donc une plus grande autonomie de ces UFR vis-à-vis des CHRU.

L'ENTRAVE N° 2 À L'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE SOINS : L'APPAUVRISSEMENT EN MÉDECINS DES HÔPITAUX PUBLICS.

LA SOLUTION RADICALE N° 2 :

HARMONISER LES RÉMUNÉRATIONS NETTES DE CHARGES DE TOUS LES MÉDECINS HOSPITALIERS PUBLICS ET PRIVÉS, AFIN QUE LES HÔPITAUX PUBLICS PUISSENT CONTINUER D'EXERCER DES ACTIVITÉS NON RÉALISÉES PAR LES HÔPITAUX PRIVÉS OU CONCURRENTES DES HÔPITAUX PRIVÉS.

Si la décision radicale précédente (concessions d'activités hospitalières) était appliquée, les hôpitaux publics seraient en situation d'égalité avec les hôpitaux privés en termes de missions fixées par les régulateurs du système de soins. Ils ne devraient donc plus se trouver entravés dans

leurs missions par les inégalités considérables de revenus de leurs médecins avec ceux des hôpitaux privés.

L'appauvrissement actuel des hôpitaux publics en médecins titulaires – plus important dans les spécialités médicales en concurrence avec les hôpitaux privés lucratifs – est en effet principalement dû à cette différence importante de rémunération entre leurs médecins. Injustifiables, ces différences de rémunération font courir le risque de rendre les Français de plus en plus dépendants des activités privées pour la réalisation d'actes médicaux simples comme celle d'actes plus spécialisés. On observe déjà que des activités uniquement réalisées par les CHU, en raison de leur faible volume, sont en grande difficulté pour être réalisées dans les délais souhaitables.

Qui fixe aujourd'hui les rémunérations des médecins dans le secteur hospitalier ? L'État, pour les rémunérations nettes des médecins hospitaliers publics et des médecins intérimaires ; L'Assurance maladie, de façon indirecte pour les rémunérations brutes des médecins libéraux via la nomenclature des actes médicaux, les forfaits et la valeur des lettres clés appliquées aux actes ; Leur convention collective et les directions des établissements privés d'intérêt collectif pour les rémunérations brutes de leurs médecins salariés. Aucune activité médicale financée par la solidarité nationale – par exemple la pédiatrie et la psychiatrie privées ou l'anesthésie et la radiologie publiques –, n'étant moins indispensable qu'une autre, les régulateurs nationaux devraient harmoniser ces rémunérations nettes de charges entre médecins publics et privés. Seuls deux critères devraient être pris en compte : le coût

local de la vie et le temps de travail réellement effectué.

Pour réussir cela, une autre décision radicale devrait être prise : l'unification de ces deux pouvoirs de décision sur les rémunérations des médecins hospitaliers publics et privés (voir la proposition ci-dessous n° 5).

Cette décision radicale nécessiterait aussi que les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins publics et les médecins libéraux dans le cadre de la convention avec les régulateurs du système de soins soient plafonnés. Les médecins qui n'accepteraient pas ce plafonnement pourraient quitter les hôpitaux publics ou sortir de la convention médicale libérale pour exercer hors réseau de soins de l'Assurance maladie nationale.

Enfin, les écarts incompréhensibles de rémunérations entre spécialités médicales libérales, comme si certaines avaient plus de valeur que d'autres, devraient eux aussi être corrigés.

L'ENTRAVE N° 3 À DAVANTAGE D'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE SOINS : LA FINANCIARISATION DE LA GESTION DES GROUPES PRIVÉS DANS L'OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE.

LA SOLUTION RADICALE N° 3 :

DONNER À L'ÉTAT LE POUVOIR DE CONTRÔLE ET D'OPPOSITION AUX CESSIONS DE TITRES DES GROUPES À CAPITALS PRIVÉS AFIN DE PROTÉGER LES PROFESSIONNELS ET LES USAGERS DES GROUPES PRIVÉS DE CES DEUX SECTEURS.

Si on voulait, comme proposé ci-dessus, confier davantage de missions d'intérêts collectifs aux hôpitaux privés lucratifs, il serait nécessaire de s'assurer de la stabilité de leurs activités et donc de la compatibilité des attentes de leurs actionnaires avec ces missions.

Les hôpitaux privés lucratifs, les EHPAD, les activités d'imagerie médicale et de biologie sont particulièrement concernés par cette situation.

C'est un défi immense pour l'avenir de notre système de soins !

Je crois qu'il ne faut pas remettre en cause le capitalisme financier au sein des secteurs de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale. Je crois, par ailleurs, qu'il n'y a pas a priori des investisseurs financiers meilleurs ou pires que d'autres. Un seul investisseur financier dans ce type de groupe, même un médecin ou un autre professionnel de santé, peut être plus avide de rentabilité qu'un fonds d'investissement international.

L'appel de plusieurs de ces groupes privés à des fonds d'investissement, en particulier via un mécanisme de *leveraged buy-out* (LBO), un montage financier permettant le rachat

SI NOUS VOULONS PRÉSERVER LE CARACTÈRE SOLIDAIRE DU SYSTÈME DE SOINS, LA COURSE À LA VALORISATION FINANCIÈRE DE CES ACTIFS PRIVÉS N'EST PLUS COMPATIBLE AVEC NOTRE SYSTÈME DE SOINS FINANCÉ PAR UNE ASSURANCE MALADIE NATIONALE FORTEMENT DÉFICITAIRE. DANS CETTE SITUATION, LA DISSOCIATION ENTRE LES INTÉRÊTS PRIVÉS ET L'INTÉRÊT GÉNÉRAL DEVIENT TROP FORTE

d'une entreprise en ayant recours à beaucoup d'endettement) a permis de très grandes avancées en termes de qualité et d'investissements dans les établissements et les activités concernées.

Ces groupes ont aussi été très utiles aux régulateurs publics : la concentration au sein de ces groupes d'offres précédemment atomisées, donc des groupes avec des projets d'entreprise structurés, une meilleure gestion, des fortes mutualisations de coûts fixes et une bonne prévention de leurs risques ont permis aux régulateurs publics de maîtriser beaucoup plus facilement l'évolution des dépenses publiques de soins dans ces deux secteurs. Ces groupes privés ont donc été une chance pour notre pays !

Mais... , car il y a un « mais ». La pratique de LBO et de reventes successifs a pour effet, à chaque changement d'investisseur majoritaire, de pousser toujours plus haut la valorisation financière de ces groupes. Or, si les arbres ne montent pas jusqu'au

ciel, la valeur des entreprises non plus !

Au-delà d'un certain niveau de valorisation financière décorrélé des marges financières réalisées, ces opérations financières peuvent avoir pour conséquence de mettre une pression économique très élevée sur les professionnels au sein de ces groupes. Afin d'atteindre la valorisation future promise aux investisseurs, elles peuvent aussi s'accompagner d'une dégradation du service aux patients et aux résidents.

Les enjeux financiers sont alors tellement importants pour les actionnaires de ces groupes et pour leurs dirigeants à titre personnel (ils sont associés aux montages LBO) que toute décision des régulateurs publics visant à optimiser le système de soins peut perturber très fortement leur trajectoire financière.

On l'a vu dans l'affaire du groupe de maisons de retraite et d'établissements sanitaires Orpéa : les règles de gestion raisonnable de la valeur financière de ce groupe ont sauté, au prix d'un endettement considérable et de pratiques de gestion contraires à la réglementation et à l'éthique.

Sans régulation financière efficace, cette dérive survenue dans le groupe Orpéa pourrait aussi survenir dans d'autres groupes privés au sein de ces deux secteurs.

Si nous voulons préserver le caractère solidaire du système de soins, la course à la valorisation financière de ces actifs privés n'est plus compatible avec notre système de soins financé par une Assurance maladie nationale fortement déficitaire. Dans cette situation, la dissociation entre les intérêts privés et l'intérêt général devient trop forte.

Pour toutes ces raisons, le capitalisme sauvage ne devrait plus être accepté dans ces deux secteurs si fragiles. Il doit simplement être davantage régulé.

Une mesure radicale susceptible de protéger les intérêts des professionnels de ces groupes comme des patients qui leur font confiance, serait que chaque opération de cession de leurs titres soit soumise à l'accord de l'État : avant de donner son accord à une opération, l'État pourrait analyser les hypothèses de développement des activités et des marges opérationnelles et donc, la pertinence des valorisations futures envisagées.

Face à ce qui serait vécu par les dirigeants de ces groupes comme une intrusion de l'État dans les conditions de propriété, ces derniers invoqueraient très certainement le secret des affaires.

Mais l'État le fait bien avec d'autres activités considérées comme stratégiques pour l'indépendance énergétique ou militaire de notre pays ! Les entreprises privées d'une certaine taille avec une certaine position stratégique au sein des secteurs de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale pourraient donc en faire partie. Pour cela, l'État pourrait activer le Service de l'information stratégique et de la sécurité économiques (SISSE), dont la mission opérationnelle est de protéger des actifs stratégiques de l'économie française. Avec

la Direction générale des entreprises (DGE), l'État pourrait apporter une réponse efficace à certaines opérations, dont la possibilité d'interdire certaines cessions si nécessaire.

Là encore, osons cette décision radicale dans l'intérêt de notre pays !

L'ENTRAVE N° 4 À L'OPTIMISATION DU SYSTÈME DE SOINS : LE DISPOSITIF DU MÉDECIN TRAITANT.

LA SOLUTION RADICALE N° 4 :

ASSOULIR LE DISPOSITIF DU MÉDECIN TRAITANT (LE PLUS SOUVENT UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU UN PÉDIATRE), NON POUR REMETTRE EN CAUSE LE RÔLE DE COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS DE CELUI-CI, MAIS AU CONTRAIRE POUR L'ALLÉGER, AU MOMENT OÙ LA CHARGE DE SON ACTIVITÉ DEVIENT CRITIQUE.

Le dispositif du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant (dans la plupart des cas des médecins généralistes ou des pédiatres) a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie de 2004. Ce dispositif visait à confier à un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital, un rôle plus central dans l'orientation et

le suivi des patients tout au long de leur parcours de soins.

Ce dispositif conclu entre le médecin traitant conventionné, l'Assurance maladie et l'assuré comporte plusieurs aspects : 1) L'assuré doit déclarer à l'Assurance maladie le médecin traitant qu'il a choisi ; 2) Le patient doit être orienté par son médecin traitant pour toute consultation d'autres médecins, y compris pour les consultations dans les hôpitaux. Les patients qui ne le font pas ou qui consultent directement un médecin spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins remboursés, soit une forme de malus ; 3) Cette obligation d'adressage formel du patient par le médecin traitant n'est pas obligatoire pour accéder aux gynécologues, ophtalmologues, psychiatres et stomatologues, ainsi que pour une liste d'actes spécifiques. Dans ce cas, l'accès direct à ces médecins ou pour ces actes n'entraîne pas de baisse de remboursement ; 4) Le médecin traitant a l'obligation de tenir à jour le dossier médical de son patient, comportant un projet thérapeutique et les échanges avec les autres professionnels de santé.

Ce dispositif adopté il y a près de 20 ans correspondait à un moment où le nombre de médecins généralistes était adapté aux besoins. Il a aussi été mis en place pour réguler l'accès aux médecins de second recours, alors en nombre important, afin d'éviter des

surconsommations d'actes médicaux. Ces deux situations n'existent plus aujourd'hui.

Les inconvénients de ce dispositif sont maintenant supérieurs aux avantages envisagés lors de son adoption. Quels sont-ils ?

De l'avis de tous les médecins généralistes, ce dispositif provoque une embolisation de leurs consultations par des demandes nombreuses de courriers d'adressage à d'autres médecins spécialistes, même pour les spécialités à accès direct (en effet, ces derniers ont intérêt à demander un courrier d'adressage aux patients avant de les recevoir, car cela leur permet de tarifier deux consultations).



Par ailleurs, les courriers d'adressage aux autres médecins spécialistes sont souvent rétroactifs ou purement formels, par exemple en dermatologie. Pour la petite traumatologie, par exemple, cette obligation d'adressage par le médecin traitant conduit le patient à préférer aller directement dans un service d'urgences hospitalières qui l'adressera peut-être ensuite directement en traumatologie ! Cette surcharge inutile des urgences hospitalières est pourtant ce que l'on veut éviter !

Dans tous les cas, les patients qui cotisent à l'Assurance maladie ne sont pas responsables de la désorganisation de l'accès aux soins. Ils n'ont donc pas à être pénalisés financièrement quand il leur est plus difficile d'obtenir auprès de leur médecin traitant débordé, un courrier d'adressage à un autre médecin spécialiste !

Au moment où les médecins généralistes sont eux aussi surchargés de demandes de consultations de leur patientèle, comme de demandes de patients n'ayant plus de médecins traitants, et alors que leur nombre va se réduire drastiquement sur certains territoires, toute consultation inutile doit être impérativement supprimée.

Cet enjeu de meilleure fluidité dans l'accès aux soins est encore plus important pour les personnes en situation de précarité et éloignées du soin, un enjeu majeur ! Toute barrière à l'accès direct à des consultations de médecins spécialistes devrait donc être levée afin de leur donner davantage de chances d'être suivies par un médecin, quel qu'il soit !

Enfin, les patients verront de plus en plus rarement le même médecin traitant. Avec la montée en

charge des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans tous les territoires comportant bien souvent des médecins à temps partiel et un dossier médical totalement partagé, ce dispositif est devenu une contrariété dans la prise en charge collective par l'équipe des médecins généralistes. Même si en cas d'absence de son médecin désigné, le patient peut consulter l'ensemble des médecins du groupe sans pénalisation financière (si le médecin remplaçant l'indique sur la feuille de soins), la flexibilité sans contrainte administrative fait partie des attentes principales des médecins généralistes.

Alors que les jeunes médecins veulent fonctionner davantage en équipe médicale, toutes les mesures radicales permettant de répondre à cette attente devraient donc être impérativement activées. Comme nous l'avons vu ci-dessus, nous aurons tous besoin d'eux, encore plus demain qu'aujourd'hui !

Évitons une incompréhension : le rôle du médecin traitant – coordinateur du parcours de soins du patient à la tête d'une équipe de soins – est indispensable au bon fonctionnement de notre système de soins. Il doit être renforcé. Il faut donc maintenir l'obligation du patient de déclarer à l'Assurance maladie son médecin traitant ou son équipe de médecins traitants. Mais il faudrait donc aussi supprimer le malus de prise en charge financière si le patient consulte quelques fois par an un médecin généraliste ou un pédiatre qui n'est pas son médecin traitant.

Cette inscription des assurés à un médecin traitant devrait rester obligatoire afin que l'Assurance maladie puisse aussi conserver les moyens lui permettant d'animer son réseau de soins conventionnés. Par exemple, pour le

management des objectifs de santé publique fixés aux médecins et l'attribution des rémunérations correspondantes. Dans ce cas, les Rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) pourraient être attribuées à une équipe de médecins traitants, si ceux-ci le demandaient.

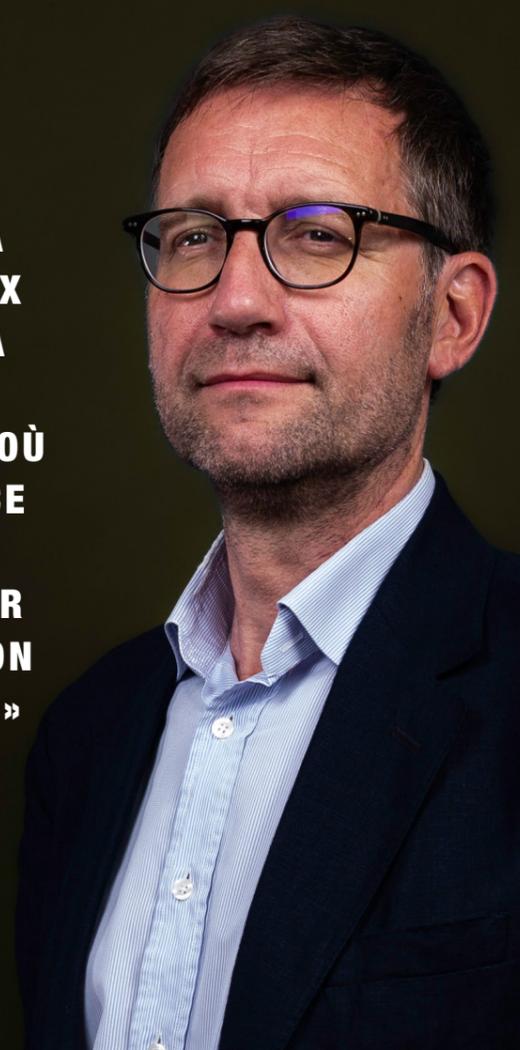
8. PRENDRE DES DÉCISIONS RADICALES POUR RESPONSABILISER DAVANTAGE LES DÉCIDEURS AU PLUS PRÈS DES PATIENTS

La principale cause de la détérioration de l'accès aux soins vient selon moi de la façon dont le système de soins est piloté. Au moment où la solidarité et l'excellence des prises en charge sont atteintes, nous devrions par conséquent changer de façon radicale ses règles du jeu.

On ne peut en effet ni tout décider dans le bureau de la Première ministre ou du ministre de la Santé et de la Prévention, ni laisser autant d'acteurs intervenir dans les décisions fondamentales. Pour mettre en œuvre les décisions radicales proposées ci-dessus au sujet de l'optimisation du système de soins, il faudrait modifier de façon radicale son pilotage : le rendre plus à l'écoute, plus rapide et plus efficace.

Cela pourrait commencer par une clarification des responsabilités des pilotes et par une plus grande subsidiarité dans la délégation de pouvoir aux acteurs les plus à même de prendre les meilleures décisions.

« LA PRINCIPALE CAUSE DE LA DÉTÉRIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS VIENT SELON MOI DE LA FAÇON DONT LE SYSTÈME DE SOINS EST PILOTÉ. AU MOMENT OÙ LA SOLIDARITÉ ET L'EXCELLENCE DES PRISES EN CHARGE SONT ATTEINTES, NOUS DEVRIONS PAR CONSÉQUENT CHANGER DE FAÇON RADICALE SES RÈGLES DU JEU »



L'ENTRAVE N° 5 À DAVANTAGE DE RESPONSABILISATION DES DÉCIDEURS DU SYSTÈME DE SOINS : LA CONFUSION DES RESPONSABILITÉS DANS LE PILOTAGE DU SYSTÈME DE SOINS.

LA SOLUTION RADICALE N° 5 :

DÉLÉGUER TOUS LES POUVOIRS DE DÉCISIONS RELATIFS À L'ORGANISATION DES SOINS (DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL) À L'ASSURANCE MALADIE NATIONALE, À PARTIR D'UN CADRAGE STRATÉGIQUE PLURIANNUEL DE SANTÉ PUBLIQUE SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT.

La responsabilité du pilotage entre les deux principaux régulateurs nationaux, l'État et l'Assurance maladie, devrait donc être clarifiée.

Pour cela, l'État devrait renforcer son rôle de stratège en termes de santé publique (animation des débats nationaux à ce sujet, cadrage des objectifs, budget, évaluation des résultats, contrôle de ses opérateurs) et de responsable au premier chef de la sécurité sanitaire (pouvoirs régaliens de l'État). L'Assurance maladie devrait,

elle, disposer de davantage de pouvoir de décision sur l'ensemble de l'organisation et du financement des soins.

La Cnam et la MSA sont des opérateurs de l'État pour gérer l'Assurance maladie nationale. Mais leur responsabilité sur le système de soins est très limitée. Elles n'ont, par exemple, aucune responsabilité sur la régulation du secteur hospitalier public et privé, ce qui crée des entraves importantes pour l'efficacité de leurs décisions.

Un exemple en oncologie : de plus en plus de prises en charge thérapeutiques, précédemment réalisées dans les services d'oncologie médicale des hôpitaux publics et privés, se développent en ambulatoires (traitements *per os* en dehors de ces services de chimiothérapie). Dans ce cas, c'est l'Assurance maladie qui fixe le financement de cette prise en charge médicale et du traitement en ambulatoire. Mais ces transferts d'activité des hôpitaux vers la médecine ambulatoire remettent en cause l'équilibre financier des hôpitaux publics et privés, bien rémunérés pour ces activités de chimiothérapie. Dans ce cas, c'est l'État et pas l'Assurance maladie qui doit gérer cette question !

Ces cloisonnements de responsabilité sont contraires à la nécessité d'une diffusion rapide des innovations organisationnelles, thérapeutiques et digitales, ainsi qu'à la nécessité de répondre au mieux aux besoins des patients et des professionnels. Il faut y mettre fin parce qu'ils entravent l'agilité de notre système de soins.

Pour cela, l'État pourrait déléguer à l'Assurance maladie nationale la totalité de ses pouvoirs de régulation des soins et de la prévention dans la sphère des soins. L'extension des missions de l'Assurance maladie pourrait conduire à un

changement de nom, pour l'appeler par exemple « France Assurance santé ».

Sous l'autorité stratégique de l'État et avec une gouvernance de sa surveillance constituée des partenaires sociaux et des représentants des usagers, l'Assureur santé national s'appuierait sur ses relais régionaux et locaux, les ARS et les CPAM actuelles.

Pour mieux répondre aux besoins de soins des Français et pour prendre des décisions efficaces, le champ de responsabilité de l'Assureur santé national devrait être le plus large possible : Organisation et financement de toutes les activités de soins dans le secteur sanitaire (donc y compris les hôpitaux publics et privés) et le secteur médico-social (personnes dépendantes âgées et handicapées) ; Organisation et financement de toutes les activités de promotion de la santé dans le cadre des soins.

Les différents leviers d'actions correspondants à ces missions devraient aussi être confiés à l'Assureur santé national : Financement ; Encadrement et contrôles du fonctionnement des acteurs ; Responsabilités de la négociation conventionnelle avec ces acteurs ; Animation du réseau national de soins à l'échelon national, régional et local.

Pour cela, l'Assureur santé national intégrerait tous les agents actuellement chargés de ces missions au ministère de la Santé, à la Cnam, à la CNSA et dans les ARS. La suppression des postes redondants de ces différents organismes servirait l'objectif précédent d'optimisation des dépenses. Oui, une décision radicale ! Un ministère des Solidarités nationales au sens large continuerait entre autres missions d'assurer les missions

fondamentales de l'État dans le secteur de la santé au moyen des personnels actuellement attachés à ces fonctions : La mission régaliennne de santé publique, de sécurité sanitaire et de santé environnement, pour laquelle les moyens seraient renforcés ; La tutelle d'un groupe hospitalier public ; Le pilotage des comptes de la Sécurité sociale.

L'ENTRAVE N° 6 À DAVANTAGE DE RESPONSABILISATION DES DÉCIDEURS : L'ACTUEL CARCAN ADMINISTRATIF, JURIDIQUE ET MANAGÉRIAL DES HÔPITAUX PUBLICS.

LA SOLUTION RADICALE N° 6 :

ACCORDER DAVANTAGE D'AUTONOMIE ET DE POUVOIR AUX DIRIGEANTS ADMINISTRATIFS ET MÉDICAUX DES HÔPITAUX PUBLICS EN CRÉANT UN GROUPE HOSPITALIER PUBLIC NATIONAL PILOTÉ À L'ÉCHELON LOCAL PAR LES CHRU ET DISPOSANT D'UNE AUTONOMIE DE CONTRACTUALISATION AVEC LES RÉGIONS.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les hôpitaux publics devront mieux répondre aux nouveaux besoins des patients et de leurs professionnels et relever le défi de la concurrence avec les hôpitaux privés, dans certaines spécialités médicales.

Mais il faut d'abord tirer les conséquences de la responsabilité de l'État dans l'impasse actuelle dans laquelle se trouvent les hôpitaux publics. On n'améliorera pas le fonctionnement des hôpitaux publics par des demi-mesures ou des replâtrages : là aussi, des décisions radicales seraient nécessaires.

Il faudrait commencer par les libérer de ce qui les empêche d'effectuer de façon satisfaisante leurs missions. Selon tous les hospitaliers, le processus de décision actuel est trop centralisé, trop administré et souvent plein de contradictions dans ses directives. À l'exemple de la décision récente relative au plafonnement de la rémunération de l'intérim médical ou celle prise par la ministre de la Santé fin 2014 sur le temps de travail des médecins urgentistes dans les hôpitaux publics, contre l'avis des directeurs et des représentants des commissions médicales.

La meilleure façon de répondre à la désaffection de nombreux médecins hospitaliers publics serait donc d'accorder davantage de pouvoir de décision aux dirigeants administratifs et médicaux

**LA MEILLEURE FAÇON
DE RÉPONDRE À LA
DÉSFFECTATION DE
NOMBREUX MÉDECINS
HOSPITALIERS
PUBLICS SERAIT
DONC D'ACCORDER
DAVANTAGE DE
POUVOIR DE DÉCISION
AUX DIRIGEANTS
ADMINISTRATIFS
ET MÉDICAUX DES
HÔPITAUX PUBLICS**

des hôpitaux publics. Il faudrait, par exemple, commencer par leur déléguer la responsabilité des nominations des médecins hospitaliers, de la gestion des carrières, des rémunérations et de l'organisation du temps de travail. Je peux, en effet, comme bien d'autres, témoigner du fait que les exigences des hôpitaux exprimées vis-à-vis de l'implication des médecins sont bien supérieures dans le secteur privé non lucratif et dans le secteur privé lucratif par rapport à celles des hôpitaux publics. Dans ces derniers, l'indépendance des médecins en termes d'implication au travail y est plus forte, pour le meilleur du meilleur... mais aussi pour le pire du pire. Si nous voulons sauver les hôpitaux publics, commençons par oser dire cela !

Donner plus d'autonomie aux dirigeants médicaux et administratifs des hôpitaux publics sur tous ces sujets, c'est donner plus de chance à l'intelligence collective des directeurs, des directeurs et des représentants

médicaux. Comme la SNCF ou n'importe quelle grande entreprise privée multi-sites le fait dans le dialogue social !

Appliquer ce principe de subsidiarité à la gestion des 1 340 hôpitaux publics actuels nécessiterait que deux réformes soient engagées :

- la modification du cadre de leur gouvernance et de leur gestion, en prenant exemple sur celui appliqué à d'autres services nationaux d'intérêt collectif.
- la création d'un premier niveau d'autonomisation vis-à-vis du pouvoir politique et étatique, au moyen de la création d'un groupe hospitalier public national.

Ce groupe public pourrait être dirigé par des hospitaliers publics et organisé en circonscriptions hospitalières publiques pilotées par les 32 Centres hospitaliers universitaires (CHU) et intégrant les Groupements hospitaliers publics de territoires (GHT) actuels ou modifiés pour mieux correspondre aux bassins de santé.

Chefs de file territoriaux de ce groupe hospitalier public, ces CHU auraient un objectif prioritaire : mieux organiser l'activité des médecins publics dans l'ensemble de leur circonscription hospitalière pour mieux optimiser ces ressources et les parcours de soins des patients.

Cette organisation sous forme d'un groupe national et de circonscriptions hospitalières publiques permettrait par ailleurs aux Régions de conclure des contrats de performance avec les directions territoriales de ce groupe, comme elles le font avec la SNCF.

Pour réussir cette subsidiarité, la mission des régulateurs nationaux (ministère de la Santé, ministère du Budget et Assurance maladie) vis-à-vis des hôpitaux publics devrait aussi être clarifiée :



- 1) Elle devrait porter en priorité sur le cadrage stratégique des hôpitaux publics : Les besoins de soins auxquels ils doivent spécifiquement répondre ; Les conditions de leur coopération avec les autres acteurs de soins pour répondre aux autres besoins ; Les conditions de sécurité pour la réalisation de leurs activités ; Le budget pluriannuel de l'ensemble de ce secteur. 2) L'intervention directe des régulateurs publics dans la gestion des hôpitaux publics ne devrait, elle, concerner que des sujets à fort impact sur ces hôpitaux et pour lesquels leurs dirigeants administratifs et médicaux n'ont aucun pouvoir de décision, ni aucune solution co-construite en interne. Par exemple, les différences considérables et injustifiées de revenus entre les médecins libéraux des cliniques privées lucratives et les médecins de même spécialité dans les hôpitaux publics, mentionnées dans la proposition n° 2 ci-dessus.

L'ENTRAVE N° 7 À DAVANTAGE DE RESPONSABILISATION DES DÉCIDEURS : L'INSUFFISANCE DE POUVOIR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANT DANS CERTAINS PARCOURS DE SOINS DE MALADES CHRONIQUES.

LA SOLUTION RADICALE N° 7 :

DÉLÉGUER À DES FÉDÉRATIONS TERRITORIALES DE COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS) LA CRÉATION DE PLATEFORMES TERRITORIALES DE GESTION DE PARCOURS CHRONIQUES PRIORITAIRES. CES PLATEFORMES GÉRÉES PAR DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DISPOSERAIENT DU POUVOIR ET DES FINANCEMENTS POUR LA TOTALITÉ DES ACTEURS DE SOINS AMBULATOIRES ET HOSPITALIERS INTERVENANT SUR LA PRISE EN CHARGE DE CES PATHOLOGIES CHRONIQUES.

Davantage responsabiliser, c'est demander au délégataire de la responsabilité de proposer des objectifs en termes de résultats de santé, les négocier avec lui et lui donner davantage de pouvoir sur l'organisation, le choix des services de soins et le financement de ces derniers.

Beau programme !

Avec des ressources financières et humaines toujours plus limitées et l'augmentation à venir des malades chroniques, la gestion de certaines de ces pathologies va devenir plus difficile. Et pourtant, nous n'avons jamais eu autant besoin d'un chef d'orchestre pour coordonner tous les intervenants du soin auprès des patients. C'est le rôle magnifique du médecin généraliste !

Cela fait trente ans que nous parlons de l'hospitalocentrisme comme d'une difficulté insurmontable au sein de notre système de soins, au moment où les pathologies chroniques et la dépendance des personnes âgées se développent. Trente ans que nous ne savons pas bien comment sortir de ce réflexe acquis de certains hospitaliers, élus locaux et patients qui consiste à croire que l'hôpital est la meilleure solution.

Je crois depuis longtemps, comme bien d'autres, à la nécessité de recentrer le management des parcours de soins, en particulier pour les pathologies chroniques, sur les équipes de soins de premier recours, animées par les médecins généralistes.

Mais passons aux travaux pratiques ! Pour faire évoluer notre modèle d'organisation des soins, il faudrait aller beaucoup plus loin que ce que nous avons fait jusqu'à maintenant. Nous pourrions nous inspirer des organisations existantes au

NOUS POURRIONS NOUS INSPIRER DES ORGANISATIONS EXISTANTES AU CANADA, EN HOLLANDE, EN ESPAGNE, EN ITALIE OU DANS LES PAYS NORDIQUES QUI CONFIENT BEAUCOUP PLUS DE RESPONSABILITÉS AUX MÉDECINS DE FAMILLE DANS LA GESTION – ET PAS SEULEMENT LA COORDINATION – DES PARCOURS DE SOINS CHRONIQUES

Canada, en Hollande, en Espagne, en Italie ou dans les pays nordiques qui confient beaucoup plus de responsabilités aux médecins de famille dans la gestion – et pas seulement la coordination – des parcours de soins chroniques.

Je crois que la jeune génération de médecins généralistes, très bien formée, est prête à relever ce défi pour prendre davantage de responsabilités. Pas seulement donc dans la gestion clinique de leurs patients, mais aussi dans la gestion organisationnelle des parcours de leurs patients. Beaucoup de jeunes médecins généralistes se sentiraient plus valorisés par cette délégation de responsabilité.

Il faudrait donc aller plus loin que le dispositif actuel de plateforme d'appui aux professionnels de santé pour les malades complexes.

Ainsi, dans le cadre des coalitions territoriales de professionnels de santé envisagées actuellement par le ministère de la Santé et de la Prévention, des plateformes territoriales pour la gestion des parcours de soins chroniques prioritaires (en termes de santé publique) pourraient être gérées par des médecins généralistes. Ces

coalitions territoriales réuniraient les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les acteurs du secteur médico-social et les acteurs du secteur social. Ces plateformes pourraient couvrir des territoires de 175 000 à 350 000 habitants.

Les pathologies chroniques prioritaires managées par ces plateformes territoriales avec l'aide de solutions digitales adaptées pourraient être le diabète, l'insuffisance cardiaque, la maladie rénale chronique et certaines affections mentales.

Pour réussir cela, l'Assurance santé nationale déléguerait à ces plateformes la responsabilité des parcours et aussi les financements leur permettant de rémunérer la totalité des acteurs ambulatoires et hospitaliers intervenant dans la prise en charge des patients concernés. Ces prestataires de soins signeraient des conventions de prestations avec ces plateformes pour chacune des maladies chroniques prioritaires retenues. Les financements de ces prestataires de soins intégreraient bien évidemment des objectifs de performance.

Donner le pouvoir de gestion de parcours de soins prioritaires, y compris financier, à la médecine générale serait, n'ayons pas peur du mot, une petite révolution dans l'organisation des soins. Une révolution tant pour les médecins généralistes eux-mêmes que pour les hôpitaux publics qui dépendraient des acteurs des soins de premiers recours pour une partie de leur financement !

Engager cette révolution serait la meilleure façon d'inscrire dans les faits les médecins généralistes

et les équipes de premier recours comme le meilleur niveau de coordination des parcours de soins complexes.

9. PRENDRE DES DÉCISIONS RADICALES POUR MIEUX CONSIDÉRER LES DIFFÉRENTS ACTEURS

L'ENTRAVE N° 8 À LA CONSIDÉRATION PORTÉE AUX PATIENTS : L'INÉGALITÉ TERRITORIALE DANS L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER ET DE SECOND RECOURS.

LA SOLUTION RADICALE N° 8 :

FAIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX DE PREMIER ET SECOND RECOURS UNE GRANDE CAUSE NATIONALE, AVEC UNE MESURE PHARE : LA TRANSFORMATION DE LA LIBERTÉ TOTALE D'INSTALLATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN UNE RÉGULATION DE LEUR INSTALLATION NÉGOCIÉE SELON LES BESOINS PRIORITAIRES DES TERRITOIRES.

Comme on l'a vu ci-dessus, cette inégalité conduit des Français parmi les non-privilegiés à

errer de façon souvent dramatique en dehors de tout parcours de soins coordonnés.

Pour cette raison et compte tenu des risques sociaux énumérés en introduction, le président de la République pourrait faire de cette situation une grande cause nationale, comme le président Chirac l'avait fait de la lutte contre le cancer. Et ça a marché : la France est devenue une référence mondiale en termes d'organisation des parcours de soins en cancérologie !

Cette inégalité de densité médicale ne peut en effet être traitée en faisant peser sur les seuls internes en dernière année de médecine générale l'exigence de pallier le manque de médecins dans les territoires défavorisés. Ne peut-on pas demander aux médecins libéraux qu'ils prennent, eux aussi, mieux en compte les besoins de la population dans le choix de leurs lieux d'exercice afin d'harmoniser progressivement les densités médicales des territoires de soins ?

Pour bâtir un nouveau dispositif négocié avec leurs représentants, ne pourrait-on pas prendre exemple sur les pharmaciens, les kinésithérapeutes et les infirmiers qui adaptent avec succès leurs installations aux besoins des territoires ? Comme le font d'ailleurs tous les hôpitaux publics et privés et toutes les entreprises de France pour les besoins de leurs patients et de leurs clients !

Je ne dis pas qu'il faut contraindre par la force des jeunes médecins à s'installer dans les territoires qui manquent le plus de médecins dans leur spécialité. Mais je crois que les régulateurs nationaux devraient mettre sur la table la limitation de la liberté totale d'installation, tant pour les médecins généralistes que pour les médecins

INÉGALITÉ TERRITORIALE DANS L'ACCÈS AUX SOINS

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE POURRAIT FAIRE DE CETTE SITUATION UNE GRANDE CAUSE NATIONALE, COMME LE PRÉSIDENT CHIRAC L'AVAIT FAIT DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

spécialistes, tant en libéral en cabinet et maisons de santé de ville qu'en centres de santé ou dans les hôpitaux publics et privés.

La détermination des dirigeants politiques sur cette grande cause nationale et le dialogue avec les représentants des médecins permettraient de trouver des solutions radicales à cette problématique.

Oui, ce type de conventionnement pour la médecine libérale et les créations de postes de médecins en centres de santé, dans les hôpitaux publics et privés, conditionné aux besoins relatifs des territoires d'intérêt collectif, heurterait les jeunes médecins attachés à la liberté totale d'installation !

Oui, cette décision ne réglerait pas tout. Il faut, par exemple, continuer de gagner du temps médical et développer la collaboration entre professionnels de santé !

Mais, comme indiqué ci-dessus, le plus important est bien de maintenir l'adhésion de tous les Français au système de santé solidaire auquel ils sont obligés de cotiser pour bénéficier d'un égal accès à un médecin conventionné.

De leur côté, les médecins libéraux pourraient voir leur intérêt à accepter cette évolution : elle

éviterait que l'opinion publique se retourne contre eux ; elle pourrait aussi être la clé du maintien des médecins généralistes en tant que coordinateurs des équipes médicales et soignantes et la clé de l'augmentation significative de leur rémunération (voir la proposition n° 11 ci-dessous).

L'ENTRAVE N° 9 À LA CONSIDÉRATION PORTÉE AUX PATIENTS ET AUX PROFESSIONNELS : LE FACTEUR ÉCONOMIQUE DANS LES PRISES EN CHARGE DES SÉJOURS HOSPITALIERS DE COURT SÉJOUR EN SECTEUR PUBLIC ET PRIVÉ.

LA SOLUTION RADICALE N° 9 :

COMMENCER PAR CORRIGER LES DISTORSIONS ENTRE L'ÉCHELLE DES TARIFS DES SÉJOURS ET L'ÉCHELLE DE LEURS COÛTS DANS L'ACTUELLE TARIFICATION À L'ACTIVITÉ POUR LES ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES DE COURT SÉJOUR, AFIN DE METTRE FIN AUX DIFFÉRENCES NON ÉTHIQUES DE MARGES FINANCIÈRES RÉALISÉES ENTRE CES DIFFÉRENTS SÉJOURS.

**DANS LE CADRE DU
CONTRAT SOCIAL QUI
NOUS LIE LES UNS
AUX AUTRES DANS
LE SYSTÈME DE
SOINS, NOUS AVONS
ABONDAMMENT TRAITÉ
[...] LES DROITS DES
ASSURÉS. MAIS IL S'AGIT
AUSSI, COMME TOUS
LES PROFESSIONNELS
L'ATTENDENT, DE FAIRE
RECONNAÎTRE DE
NOUVEAUX DEVOIRS POUR
LES ASSURÉS**

La tarification à l'activité des activités de court séjour de Médecine, Chirurgie et Obstétrique réalisée par les hôpitaux publics et privés (T2A MCO) a été souvent décriée depuis son application au cours de la décennie 2000.

Plus encore que les critiques relatives au productivisme et à la concurrence entre établissements qu'elle générerait, la façon dont cette tarification à l'activité a été appliquée heurte les valeurs éthiques de très nombreux professionnels.

Il s'agit d'un sujet technique : en effet, la marge financière unitaire de certains de ces courts séjours est plus élevée que celle d'autres séjours,

quand parfois des séjours sont même réalisés à perte ! Cela est dû à un défaut d'origine lors de l'application de cette tarification à l'activité : l'échelle qui positionne les tarifs des séjours les uns par rapport aux autres n'est pas la même que l'échelle qui positionne les coûts des séjours les uns par rapport aux autres.

Cette dissociation entre le positionnement relatif des séjours en termes de tarifs et de coûts conduit à des patients rentables, des patients qui le sont moins et des patients même financièrement désavantageux ! Cette classification économique avec des « bons patients » et des « mauvais patients » (la pression économique est le plus souvent implicite) est économiquement stupide et éthiquement inacceptable. Lorsque la pression financière au sein d'un hôpital devient très forte en raison de son déficit, le risque avec une telle tarification est de ne plus avoir le soin comme seule valeur de l'activité mais d'intégrer la rentabilité de certains séjours par rapport à d'autres.

On ne le dit pas beaucoup, mais ces distorsions de marges financières entre les différents courts séjours sont un des principaux facteurs latents de désaffection des professionnels vis-à-vis des hôpitaux.

À enveloppe financière équivalente, il faudrait donc progressivement corriger ces distorsions entre l'échelle des tarifs de ces séjours et l'échelle de leurs coûts.

Cette décision éthique serait particulièrement difficile, car elle modifierait les comportements économiques de tout le secteur hospitalier,

public comme privé. Mais si l'on veut réintroduire de la valeur humaine dans l'engagement des professionnels, en particulier dans les hôpitaux publics, cette décision radicale est indispensable.

**L'ENTRAVE N° 10 À LA
CONSIDÉRATION DES
MÉDECINS : L'ABSENCE
DE SANCTION DES
USAGERS EN CAS DE
COMPORTEMENTS NON
SOLIDAIRES VIS-À-VIS
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ.**

LA SOLUTION RADICALE N° 10 :

**METTRE EN PLACE UN MALUS
SOLIDARITÉ SOINS, C'EST-À-DIRE
LA POSSIBILITÉ DE PÉNALISER
FINANCIÈREMENT DES ASSURÉS
SOCIAUX DANS LES CAS DE
COMPORTEMENTS NON SOLIDAIRES,
PAR EXEMPLE DES ABSENCES
RÉPÉTÉES AUX RENDEZ-VOUS
MÉDICAUX.**

Dans le cadre du contrat social qui nous lie les uns aux autres dans le système de soins, nous avons abondamment traité ci-dessus les droits des assurés.

Mais il s'agit aussi, comme tous les professionnels l'attendent, de faire reconnaître de nouveaux devoirs pour les assurés.

Cette question est sensible, mais aucune décision radicale dans le système de soins ne pourra être prise sans un équilibre entre les droits et les devoirs, ni sans assurer une certaine cohérence entre ces décisions.

Un Assureur santé national plus fort, comme proposé ci-dessus, devrait aussi soutenir le plus possible les professionnels de santé de son réseau de soins.

Concrètement, il pourrait commencer à habituer les Français à être pénalisés financièrement lorsqu'ils ne respectent pas les règles de comportement nécessaires au maintien de la solidarité que l'on veut défendre au sein du système de soins.

Un dispositif de sanction financière en termes de remboursement de soins – un malus solidarité soins – pourrait être enclenché lorsque seraient signalés des manquements d'un assuré à des obligations de base à l'égard du système de soins solidaire, y compris pour les patients en Affection de longue durée (ALD).

Par exemple, le fait de ne pas se présenter plusieurs fois à des rendez-vous de soins organisés.

Pour afficher vis-à-vis de tous que la préservation de la solidarité au sein de ce système est une valeur cardinale de notre pays, ce dispositif pourrait ensuite être étendu à d'autres devoirs incontournables des assurés sociaux.

L'ENTRAVE N° 11 À LA CONSIDÉRATION POR- TÉE AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES : L'IN- SUFFISANCE DE LEUR RÉMUNÉRATION.

LA SOLUTION RADICALE N° 11 :

REVALORISER DE FAÇON SIGNIFICATIVE LA RÉMUNÉRATION DES ACTES MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE, SANS CONDITION.

Le temps de travail des médecins généralistes de notre pays est un des plus élevés de l'Union européenne et leur rémunération est une des plus faibles. On constate par ailleurs qu'à temps de travail équivalent, leur niveau de vie a fortement baissé depuis 10 ans.

Accepter cette double peine, c'est mettre l'ensemble de notre système de soins en difficulté. Nous ne dirons jamais assez que nous avons besoin non seulement de nouveaux médecins généralistes mais aussi des médecins généralistes actuellement en exercice. Nous avons besoin de leur motivation à tous pour que les jeunes s'engagent dans ce métier, en particulier là où il en manque le plus.

Alors que les exigences et la lourdeur des situations médicales de la patientèle continuent

d'augmenter, nous n'arriverons pas à provoquer un sursaut de motivation dans cette profession en première ligne sans augmenter leur rémunération.

Le principe du donnant-donnant dans une négociation entre l'Assurance maladie nationale et les représentants des médecins libéraux est un réflexe de bonne gestion. Je crois cependant que nous sommes arrivés à un tel niveau de risque et à un tel niveau de difficulté d'exercice pour cette profession que tout élément de conditionnalité dans la négociation avec elle peut avoir l'effet inverse à l'effet de bonne gestion recherché. Il faut donc savoir faire confiance *a priori* à tous ces médecins généralistes dont la très grande majorité ne comptent ni leurs heures ni leur engagement.

La future Assurance santé nationale devrait donc intégrer des mesures financières audacieuses relatives à leurs rémunérations.

Si les représentants des médecins généralistes libéraux sont attachés à la rémunération à l'acte, je crois qu'il faudrait maintenir la proportion actuelle de cette rémunération dans leur rémunération totale. N'oublions pas que c'est aussi un facteur positif d'activité de ces médecins dans l'intérêt du pays, alors que leur nombre va fortement baisser dans les cinq années à venir.

La perspective d'un tarif à 50 euros pour les consultations les plus complexes, comme le réclamaient certains d'entre eux pour l'ensemble des consultations, devrait être posée comme un objectif à atteindre rapidement, sans conditions trop restrictives.

Mais une décision radicale avec les représentants des médecins de premier et de second recours à propos de leurs conditions financières d'exercice



**« SI CES PROPOSITIONS
SUSCITAIENT DES DÉBATS,
DES RÉACTIONS ET LES
OPPOSITIONS DE CEUX DONT
LES INTÉRÊTS SERAIENT LES
PLUS BOUSCULÉS, QU'ELLES
SOIENT DISCUTÉES ! MAIS
AGISSONS VRAIMENT, VITE
ET EN PROFONDEUR !
FAISONS-LE POUR LA
MAJORITÉ SILENCIEUSE DES
PATIENTS, DES PERSONNES
DÉPENDANTES ET DE
LEURS PROCHES, LES NON-
PRIVILÉGIÉS ! FAISONS-LE
POUR NOTRE PAYS DANS
SON ENSEMBLE ! »**

pourrait aussi comporter un financement nettement plus élevé pour le recrutement d'infirmiers de pratiques avancées (IPA) et d'assistants administratifs.

Enfin, le tarif des actes réalisés par les médecins généralistes et les médecins d'autres spécialités qui réaliseraient des consultations avancées en cabinet secondaire dans les territoires en difficulté devrait être fortement revalorisé.

L'ENTRAVE N° 12 À LA CONSIDÉRATION DES MÉDECINS HOSPITALIERS PUBLICS : L'INSUFFISANCE DE LA RÉMUNÉRATION DE LEURS SUJÉTIONS LES PLUS PÉNIBLES.

LA SOLUTION RADICALE N° 12 :

REVALORISER D'AU MOINS 50 % LA RÉMUNÉRATION DE LEURS SUJÉTIONS MÉDICALES DE WEEK-END, JOURS FÉRIÉS, ASTREINTES ET GARDES AFIN DE POUVOIR RECRUTER DAVANTAGE DE MÉDECINS TITULAIRES.

Après avoir aligné les rémunérations nettes de base entre médecins publics et médecins privés (selon la proposition n° 2 ci-dessus), la rémunération des sujétions les plus pénibles,



comme les gardes et astreintes de nuits, de week-end et de jours fériés restent un élément essentiel pour les médecins hospitaliers.

Les temps ont en effet changé : le poids de ces sujétions devient plus difficile pour les médecins hospitaliers, des plus jeunes aux plus âgés.

Alors qu'on manque de médecins hospitaliers publics partout, on ne peut plus attendre d'un médecin qu'il travaille de nuit, un dimanche ou un jour férié dans un hôpital public avec une rémunération de seulement 277,19 euros ou une demi-nuit ou un samedi après-midi pour 138,59 euros.

Un effort important devrait être fait pour augmenter d'au moins 50 % ces rémunérations, voire le double à une échéance de trois ans.

*

Nous sommes aujourd'hui face à un choix majeur pour l'évolution de notre système de soins.

Ces 12 propositions vont dans le sens de ce que proposait le président de la République en janvier dernier : plus de radicalité pour sauver notre système de soins.

Elles sont liées, car la cohérence entre ces propositions est forte : n'appliquer que l'une ou l'autre sans appliquer les autres propositions liées déstabiliserait le système de soins.

Il est évident que la radicalité de l'ensemble aurait un coût : les choix les meilleurs pour nous tous sont aussi les plus difficiles à mettre en œuvre. Tant pour des raisons techniques qu'en raison des oppositions qu'ils susciteraient et de la volonté probable de certains partis politiques de ne pas s'y associer.

L'adoption ou non de ces décisions radicales est donc un sujet politique qui appartient à nos élus nationaux.

Comment rassembler une majorité politique autour de la coalition présidentielle actuelle, en la fondant sur cette nécessité impérieuse d'optimiser le fonctionnement du système de soins ?

Comment faire pour que des partis politiques passent au-dessus de leurs intérêts électoraux respectifs pour privilégier l'intérêt général fortement attaqué en termes d'accès aux soins, alors que ces décisions radicales ne porteraient leurs fruits que dans plusieurs années ?

Dans le cas où une alliance politique sur ces questions ne serait pas possible, une loi de santé comportant ces mesures radicales pourrait-elle être adoptée par un référendum législatif à l'initiative du président de la République ou à l'initiative d'au moins un cinquième des membres du parlement (référendum d'initiative partagée) ?

Si je ne peux répondre à ces interrogations, je crois que l'avenir de la plupart des partis politiques actuels dépend de leur capacité à prendre à bras-le-corps les inquiétudes et les soucis quotidiens des Français non privilégiés.

Quel que soit donc le mécanisme politique pour les adopter, si ces propositions suscitaient des débats, des réactions et les oppositions de ceux dont les intérêts seraient les plus bousculés, qu'elles soient discutées ! Mais agissons vraiment, vite et en profondeur !

Faisons-le pour la majorité silencieuse des patients, des personnes dépendantes et de leurs proches, les non-

privilégiés ! Faisons-le pour notre pays dans son ensemble ! Nous avons tant besoin de préserver notre cohésion sociale et notre système de soins, ce patrimoine commun que le monde entier nous enviait il y a encore peu de temps ■

CES 12 PROPOSITIONS VONT DANS LE SENS DE CE QUE PROPOSAIT LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE EN JANVIER DERNIER : PLUS DE RADICALITÉ POUR SAUVER NOTRE SYSTÈME DE SOINS. ELLES SONT LIÉES, CAR LA COHÉRENCE ENTRE CES PROPOSITIONS EST FORTE : N'APPLIQUER QUE L'UNE OU L'AUTRE SANS APPLIQUER LES AUTRES PROPOSITIONS LIÉES DÉSTABILISERAIT LE SYSTÈME DE SOINS



DÉMOGRAPHIE DES RETRAITES: LA PYRAMIDE, LE KEBAB ET L'ÉLÉPHANT

PAR RÉGIS DE LAROULLIÈRE
MEMBRE DU CRAPS & ANIMATEUR DES FORUMS MAC MAHON

DIDIER BAZZOCCHI
VICE-PRÉSIDENT DU CRAPS

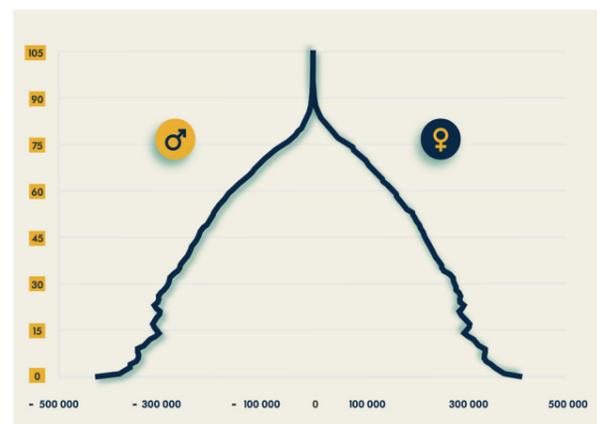
FABIEN BRISARD
DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CRAPS

RETRAITES

« IL NE S'AGIT PAS DE REJOUER LE MATCH, MAIS DE SE FAMILIARISER AVEC L'ÉLÉPHANT DÉMOGRAPHIQUE QUI VIENT BOUSCULER L'ÉQUILIBRE DE NOS RÉGIMES, ET IMPOSERA UNE NOUVELLE RÉFORME AU PLUS TARD EN 2030 »

Le débat sur la réforme des retraites de 2023 a été focalisé sur le nombre de milliards d'euros nécessaires pour rétablir l'équilibre de nos régimes en répartition à l'horizon de 2030, mis en péril par les évolutions démographiques. Ces évolutions ont été peu développées, au-delà de l'affirmation selon laquelle, vivant plus longtemps, il nous fallait travailler plus longtemps pour maintenir le niveau de vie des actifs et des retraités.

Elles méritent pourtant que l'on s'y arrête. Il ne s'agit pas



LA DÉMOGRAPHIE EN 1870 EN FRANCE

de rejouer le match, mais de se familiariser avec l'éléphant démographique qui vient bousculer l'équilibre de nos régimes, et imposera une nouvelle réforme au plus tard en 2030, et peut-être avant : ce sera très certainement un des enjeux difficiles du quinquennat 2027-2032. Se familiariser avec l'enjeu nous semble de nature à préparer le terrain et à améliorer l'acceptation de la prochaine réforme.

1. UNE REPRÉSENTATION VISUELLE DE LA MODIFICATION DE LA STRUCTURE DE LA POPULATION : DE LA PYRAMIDE AU KEBAB

Nous avons pris l'habitude de qualifier de pyramide démographique la représentation graphique de la population d'un pays. Dans le contexte de forte croissance de la population et de forte mortalité qui prévalait alors que la démographie prenait son essor, cette formulation imagée était évocatrice. Regardons sa déformation sur une longue période, avec une dimension de prospective : de 1870 à 2070 en France.

En 1870, la France compte 943 000 naissances, à comparer à une population totale de 37 millions d'habitants. La représentation de la structure démographique de la France a alors une forme assez pyramidale, avec une base proche de



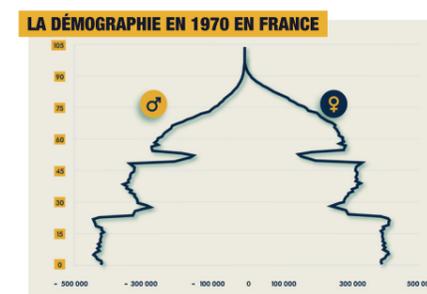
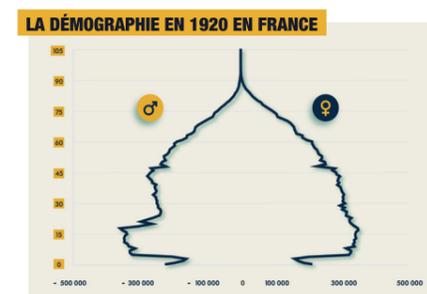
DE LA PYRAMIDE...

800 000 à 1 an du fait de la forte mortalité périnatale et infantile.

La baisse progressive de la mortalité déforme la représentation, qui devient plus ventrue, comme on le voit sur la représentation de 1920. Elle est de plus affectée d'échancrures correspondant à la baisse de la natalité pendant les guerres (1870, 1914-1918). Hors échancrures, la base se réduit, au voisinage de 700 000.

Le baby-boom (1946-1974) modifie assez radicalement la structure de la population, avec une large partie basse qui devient cylindrique, et dessine un socle à la pyramide, au voisinage de 850 000, la pyramide continuant de prendre du ventre.

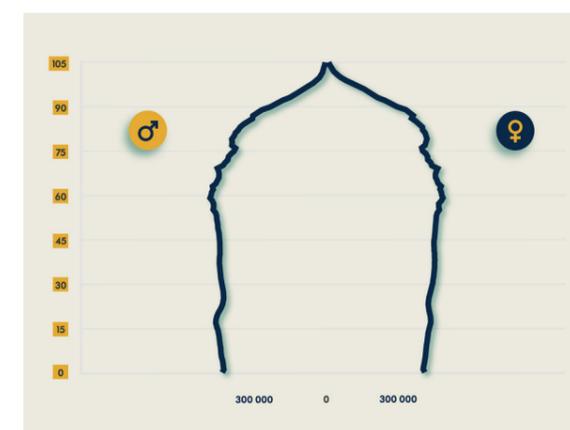
Avec la fin du baby-boom, la tendance s'inverse franchement. Le nombre de naissances décroche de 840 000 en 1974 (dernière année du baby-boom) pour fluctuer dans une fourchette entre 720 000 et 800 000 jusqu'en 2011 puis décliner avec des oscillations : 709 000 en 2020 et l'INSEE le projette à 660 000 en 2070. À cet horizon, la dernière génération du baby-boom aura 96 ans, elle aura quasiment disparu. La structure démographique ne ressemble plus du tout à une pyramide, elle est au plus large



pour la génération 2011, et assez régulièrement décroissante en dessous.

S'il fallait aujourd'hui requalifier la représentation de la nouvelle structure démographique qui se met en place, sans doute faudrait-il parler de kebab démographique.

Au demeurant, c'est bien la forme de la structure démographique qu'ont dès à présent des pays



LA DÉMOGRAPHIE EN 2070 EN FRANCE

plus avancés que nous dans le vieillissement comme le Japon ou l'Italie (voir page suivante).

Observons également que la Chine a connu la même évolution en un siècle (voir page suivante).

2. LES REPRÉSENTATIONS INFLUENT SUR NOTRE COMPRÉHENSION DES PHÉNOMÈNES

Nous avons l'habitude de parler de pyramide démographique. Avec une telle représentation, la perception des impacts du vieillissement n'est pas du tout la même que si nous parlions de kebab démographique. Prenons deux illustrations en lien avec les débats sur la nécessité de réformes des retraites :

La robustesse des régimes de retraite en répartition :

- Avec une référence à une pyramide, la base est large. Chaque génération est portée par des générations ultérieures plus nombreuses. Le régime est robuste et peut être généreux.

- Avec une référence à un kebab, chaque génération est portée par des générations ultérieures moins nombreuses. Le régime est plus fragile, et supporte moins bien la générosité.



... AU KEBAB

LA DÉMOGRAPHIE EN 2018 AU JAPON



LA DÉMOGRAPHIE EN 2022 EN ITALIE



L'importance attribuée à l'augmentation de l'espérance de vie :

- Avec une référence à une pyramide, chaque génération sera portée plus longtemps par des générations ultérieures demeurant plus nombreuses. La hausse de l'espérance de vie a un impact perçu limité. Faut-il alors vraiment travailler plus longtemps pour rééquilibrer le système ou essayer de se contenter de tirer parti des espérances de hausse à venir de la productivité ?

- Avec une référence à un kebab, chaque génération sera portée plus longtemps par des

générations moins nombreuses. La hausse de l'espérance de vie va accentuer encore la charge, elle a un impact perçu fort. Il peut sembler plus logique de demander aux seniors de prendre en charge une partie de l'effort, pour ceux qui sont en mesure de le faire.

Cette augmentation de l'espérance de vie a été très importante, avec une accélération à partir de 1870, et un ralentissement récent.

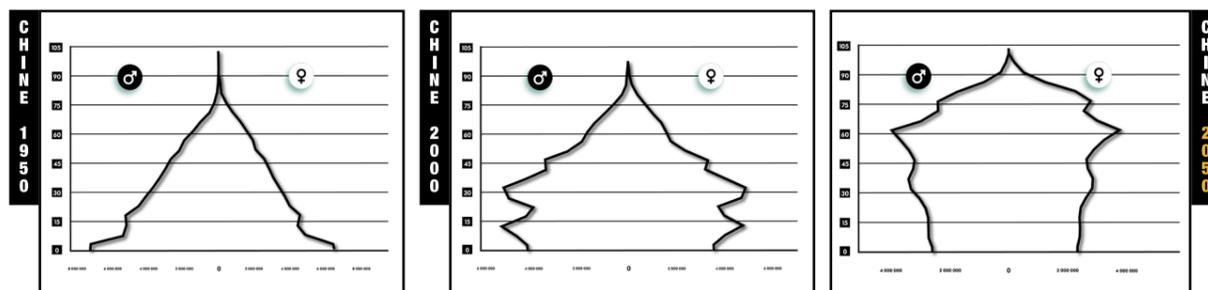
3. RETRAITES : L'IRRUPTION DE L'ÉLÉPHANT DÉMOGRAPHIQUE

Pour ce qui concerne l'équilibre des régimes de retraite, les développements qui précèdent n'épuisent pas le sujet : les effets de la transition de la pyramide vers le kebab se trouvent aggravés sur la période de passage de l'activité à la retraite de l'éléphant démographique que constituent les générations nombreuses du baby-boom.

De 2021 à 2030, la population des plus de 64 ans augmentera de 2,4 millions. Dans le même temps, la population d'âge actif (20-64 ans) diminuera de 500 000.

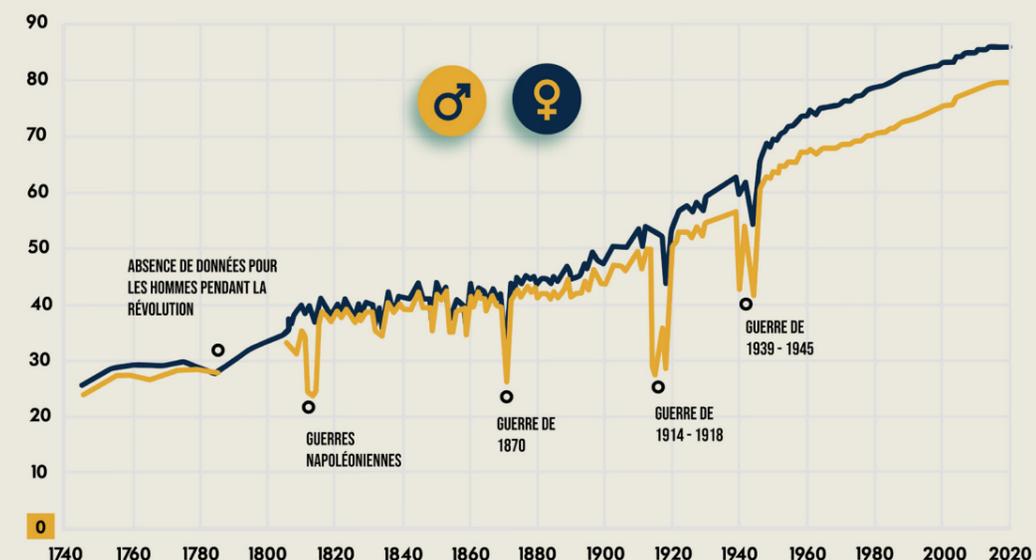
Et de 2030 à 2040, la population des plus de 64 ans augmentera de 2 millions supplémentaires, alors que celle de 20-64 ans diminuera à nouveau, de 600 000.

Comment ceci se compare-t-il à ce qui se passe avant et après ? Élargissons l'observation de la



L'ESPÉRANCE DE VIE EN FRANCE

Évolution de l'espérance de vie à la naissance en France de 1740 à 2020



population d'âge actif et de la population d'âge retraité à la période 2001-2050.

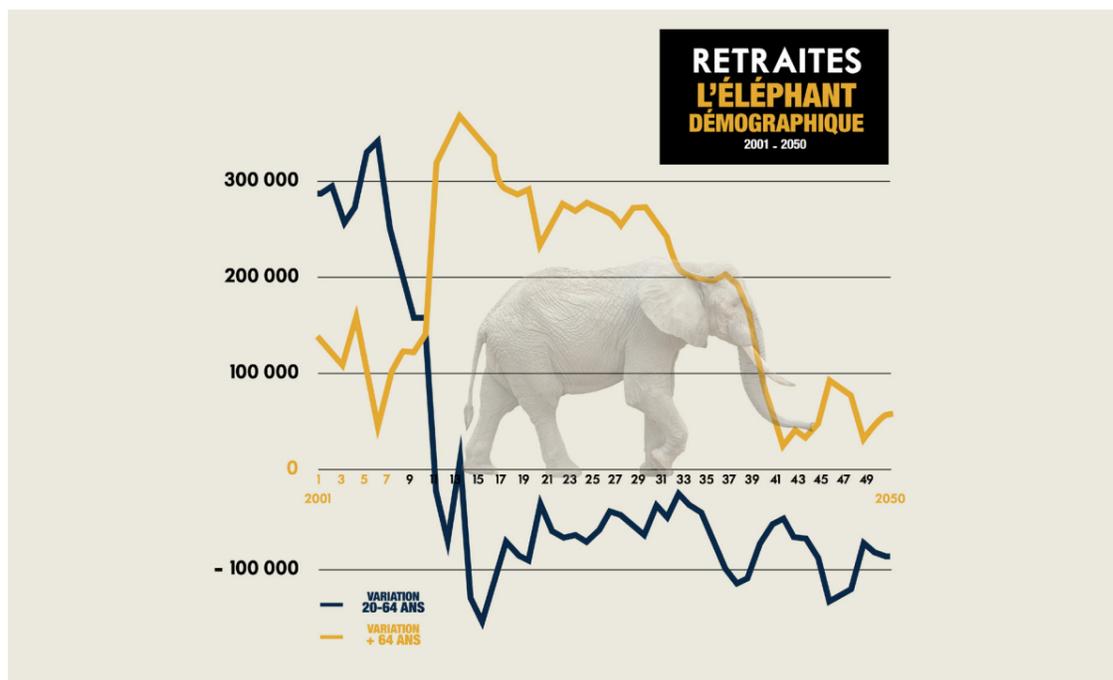
Dans les 10 années précédant l'arrivée de la génération de 1946 à 65 ans, la population des plus de 64 ans augmentait en moyenne de 130 000 par an. La population d'âge actif augmentait davantage pour sa part, de 210 000 par an. La tendance était comparable sur les décennies antérieures.

Avec l'arrivée des générations nombreuses du baby-boom à l'âge de la retraite, et sur les 29 années que dure la bascule, le nombre des plus de 64 ans augmente beaucoup plus rapidement, au rythme moyen de 250 000 par an, alors que celui des 20-64 ans n'augmente plus et diminue continûment, au rythme moyen de 60 000 par an. Sur la période, 7,5 millions de plus de 64 ans viennent s'ajouter aux 11 millions existant au

début de la bascule, une augmentation de plus des 2/3. Dans le même temps, la population d'âge actif se contracte de 1,8 million de personnes. Un véritable éléphant démographique traverse le paysage de la retraite.

Une fois toute la génération du baby-boom à l'âge de la retraite, la population d'âge retraité ralentit sa croissance. Celle-ci demeure durablement positive, au rythme de 60 000 par an sur les 10 années suivantes. La population d'âge actif continue de s'éroder. Il n'y a pas de rebond démographique en perspective, juste un net ralentissement de l'évolution.

Où en sommes-nous ? Que l'on mette le seuil de l'âge de la retraite à 60, 62 ou 64 ans ne change pas le constat sur l'ampleur de la bascule, mais affecte l'année à partir de laquelle elle se produit. Pour un âge de 64 ans, la moitié de l'éléphant



démographique aura passé le cap en 2023. Et en 2030, deux tiers de l'éléphant auront passé le cap, il en restera un tiers.

4. LA PROGRESSION DE L'ÉLÉPHANT DÉMOGRAPHIQUE

Le passage à la retraite de l'éléphant démographique déséquilibre évidemment les régimes de retraite en répartition, d'où les réformes successives.

Mais ce n'est pas tout. Les conséquences en termes d'emploi deviennent essentielles. Dans un premier temps, le passage des générations du baby-boom dans l'âge actif avait apporté une main-d'œuvre nombreuse, accrue par la montée en puissance du travail des femmes, dont les conséquences sur le marché du travail sont bien connues.

Le passage des générations du baby-boom à l'âge de la retraite inverse la situation. Le chômage s'oriente progressivement à la baisse, le mouvement est à présent bien engagé, même si la variation est irrégulière en fonction de l'économie et des crises qu'elle traverse.

Malgré cette baisse du chômage, les actifs peinent dès à présent à satisfaire les besoins totaux. C'est particulièrement net pour ce dont les seniors sont gros consommateurs, comme la santé et les services à la personne : les 60 ans et plus absorbent notamment près de la moitié des dépenses de santé, avec une accélération en fin de vie.

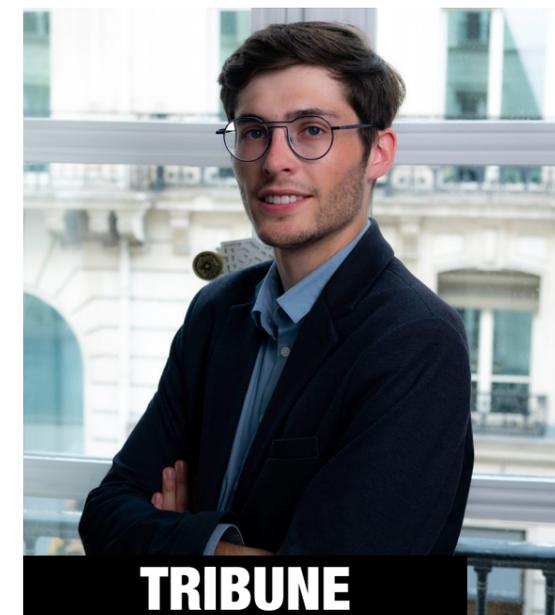
Plus encore, l'éléphant démographique va poursuivre sa progression. 85 ans après 1946, les premières générations du baby-boom arriveront à l'âge de la dépendance : 85 ans est l'âge

moyen d'entrée en établissement pour une personne âgée dépendante. La croissance des besoins des personnes dépendantes connaîtra à partir du début des années 2030 une forte accélération. L'éléphant démographique n'a pas fini de faire parler de lui.

À cet horizon de 2030, le réservoir de main-d'œuvre du chômage ayant été largement épuisé, le besoin de main-d'œuvre sera d'un autre ordre de grandeur qu'au moment de la réforme de 2023. Très certainement faudra-t-il une poursuite forte de la hausse des taux d'activité des seniors. La réhabilitation du travail aura-t-elle été réussie d'ici là, et suffira-t-elle ? Un élément essentiel à prendre en compte dans les différents chantiers relatifs au travail des seniors, qui ne peuvent se limiter à accompagner la réforme votée cette année ■

Sources :

- *La démographie en 1870, 1920, 1970, 2070 en France, Insee.*
- *La démographie en Italie 2022, Italian national institute of statistics.*
- *La démographie au Japon en 2019, Wikipédia.*
- *La démographie en Chine, 1950, 2000, 2050, United Nations World Population Prospects, révision 2008.*
- *L'espérance de vie en France, Institut national d'études démographiques.*
- *Retraites, l'éléphant démographique, think tank CRAPS à partir des chiffres de l'Insee.*



TRIBUNE

INVESTIR DANS LES ÉTUDIANTS EN SANTÉ POUR UN AVENIR PROMETTEUR

PAR YAËL THOMAS
PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE (ANEMF)

Autrefois perçu comme attractif, symbole de l'excellence et de dévouement au service public socialement valorisé, porte-étendard d'un système de santé performant et accessible à tous, l'hôpital public semble aujourd'hui bien éloigné de cette image. Le portrait moderne qu'on en fait porte davantage sur le matériel vieillissant et insuffisant, la recherche biomédicale en berne, ou encore les difficultés de recrutement. Ces problématiques sont généralement résumées en ce

terme : « le sous-investissement ». Cependant, le sous-investissement sur les étudiants en médecine, et plus généralement sur les étudiants en santé, est d'autant plus marquant qu'il est généralement oublié.

En se focalisant sur les difficultés de recrutement, elles n'ont sans doute jamais été aussi importantes depuis les fondations de notre système de santé d'après-guerre. Mises en lumière par la crise des urgences de l'été, les dérives de l'intérim ou encore la fermeture partielle, voire totale de services hospitaliers, il semble évident que cette situation s'aggrave. Si elle concerne bien l'ensemble des professionnels de santé, les difficultés de recrutement de médecins hospitaliers est d'autant plus récente et inquiétante. Période marquée par une démographie médicale particulièrement basse, la concurrence bat son plein pour recruter des médecins hospitaliers, que ce soit entre établissements ou entre secteurs d'exercice et l'hôpital public doit faire face à un secteur privé parfois très agressif.

Afin de pallier ce manque d'attractivité et sortir leur épingle du jeu, les discours et initiatives de la part des pouvoirs publics et des directions hospitalières fleurissent. Les mesures s'orientent souvent sur la fidélisation et l'accompagnement des jeunes en début de carrière. C'est évidemment nécessaire. Mais oublient-ils que ces jeunes médecins parcourent les couloirs de l'hôpital depuis au minimum 7 années (3 ans d'externat et entre 4 et 6 ans d'internat) ? Pourquoi ne pas agir plus tôt, dès leurs études ?

On constate que de nombreuses entreprises, hors secteur de la santé, investissent sur les jeunes générations. Ils misent sur les stagiaires ou les alternants, leur offrent un salaire supérieur au minimum légal ou compensent avec différents avantages, leur garantissent une embauche à la sortie des études et une évolution professionnelle alléchante... Ces stratégies sont d'autant plus importantes et fréquentes dans

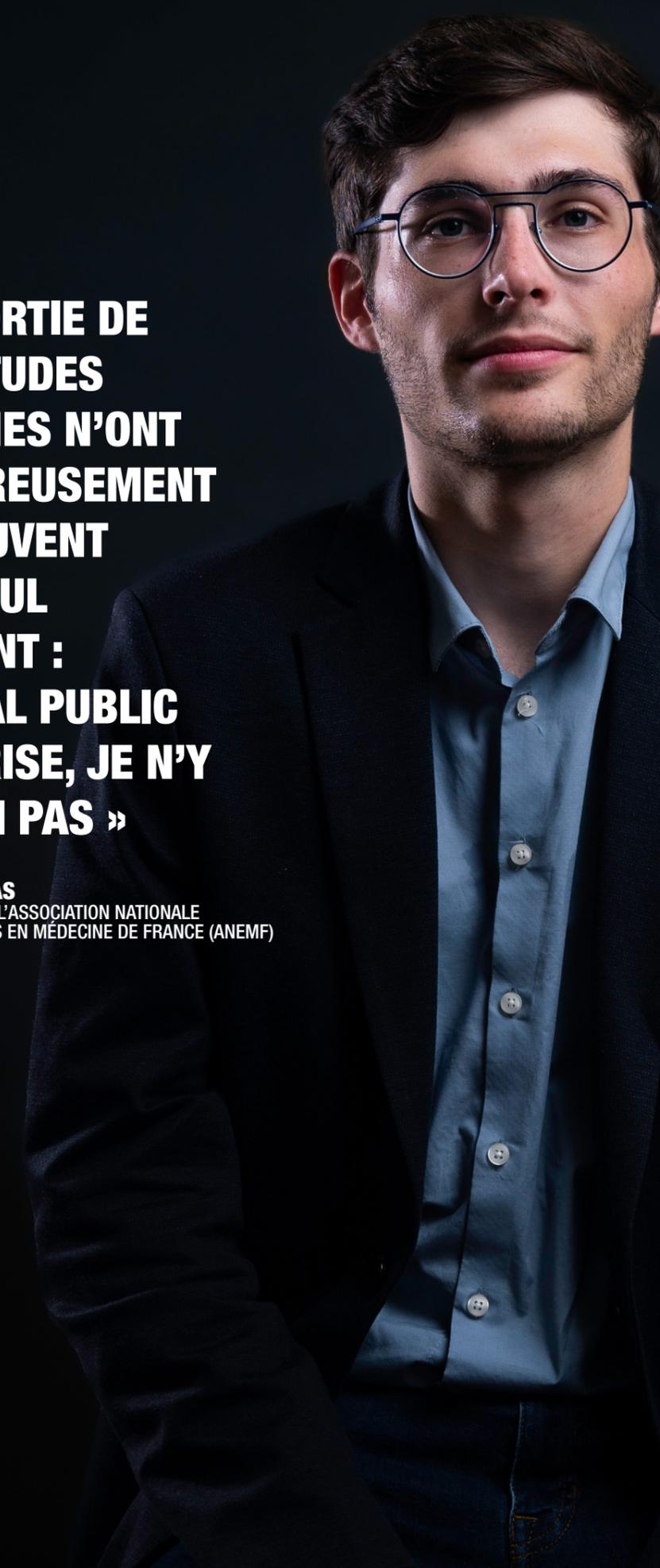
les secteurs concernés par une forte tension à l'embauche (bâtiment, industrie, informatique, télécommunications...).

La santé ne fait-elle pas partie de ces secteurs ? À en croire la DARES, le secteur de la santé en fait bien partie et est bien concerné et l'explique ainsi : « L'exercice des métiers de la santé nécessite des compétences et formations spécifiques, qui se traduit par un lien fort entre formation et emploi. Les conditions de travail y sont souvent plus contraignantes que dans l'ensemble des métiers. Ajoutés au manque de main-d'œuvre disponible, ces deux facteurs expliquent en grande partie les tensions sur le marché du travail' ». »

Dans ces conditions où le lien entre formation et emploi est mis en évidence, les acteurs de la santé, public ou privé, devraient en toute logique adopter des stratégies résolument tournées vers l'avenir en s'intéressant à la jeunesse et aux étudiants.

En la matière, l'hôpital public bénéficie d'un atout indéniable : la quasi-totalité des stages de médecine se font obligatoirement en Centre hospitalier universitaire ou en Centre hospitalier rattaché à un CHU. La concurrence pour le recrutement des stagiaires avec le secteur privé, à but lucratif ou non, est inexistante. Néanmoins, cet avantage semble être considéré comme un acquis, parfois un dû, par les pouvoirs publics qui ne capitalisent pas sur cet avantage, donnant même le sentiment aux étudiants de faire tout le contraire.

En effet, les externes (4^e, 5^e, et 6^e année de médecine) travaillent à mi-temps pour un salaire mensuel moyen de 270 euros (moins de 3,00 euros/heure contre 4,05 euros/heure pour les étudiants stagiaires de niveau master et le SMIC pour les alternants). Loin d'être de simples observateurs, ils jouent un rôle souvent crucial dans le fonctionnement des services. Les internes, quant à eux, sont indispensables dans



« À LA SORTIE DE LEURS ÉTUDES LES JEUNES N'ONT MALHEUREUSEMENT TROP SOUVENT QU'UN SEUL SENTIMENT : “L'HÔPITAL PUBLIC ME MÉPRISE, JE N'Y RESTERAI PAS »

YAËL THOMAS
PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION NATIONALE
DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE FRANCE (ANEMF)

la prestation et la continuité des soins, assumant des responsabilités dans le diagnostic, le traitement et la prise en charge des patients. Ces internes travaillent en moyenne 58 h par semaine² pour un salaire guère plus élevé que le SMIC, heures supplémentaires non décomptées. Cette surcharge de travail ou ces responsabilités sont pourtant loin d'être volontaires. Ils les acceptent et les subissent au détriment de leurs propres droits fondamentaux et de leur santé personnelle, conscients qu'ils sont souvent le dernier rempart avant la fermeture d'un service hospitalier.

À ces difficultés et cette faible reconnaissance salariale, s'ajoutent d'autres problématiques, peut-être plus pernicieuses. Internes comme externes sont régulièrement soumis à du harcèlement moral de la part de leur hiérarchie et victimes de violences sexistes et sexuelles, encouragées par une omerta importante³. Leur santé mentale est plus que dégradée : 1 étudiant sur 4 a effectué un épisode dépressif caractérisé dans l'année⁴. L'hôpital public espère-t-il sincèrement fidéliser les professionnels de santé de demain dans ces conditions ?

Je ne l'espère pas car à la sortie de leurs études les jeunes n'ont malheureusement trop souvent qu'un seul sentiment : « L'hôpital public me méprise, je n'y resterai pas. » Alors que le libéral ne semble aujourd'hui guère plus attractif (risque de régulation à l'installation, échec des négociations conventionnelles, épuisement professionnel...), le secteur privé offre une alternative alléchante :

- Rémunération et avantages : salaires généralement plus élevés et avantages

complémentaires tels que des primes et des perspectives d'avancement plus rapides.

- Conditions de travail et flexibilité : perçues comme offrant des conditions de travail plus flexibles, des horaires plus aménageables, une plus grande autonomie dans les prises de décision et une charge administrative restreinte. Ces aspects attirent les jeunes talents en quête d'un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle.

- Processus de recrutement simplifié : plus rapides et moins contraignantes que celles de l'hôpital public.

INVESTIR DANS LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, ET EN SANTÉ DE FAÇON PLUS GÉNÉRALE, EST BIEN PLUS QU'UNE NÉCESSITÉ : C'EST UNE OPPORTUNITÉ POUR UN HÔPITAL PUBLIC EN SOUFFRANCE.

Parfois avérées, parfois idéalisées, ces promesses ne peuvent qu'attirer les jeunes générations en quête de sens dans leur travail et désireuses d'expérimenter autre chose.

Pourtant, il est aisé de comprendre qu'investir dans les jeunes générations est crucial pour garantir un avenir solide et durable à l'ensemble des structures de santé, privées ou publiques :

- Renouvellement des effectifs : le vieillissement de la population médicale et paramédicale nécessite un renouvellement régulier des effectifs.

- Innovation et adaptation aux nouvelles pratiques : les jeunes professionnels apportent souvent un regard neuf et des compétences actualisées, essentiels pour s'adapter aux évolutions technologiques et aux nouvelles pratiques médicales. Leur présence favorise indéniablement l'innovation et l'amélioration continue des soins.

- Transmission des savoirs : En favorisant l'intégration des jeunes professionnels, l'hôpital public encourage également la transmission des connaissances et l'échange intergénérationnel, si important en médecine.

Si le secteur public souhaite fidéliser et attirer les jeunes médecins, il lui suffit de garantir aux étudiants un cadre attractif durant leurs sept à neuf années de formation. Pour cela, il faut investir, et massivement : les carences sont nombreuses et anciennes. Si certains résultats se mesureront et seront effectifs dans plusieurs années, investir dans la jeunesse est normalement un investissement rentable à long terme. Axons ces investissements sur :

- Formation et développement professionnel : fournir un encadrement adéquat en leur donnant de vraies opportunités d'apprentissage pratique, les impliquer dans des projets de recherche, leur donner la possibilité de découvrir les centres hospitaliers périphériques et garantir un environnement de formation sain.

- Reconnaissance et motivation : reconnaître financièrement les contributions des étudiants ainsi que leur dévouement envers les patients et l'établissement est essentiel pour maintenir leur motivation. Les engagements associatifs sont nombreux chez les étudiants en médecine et résolument tournés vers autrui : tutorats d'entrée dans les études de santé et d'années supérieures, Défi Sang Limite, Hôpital des Nounours... Encourageons et soutenons institutionnellement ces engagements trop souvent négligés !

- Équilibre entre vie professionnelle et personnelle : entre horaires de travail intenses et charge de travail universitaire élevée, il faut veiller à l'équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle en mettant en place des mesures telles que des horaires de travail raisonnables, des congés appropriés et un suivi régulier par la médecine du travail.

- Prévention de l'épuisement professionnel : particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel en raison de la pression liée à leur formation et de la responsabilité croissante qu'ils assument dans les soins aux patients, il est crucial de mettre en place des programmes de soutien et de prévention de l'épuisement professionnel.

Dans cette guerre du recrutement d'un secteur en tension, l'hôpital public dispose d'avantages considérables et inhérents aux systèmes de formation et de santé français. Investir dans les étudiants en médecine, et en santé de façon plus générale, est bien plus qu'une nécessité : c'est une opportunité pour un hôpital public en souffrance. En plaçant les futurs professionnels de la santé au cœur de ses préoccupations, en leur offrant les conditions propices à leur épanouissement et en reconnaissant leur valeur, l'hôpital public peut se façonner un avenir prometteur. ■

Sources :

1. Chartier F., Lainé F., Niang M. (2022), « Les tensions sur le marché du travail en 2021 », par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques est une direction, *Dares Résultats*, n° 45, septembre 2022.
2. Intersyndicale nationale des internes (ISNI), 2020, « Enquête temps de travail des internes »
3. Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), 2021, « Enquête Violences sexistes et sexuelles »
4. ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, 2021, « Enquête santé mentale jeunes médecins 2021 »



SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS : LA SOLIDARITÉ À L'ÉPREUVE DE LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE

PAR
ANAÏS FOSSIER
RESPONSABLE DES ÉTUDES
DU CRAPS



A

u cœur de notre pacte républicain et de notre identité nationale, la santé appréhendée comme un bien commun est une préoccupation majeure des Français et n'est assurément pas une marchandise comme les autres ! Le président de la République rappelait d'ailleurs avec force en pleine crise sanitaire que « la santé gratuite, sans conditions de revenus, de parcours ou de profession, notre État-providence, ne sont pas des coûts ou des charges, mais des biens précieux, des atouts indispensables quand le destin frappe » rappelant par la même occasion qu'il est « des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché ». Le système de santé américain illustre ce propos, même si la réalité est plus complexe que ce que n'exprime cette déclaration lapidaire.

De l'autre côté de l'Atlantique, l'organisation du système américain, très différente du

modèle égalitaire (et protecteur) de l'Assurance maladie française, interroge. Le système est en effet onéreux, comme en témoignent par exemple le coût d'une consultation chez un généraliste (de l'ordre de 180 dollars en moyenne) et les factures atteignant des montants colossaux à l'image des « *surprise medical bill* » en cas d'hospitalisation¹. Malgré des soins prodigués par des médecins hautement qualifiés exerçant dans des structures souvent ultramodernes, le système affiche une

médiocre efficacité en termes d'espérance de vie, de mortalité infantile ou encore de pathologies évitables. Le cas de la mortalité infantile est d'ailleurs particulièrement frappant : elle était en 2021, de 3,7 pour 1 000 naissances en France et de 5,4 pour 1 000 aux États-Unis².

Alors que les dépenses de santé sont considérables puisque les Américains dépensent environ 10 000 dollars par an en frais de santé

et que ces dépenses représentent 17,8 % du PIB (contre 12,3 % pour la France³), la population reste confrontée à d'importantes problématiques de santé publique, de qualité et d'accès aux soins pouvant conduire à des situations dramatiques. 27,5 millions d'Américains ne disposent en effet pas d'Assurance maladie, 60 millions sont très peu couverts et la plupart des Américains mal assurés, 45 000 décès sont recensés chaque année par manque d'accès aux soins et 530 000 ménages se trouvent en situation de faillite en raison du coût des frais de santé⁴.

Si cette réalité paraît inconcevable dans un pays comme le nôtre, nombreux sont les Américains qui pour des raisons idéologiques ou religieuses rejettent en bloc l'idée d'instaurer un régime de « socialisation des soins » jugé contraire à la liberté de choix et à la responsabilité individuelle, principes fortement ancrés dans la culture du pays. Dans cette logique, la santé est un bien de consommation à la charge de l'individu, considéré comme un simple consommateur. « Vous êtes ce que sont vos gènes, c'est à vous d'être responsable de votre santé, de ce que vous mangez, du sport que vous faites, de la vie que vous menez », explique le représentant républicain de l'Arizona, Paul Gosar.



Les virulentes oppositions de certains États à l'encontre de « l'Obamacare » (réforme de la santé visant entre autres une refonte complète de l'offre de soins, l'élargissement de l'accès aux soins aux personnes exclues du système et à rendre les soins plus accessibles) illustrent d'ailleurs ce rejet d'un système socialisé et la crainte de voir la société américaine s'éloigner de ses fondements. À cet égard, le principe de redistribution ne peut pas être compatible avec « l'idéal américain » puisqu'aux États-Unis l'idée que l'argent que l'on gagne ne doit pas être dépensé pour les autres est encore très prégnante ! Ces débats sur la réforme – toujours d'actualité – divisent l'opinion et les responsables politiques et mettent plus largement en exergue le clivage entre les tenants de la liberté individuelle et ceux de la solidarité. Entre ceux qui considèrent que l'absence de régulation du marché de la santé permet de dynamiser l'économie et ceux qui prônent un accès pour tous à la santé quelle que soit sa condition sociale.

ASSURANCE SANTÉ, UNE IMBRICATION COMPLEXE DE COUVERTURES PUBLIQUES ET PRIVÉES

Le système américain est donc sans surprise éprouvé par son absence d'universalité et s'organise principalement autour d'assurances privées proposées par l'employeur (53 % de la population est couverte par ce biais) ou par le marché individuel (11 %)⁵, généralement très coûteux. Rendue obligatoire dans les entreprises de plus de 50 salariés (travaillant plus de 30 heures par semaine)⁶, la couverture santé est considérée comme un avantage social lié à l'emploi, encore largement utilisé pour attirer les meilleurs profils. De grandes disparités existent donc selon les entreprises, leurs tailles et les prestations qu'elles proposent. Les réalités sont en effet « très différentes selon l'employeur, entre un cadre de grande entreprise bien couvert et d'autres qui peuvent avoir à débours des

franchises de 6 000 dollars avant toute prise en charge » constate Élisabeth Chelle, professeure de sciences politiques à l'université Paris Nanterre.

Un système très fragile dans la mesure où le chômage entraîne la perte de l'assurance santé et que bon nombre de petites entreprises se trouvent dans l'incapacité de proposer une couverture santé à leurs salariés. L'idéologie libérale américaine conduit in fine à considérer que la meilleure des protections sociales reste le plein (et bon) emploi ! La pandémie de Covid-19 a d'ailleurs révélé les dérives du modèle, puisque 27 millions d'Américains auraient perdu leur emploi et donc leur assurance santé, selon les estimations de la Kaiser Family Foundation⁷.

Les Américains peuvent, selon leur situation socio-économique, bénéficier d'une assurance à travers différents programmes publics tels que « Medicare » (financé au niveau fédéral) qui assure les personnes en situation de handicap et âgées de plus de 65 ans et de « Medicaid » (administré conjointement par l'État fédéral et les états fédérés) permettant aux plus démunis d'être couverts. En résumé, « l'État prend en charge les mauvais risques, c'est-à-dire ceux des personnes âgées ou trop pauvres pour s'assurer sur les marchés privés tandis que les assurances privées prennent, elles, les bons risques », note Anne-Laure Beaussier, chargée de recherche au CNRS.

L'État fédéral définit les prestations obligatoires devant être administrées par les états, lesquels déclinent leur propre « version » des programmes

publics avec des différences souvent majeures dans la définition des critères d'éligibilité et dans les niveaux de prestations proposés. Medicaid appliqué en Californie (appelé « medi-cal ») couvre 1/3 des Californiens, 2/3 des personnes âgées en maisons de retraite, 50 % des naissances⁸ et permet, par exemple, de bénéficier du programme même si les revenus sont supérieurs au seuil de pauvreté. Les toxicomanes peuvent y bénéficier de services complémentaires à ceux prévus au niveau fédéral. Les soins dentaires et l'aide à domicile y sont également mieux couverts que dans d'autres États, notamment ceux du Sud, qui laissent les plus pauvres sans accès aux soins.

45 000 DÉCÈS SONT RECENSÉS CHAQUE ANNÉE PAR MANQUE D'ACCÈS AUX SOINS ET 530 000 MÉNAGES SE TROUVENT EN SITUATION DE FAILLITE EN RAISON DU COÛT DES FRAIS DE SANTÉ

Si les dispositifs publics Medicare et Medicaid couvrent 24,8 %⁹ de la population, de nombreuses personnes en sont exclues en raison des critères d'éligibilité. Les bénéficiaires quant à eux sont tenus de supporter des franchises et des restes à charge souvent très coûteux. Une situation qui oblige une part non négligeable d'Américains à renoncer aux soins ou à rester sans assurance avec

des conséquences graves en cas de maladie ou d'hospitalisation. L'on constate plus globalement que la complexité du système contraint la plupart des Américains à combiner différents types de couvertures publiques et privées. Le marché de l'assurance santé aux États-Unis comprend en effet de nombreux payeurs ayant des procédures, tarifs et modes de fonctionnement avec leurs assurés et leurs prestataires de soins, très différents.

En réalité, il n'existe donc pas un système de santé unique, mais bien une multitude de systèmes qui dépendent de l'âge de la personne, de son emploi, de son niveau de revenus ou encore de l'État dans lequel elle vit. En l'absence d'assurance, ou d'une assurance de qualité correcte, les Américains modestes ne peuvent pas se soigner et doivent compter sur les organisations caritatives ou retarder leurs soins. Face à ce qui est perçu en Europe comme une carence de l'État, un filet de sécurité est assuré par des organisations caritatives et des programmes sociaux fournissant des soins. Il s'agit principalement des services de santé locaux et des centres de soins gratuits (souvent communautaires). Les hôpitaux publics sont par ailleurs tenus – contrairement à une idée reçue – d'accueillir tous les patients en situation d'urgence qu'ils soient assurés ou non.

UNE ORGANISATION DES SOINS MARQUÉE PAR L'ESSOR DU « MANAGED CARE »

Aux États-Unis, l'organisation des soins se distingue par le développement des « Managed Care Organizations » (MCO) qui intègrent à la fois le financement et les prestations de soins sur la base d'une contractualisation entre les assureurs et les offreurs de soins. Des réseaux sont développés avec des hôpitaux et des professionnels de santé via une embauche s'ils sont salariés ou une contractualisation pour ceux qui exercent en libéral. Les organismes d'assurances adoptent généralement des conventions sur la base d'accords prix-volume afin de contrôler les coûts, la qualité et l'accès aux soins, à la différence du système classique dit « *fee for service* » dans lequel l'organisme payeur n'a pas de prise sur le prix des soins.

Au début des années 1970, un nouveau type de sociétés d'assurances se met en place : les « Health Maintenance Organizations » (HMO) qui donnent accès à un réseau de professionnels de santé et d'hôpitaux par une prime annuelle fixe

dont s'acquitte l'assuré. Dans ce cas de figure, la couverture santé est conditionnée par le recours à cet unique réseau pour consulter et recevoir des soins. Le patient doit choisir un médecin traitant et les médecins sont rémunérés par capitation, en fonction donc du nombre de patients inscrits et de visites. Puis, sont apparues les « Preferred Provider Organizations » (PPO) qui permettent quant à elles plus de liberté de choix pour l'assuré. Il est en effet possible dans ce cadre de faire appel à un professionnel ou un établissement hors réseau, mais le remboursement sera bien moins important. In fine, plus la liberté de choix du patient est importante, plus il devra payer.

De nouvelles formes d'organisation des soins visant à favoriser l'efficacité, la qualité des soins et la coordination des professionnels de santé ont par ailleurs été promues. C'est ainsi que sont apparues les « Accountable Care Organizations » (ACO) – axe souvent méconnu de la réforme Obama – qui s'inscrivent dans la même logique que les HMO mais en allant plus loin dans la prise en compte de la qualité des soins. Dans cette optique, un groupement de prestataires de soins de ville et de l'hôpital s'engage sur l'amélioration d'un service rendu à la population. Ils sont solidaires à travers un mécanisme de rémunération combinant un objectif de dépense, un partage des risques avec l'assureur et un dispositif de rémunération à la qualité¹⁰. Les ACO sont peu développés.

FOCUS SUR KAISER PERMANENTE

Régulièrement présenté comme un exemple en matière de maîtrise des dépenses et d'organisation des soins, Kaiser Permanente est un HMO qui dispose de son propre réseau de médecins et de ses hôpitaux. Les médecins y sont salariés et leur activité est rigoureusement contrôlée (5 à 10 % de leur rémunération dépend de l'évaluation). Chaque mois, leurs résultats sont comparés avec ceux de leurs confrères et avec les objectifs fixés. Cette évaluation se base notamment sur des

indicateurs de santé (nombre de dépistages du cancer effectués, contrôle de l'hypertension...) et sur des sondages de satisfaction des assurés.

Tous les services médicaux sont disponibles au sein d'un lieu unique (généralistes, spécialistes, laboratoires d'analyses, pharmacies...) permettant ainsi de fluidifier le parcours des patients et une coopération étroite entre les médecins, élément central dans la prise en charge des maladies chroniques. Pour maîtriser les coûts à long terme, Kaiser capitalise principalement sur la prévention, la promotion de la santé, le traitement des maladies chroniques et sur le déploiement du numérique (6 % des revenus du groupe sont affectés à l'investissement). La numérisation a permis à chaque patient de disposer d'un dossier médical auquel chaque médecin peut avoir accès.

Chacun des assurés a la possibilité d'interagir avec les professionnels de santé via une messagerie sécurisée. Des e-mails d'information et de prévention leur sont en outre régulièrement adressés (avec un système de rappel pour certaines procédures comme les dépistages). Une plateforme de conseil est également disponible en continu pour permettre une autoévaluation des symptômes afin d'identifier le degré d'urgence et la réponse à apporter au patient. Les technologies de l'information sont donc appréhendées chez Kaiser Permanente comme un élément clé d'amélioration, d'intégration des soins, de réduction des tâches administratives et de contrôle des coûts.

Si les « Managed Care Organisations » trouvent des adeptes qui saluent un fonctionnement vertueux (rassemblement des professionnels pluridisciplinaires au sein d'un même lieu, place prépondérante donnée à la prévention ou encore l'intégration de réseaux spécialisés sur certaines pathologies spécifiques), des réserves et des points d'alerte sont aussi mis en exergue. Certains experts dénoncent en effet le déploiement d'une médecine à deux vitesses (de qualité pour les plus aisés et low cost pour les classes populaires et moyennes), l'absence de liberté de choix du médecin et de l'établissement de santé pour l'assuré, mais aussi la remise en cause du principe d'indépendance professionnelle des médecins.

Les opérateurs de ce que l'on peut imparfaitement traduire par « réseaux de soins » sont en réalité de véritables acheteurs de soins pour le compte des assureurs, dont l'action a pour effet de contraindre la stratégie thérapeutique pouvant être proposée par les médecins qui y sont affiliés. Ceux-ci sont alors relégués au simple rang de prestataires assujettis aux

protocoles thérapeutiques et aux prescriptions autorisées par la convention conclue avec l'opérateur du « réseau de soins ». La volonté des assureurs privés de maîtriser les dépenses de santé génère par ailleurs des effets pervers poussant à la sélection des risques. Si la loi interdit la sélection des « mauvais » risques, force est de constater cependant que des stratégies de dissuasion et de promotion (pour les petits risques) peuvent être mises en place par ces organismes de Managed Care. Il est en outre

POUR MAÎTRISER LES COÛTS À LONG TERME KAISER CAPITALISE PRINCIPALEMENT SUR LA PRÉVENTION, LA PROMOTION DE LA SANTÉ, LE TRAITEMENT DES MALADIES CHRONIQUES ET SUR LE DÉPLOIEMENT DU NUMÉRIQUE



possible pour ces organismes de se spécialiser dans certains domaines afin d'attirer une clientèle spécifique, notamment les jeunes bien portants.

LA PRISE EN CHARGE DU VIEILLISSEMENT, L'EXEMPLE INSPIRANT D'ON LOK

Souvent caractérisés par un fonctionnement en silo ne permettant pas de répondre aux besoins des personnes âgées qui rencontrent des difficultés dans leurs parcours de soins, la plupart des systèmes de santé tentent de relever le défi de l'intégration entre les structures sanitaires, médicosociales et sociales. Développé par On Lok, le modèle PACES est une initiative communautaire des Chinois de San Francisco créé pour répondre aux besoins du troisième âge. Il est financé par capitation et prend en charge l'ensemble des besoins de santé et sociaux des personnes âgées vulnérables pour faciliter leur maintien à domicile. Il est assurément un modèle d'innovation organisationnel inspirant.

Après une évaluation approfondie de ses besoins de santé, et qu'un plan de soins a été élaboré, la personne âgée est accueillie dans un centre de jour où un coordonnateur de soins organise tous les aspects de son plan de soins et de bien-être. La prise en charge globale est effectuée par une équipe pluridisciplinaire et

pluriprofessionnelle au sein du centre : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, nutritionnistes, assistants sociaux, animateurs, chauffeurs... Le programme offre une gamme complète de services, y compris de soins primaires, de soins infirmiers à domicile, de réadaptation, de diététique, de transports, d'activités sociales et récréatives, etc. Les études menées montrent l'intérêt économique et social d'un tel modèle puisque le taux d'hospitalisation dans le programme PACES est inférieur de 20 % à celui constaté pour les personnes hors programme¹¹.

LA CALIFORNIE, TERREAU FERTILE DE L'INNOVATION

Si l'accès aux soins est une problématique de taille aux États-Unis, le développement des technologies et plus largement de l'innovation est en revanche très avancé en raison (notamment) d'une forte proximité entre le monde médical, universitaire, politique et industriel. Le pays dispose également d'un haut niveau scientifique puisque les chercheurs du monde entier y affluent et que l'écosystème s'avère très favorable pour les start-up et les entreprises avec un accès simplifié aux financements et aux ressources nécessaires pour innover. La Californie est une région particulièrement propice aux nouvelles technologies en particulier grâce à la Silicon Valley au cœur de l'innovation mondiale (née sous l'impulsion de l'université de Stanford).

Située sur la baie de San Francisco, elle accueille en effet des firmes emblématiques telles qu'Apple, Google, Facebook ou encore Cisco qui rayonnent à l'échelle mondiale et concentrent des milliers de chercheurs qui y travaillent et qui bénéficient d'un cadre privilégié. Le lien entre les universités et les entreprises de la tech de la Silicon Valley permet un développement rapide de l'innovation dans les secteurs de pointe. En outre, cette dernière a connu une forte diversification sectorielle

du fait des rapides mutations techniques et technologiques comme l'IA, la médecine de précision ou encore la robotique¹². Ce dynamisme explique entre autres la forte attractivité de la Silicon Valley, véritable pôle d'innovation où il faut être présent si l'on souhaite saisir de nouvelles opportunités!

Plus globalement, la culture étasunienne, la taille du pays et son système capitaliste libéral encouragent la prise de risque et permettent aux entreprises de tester de nouveaux produits et de les commercialiser rapidement. Dans l'idée : il n'y a pas de rendements élevés sans prise de risque et sans concurrence. Une concurrence toutefois acharnée puisque la transformation digitale ne cesse de s'accélérer et que les innovations disruptives interviennent en moyenne tous les 36 mois¹³ et menacent la survie des organisations en modifiant les parts de marché des entreprises. Pour survivre, il est alors indispensable qu'elles anticipent ces mutations permanentes en combinant innovations technologiques, organisationnelles et business model. L'esprit de Schumpeter y règne en maître !

EXISTE-T-IL UN BIEN PLUS PRÉCIEUX QUE LA SANTÉ ?

Pour autant, quels qu'en soient les effets dynamiques, le système américain de santé ne saurait être un modèle de référence pour « la vieille Europe ». Le recours dominant au marché pour le financement et l'organisation du système de santé ne va pas de pair avec une réduction des coûts et bien au contraire, il produit leur augmentation tout en accroissant les inégalités et en tournant le dos à toute ambition de justice sociale. Face à la crise de l'État-providence, l'universalisme en matière de santé doit rester l'un des fondamentaux de notre pacte social. Dans une société devenant toujours plus individualiste et matérialiste, où « l'avoir » prend le pas sur « l'être », nous devons veiller à ce que soit préservé ce que la République nous a légué, à partir des principes posés par l'école solidariste de Léon Bourgeois. Et à ce que ce soit perceptible par chacun de nos

concitoyens, c'est probablement une condition de pérennité de la démocratie et de la République.

Si débat public il doit y avoir, ce n'est donc pas entre étatisation et privatisation, mais entre universalisme et universalisme proportionné, garantissant aux citoyens l'accès aux droits réels, à l'accès effectif au système de santé, et en premier lieu aux soins du quotidien. C'est indispensable si nous voulons que la santé reste notre bien commun et le patrimoine de ceux qui n'en ont pas ! En effet, existe-t-il un bien plus précieux ? ■

Sources :

1. <https://www.msh-intl.com/fr/frais-medicaux-etranger-pays-les-plus-chers.html>
2. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/natalite-mortalite-mortalite-infantile/>
3. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/CNS2022MAJ280423.pdf>
4. <https://lvsl.fr/etats-unis-lassurance-maladie-au-coeur-de-la-presidentielle-2020/>
5. Intervention de Jacqueline EJUWA - Vice-Présidente Health Transform - dans le cadre du voyage d'études à San Francisco. Octobre 2022.
6. https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_etatsunis.html
7. L'assurance-santé américaine à l'épreuve du coronavirus - Les Échos. Juillet 2020.
8. Intervention de Rene Follow - superviseur du programme medicaid dans le cadre du voyage d'études à San Francisco. Octobre 2022.
9. Intervention de Jacqueline EJUWA - Vice-Présidente Health Transform - dans le cadre du voyage d'études à San Francisco. Octobre 2022.
10. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-des-enseignements-pour-la-france.pdf>
11. Intervention de Eileen KUNZ, Chief of Government affairs - dans le cadre du voyage d'études à San Francisco. Octobre 2022.
12. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-regionaux/etats-unis-espaces-de-la-puissance-espaces-en-crise/articles-scientifiques/silicon-valley-territoire-productif-innovation>
13. Intervention de Joël BARBIER, Responsable du centre pour la transformation digitale chez CISCO - dans le cadre du voyage d'études à San Francisco.



LE PARADOXE DU SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN

PAR
MICHEL CALMON
DIRECTEUR D'HÔPITAL HONORAIRE,
EXPERT AUPRÈS DE L'AGENCE NATIONALE
D'APPUI À LA PERFORMANCE

Les États-Unis font partie des pays qui consacrent le plus de ressources à leur système de santé, soit 16,8 % du produit intérieur brut (11,1 % en France). Pourtant, l'espérance de vie est une des plus faibles des pays de l'OCDE (73,3 ans) et elle a même baissé durant la pandémie Covid. La recherche et l'innovation sont particulièrement performantes alors que 30 millions d'Américains ne disposent d'aucune couverture financière de leurs besoins de santé. Comment expliquer ce paradoxe ? La découverte de briques de ce système, à l'occasion d'un voyage d'études en Californie en octobre 2022, apporte un début de réponse.

LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN EST UN DES PLUS COÛTEUX AU MONDE, MAIS IL COUVRE DE MANIÈRE TRÈS INÉGALITAIRE LA POPULATION

Les dépenses totales consacrées à la santé par habitant étaient aux États-Unis de 10 921 dollars par habitant en 2019, alors qu'elles ne s'élevaient en France qu'à 5 493 dollars. Ces dépenses sont des dépenses publiques à 49 %, 51% des dépenses relevant d'un financement par des assurances individuelles privées.

Les dépenses publiques concernent principalement deux catégories de population :

- Les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes handicapées (programme Medicare) ;

- Les enfants et les personnes démunies, en dessous du seuil de pauvreté (programme Medicaid).

Un partenariat est établi pour le programme Medicaid entre le Gouvernement fédéral et les États. Le niveau fédéral établit des standards minimums mais chaque État dispose d'une marge de manœuvre et peut fixer un niveau de couverture des soins au-delà du minimum. C'est ainsi que la Californie a prévu d'aller au-delà du programme fédéral en couvrant des personnes disposant de revenus au-delà du seuil de pauvreté dans une certaine limite, en apportant aux toxicomanes des services complémentaires et en couvrant des adultes sans papier (depuis 2022).

La réforme « Affordable Care Act », plus connue sous le nom d'Obamacare, promulguée en 2010, a permis de couvrir plus d'Américains jusqu'alors dépourvus de toute assurance individuelle en instaurant une responsabilité partagée entre le gouvernement, les employeurs et les individus. Le seuil de pauvreté, à partir duquel Medicaid intervient, a été augmenté de 138 %, ce qui représente un revenu mensuel moyen d'environ 2 100 dollars pour un foyer de deux personnes.

C'est ainsi que 14 millions d'individus sur les 40 millions de Californiens étaient couverts par Medicaid en 2022 (7,6 millions en 2012). De ce fait, les dépenses de santé ont notablement progressé pendant la même période, passant de 60 millions de dollars en 2012 à 144 millions en

2022. Les dépenses par bénéficiaire s'élèvent désormais à 8 540 dollars par an (2022).

En dépit de l'Obamacare, que la présidence Trump n'a pas réussi à remettre en cause, c'est aujourd'hui encore près de 30 millions d'Américains qui ne bénéficient pas d'une assurance santé. Ils reçoivent peu de prestations sanitaires et n'ont recours au système de santé que dans les cas d'urgence, alors que leur état est devenu préoccupant. Cet éloignement

des services de santé peut expliquer la faible espérance de vie constatée aux États-Unis, conjuguée à une conjonction de déterminants en santé défavorables (habitat, habitudes alimentaires, pauvreté etc.). Une partie de la population, quoiqu'au-dessus du seuil de pauvreté, et donc non éligible au programme Medicaid, ne dispose pas de revenus suffisants pour cotiser à une assurance individuelle.

Une des difficultés majeures pour la prise en charge sanitaire des plus démunis est la complexité du système américain, avec une grande diversité

de programmes sanitaires et sociaux, au niveau fédéral mais aussi à celui des États, mais avec un manque de coordination entre eux et les organismes qui les gèrent.

LES ÉTATS-UNIS DISPOSENT POURTANT D'UN RÉSEAU DE SANTÉ TRÈS PERFORMANT ET INNOVANT

Les hôpitaux américains sont incontestablement parmi les meilleurs au monde. Le CHU de

**LA RECHERCHE ET
L'INNOVATION SONT
PARTICULIÈREMENT
PERFORMANTES
ALORS QUE
30 MILLIONS
D'AMÉRICAINS NE
DISPOSENT D'AUCUNE
COUVERTURE
FINANCIÈRE DE LEURS
BESOINS DE SANTÉ.
COMMENT EXPLIQUER
CE PARADOXE ?**

San Francisco, par exemple, qui comporte quatre hôpitaux pour adultes et deux hôpitaux pédiatriques ainsi qu'une faculté de médecine, une faculté de pharmacie, une faculté d'odontologie et une faculté en soins infirmiers, recense plus de 1 800 inventions, 6 lauréats du prix Nobel de médecine et investit dans 185 start-ups. Il dispose d'un équipement biomédical de pointe. Les ratios de personnel sont en moyenne deux fois plus importants qu'en France. Il a développé, depuis 2012, un programme d'excellence en soins infirmiers (le « programme Magnet »), qui met l'accent sur les résultats des soins, mesurés par différents indicateurs (taux de réadmission des patients, taux de patients sortis avant midi, taux d'escarres...). Il donne lieu à une accréditation délivrée pour une période de 4 ans par une association américaine au niveau fédéral.

Les systèmes de soins intégrés, associant médecine hospitalière et ambulatoire, sont particulièrement développés.

Par exemple, le groupe privé à but non lucratif Kaiser Permanente est à la fois une structure d'assurance, qui couvre les soins de santé de ses membres, et un réseau de soins qui passe des accords avec des hôpitaux et des groupes de cabinets médicaux. Le budget annuel alloué doit couvrir les soins de santé des membres, dans une approche populationnelle. Cela représente au niveau des États-Unis 39 hôpitaux, 23 000 médecins et 217 000 employés. Les hôpitaux doivent respecter des normes de sécurité et de qualité identiques.

BIEN QUE LES INDICATEURS DE SANTÉ ET LA COUVERTURE SOCIALE DE LA POPULATION SOIENT INDÉNIABLEMENT BIEN MEILLEURS EN FRANCE [...] CERTAINES ORGANISATIONS ET INNOVATIONS DANS LE SYSTÈME AMÉRICAIN MÉRITENT [...] D'ÊTRE APPRÉHENDÉES COMME DES PISTES D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Des programmes d'éducation thérapeutique sont également développés dans l'ensemble du réseau.

Le John Muir Health est un système de santé intégré à but non lucratif qui regroupe des hôpitaux, des centres de santé et des médecins de ville. La moitié des médecins sont salariés, l'autre moitié étant composée de médecins indépendants affiliés au réseau.

De même, Blue Shield of California, importante société d'assurances, qui emploie 8 000 salariés et dessert 4,8 millions de membres, contractualise avec des hôpitaux indépendants, des groupes médicaux et des médecins en exercice individuel pour permettre une meilleure coordination des soins avec un dossier patient unique.

Certains acheteurs de soins ont introduit une « Provider Payment Reform », qui vise à créer dans le système de soins des incitations positives pour atteindre une meilleure performance, avec notamment un paiement par épisode de soins. Un groupe d'offres de soins partage la responsabilité financière et médicale en apportant des

soins coordonnés à la population. Le paiement se fait selon la formule du « bundle payment » (paiement à l'épisode de soins).

On trouve également en Californie des modèles intégrés pour les personnes âgées. Le « On Lok Pace Model » propose ainsi un programme de soins inclusifs pour les personnes du troisième

âge. PACE rassemble tous les soins nécessaires (médicaux, sociaux, diététiques, etc.) coordonnés par une équipe pluridisciplinaire. Il intègre des soins primaires et des soins à long terme en institution, en privilégiant les soins à domicile pour les personnes âgées.

LA RECHERCHE ET L'INNOVATION FONT FIGURE DE MODÈLE

L'innovation est au cœur du système de santé américain. La culture de l'innovation est fortement encouragée.

Ainsi, l'innovation technologique et numérique est affichée comme une priorité du CHU de San Francisco. La stratégie est fondée sur le client (et non sur l'institution), sur les décisions (et non sur les solutions), sur les équipes permanentes (et non sur les projets) et sur les résultats (et non sur les échéances). Un groupe pluridisciplinaire de communication clinique pilote la mise en œuvre de cette stratégie.

L'expérience numérique et digitale est particulièrement encouragée, au profit des patients. C'est ainsi que de nombreuses plateformes numériques existent, permettant aux patients de prendre des rendez-vous en ligne, d'accéder à l'information, d'échanger des courriels et de participer à des visioconférences. De même, des plateformes de conseil 24 h/24 ont été mises en place, permettant une autoévaluation des symptômes par les patients et des consultations à distance par visioconférence.

Des programmes d'innovation existent dans bon nombre d'hôpitaux, permettant au personnel et aux fournisseurs de proposer des projets d'innovation.



Des innovations sont également développées dans le domaine de la tarification des soins. Les médecins de ville sont généralement rémunérés à l'acte (« fee for services »). Néanmoins, dans certains États (Californie, Massachusetts, Minnesota), le paiement à la capitation a été introduit. Il permet une rémunération du médecin en fonction d'un nombre de patients inscrits sur sa liste, avec un accent mis sur la prévention et l'éducation sanitaire.

Les hôpitaux sont rémunérés en fonction des pathologies traitées (« Diagnostic Related Groups »). Des incitatifs financiers sont cependant

introduits pour améliorer la qualité et réduire les coûts inutiles.

Le financement de la recherche et de l'innovation aux États-Unis repose principalement sur des fonds privés, notamment des donations.

La philanthropie permet non seulement de financer en grande partie les investissements immobiliers, notamment des hôpitaux, mais aussi soutient les programmes d'innovation en santé. Un hôpital d'une capacité de 327 lits comme MarinHealth lève ainsi chaque année entre 7 et 10 millions de dollars pour financer ses programmes et ses innovations technologiques.

La recherche en santé bénéficie également d'une synergie forte entre les universités, les hôpitaux et les entreprises. Une entreprise comme CISCO a, par exemple, créé un centre pour la transformation digitale en santé (« Cisco Healthcare »), think tank ayant pour objet d'accompagner et de promouvoir la transformation digitale. Il aide les offreurs de soins à combiner innovation technologique, innovation organisationnelle et innovation sur le business model.

Bien que les indicateurs de santé et la couverture sociale de la population soit indéniablement bien meilleurs en France qu'aux États-Unis, certaines organisations et innovations dans le système américain méritent cependant d'être appréhendées comme des pistes d'amélioration de la performance du système de santé français, qui reste encore trop marqué par son cloisonnement et par un financement des offreurs de soins quasi exclusif à l'activité ■



Le voyage d'études dans la baie de San Francisco organisé par Dialog Health pour l'ADRHESS, la FEHAP et le CRAPS a été riche de nombreux enseignements, utiles pour nos vies de professionnels hospitaliers et nous sommes revenus avec des idées de leviers qui permettraient de transformer notre système de santé et de protection sociale et répondre aux défis auxquels il fait face aujourd'hui. Ou, à l'inverse, cela nous a permis de voir d'apparentes « bonnes idées » évoquées aujourd'hui en France, déjà mises en œuvre dans l'État de Californie, qui n'ont pas eu les résultats escomptés.

Bien sûr, les expériences ne sont pas comparables et transposables et il convient de faire un effort constant de remise dans le contexte historique, sociologique, économique et politique de chacun des systèmes. Néanmoins, ce que nous avons découvert, les échanges constructifs avec les participants et les intervenants et notre propre réflexion individuelle nous a permis de rentrer en France avec une autre vision des possibles.

En tant que directrice de l'Organisation, de l'Attractivité et de la Fidélisation au CHU de Bordeaux, je souhaite mettre en lumière deux dimensions transversales qui ont été plus

particulièrement instructives dans le cadre de mes missions. La première concerne la méthodologie de transformation des organisations et la seconde porte sur la stratégie de développement de l'attractivité et de l'engagement des professionnels de santé. *In fine* ces deux sujets, traités avec un angle légèrement différent se rejoignent, se complètent et sont de nature à transformer profondément et durablement nos établissements.

Les organisations médico-soignantes qui nous ont été décrites apparaissent très différentes de celles que nous connaissons dans nos hôpitaux français. Si nous avons cherché à comparer les ratios soignants, les niveaux de rémunération, les systèmes de formation initiale et continue des professionnels, je crois que ce n'est pas le plus intéressant à rapporter car cela dépend principalement des moyens que nos pays ont décidé de consacrer à nos systèmes de santé respectifs. En revanche, la méthodologie de conception et de transformation des organisations est très intéressante à considérer. La plupart des établissements visités appliquent les principes du Total Quality Management (TQM) et du Lean pour accompagner l'évolution de leurs organisations.

C'est le cas notamment de l'hôpital John Muir, qui a récemment recruté un expert du sujet pour déployer la méthode à grande échelle. Il estime la durée de sa mission à environ 2 ans pour former l'ensemble des unités, les faire adhérer à la

méthode et qu'elles deviennent autonomes dans la conception de leur organisation et la résolution de leurs problématiques. De nombreux services sont déjà équipés de grands tableaux préremplis selon ces principes, permettant d'animer des réunions de service efficaces et laissant une large place à l'intelligence collective. Cet expert l'a déjà mis en place à UCSF et a pu en mesurer les bénéfices tant en termes de performance que d'engagement des collaborateurs. Si le TQM et

le Lean Management ont mauvaise presse dans les hôpitaux français, il me semble que c'est plus par méconnaissance de leurs objectifs fondamentaux que de leurs modalités d'application. Ils ont souvent été associés à une simple méthode de réduction des coûts dans un contexte de rigueur budgétaire alors qu'ils visent à se concentrer sur l'essentiel pour améliorer l'expérience du patient et du professionnel. Et c'est tout à fait ce dont nos équipes et nos organisations ont besoin aujourd'hui.

De plus, pour aider à l'émergence d'innovations organisationnelles ou technologiques, des structures composées de coaches professionnels interviennent sur des projets transversaux visant à améliorer la santé de certaines populations spécifiques. C'est notamment le cas du Center Care for Innovation qui nous a été présenté et qui relève l'immense défi de faire travailler ensemble les différents acteurs du système américain dans un objectif d'amélioration, de simplification et de performance. Quand on mesure la multiplicité et

RETOUR DE VOYAGE D'ÉTUDES À SAN FRANCISCO

PAR PERRINE CAILLE
DIRECTRICE DE
L'ORGANISATION, DE
L'ATTRACTIVITÉ ET DE
LA FIDÉLISATION AU
CHU DE BORDEAUX

la complexité des dispositifs existants, on ne peut que saluer leurs succès qui relèvent de l'exploit.

Ce voyage d'études a aussi été l'occasion de découvrir les hôpitaux magnétiques dont j'avais déjà beaucoup entendu parler sans jamais y mettre un pied. Parmi les hôpitaux visités, UCSF est labellisé tous les 4 ans depuis 2012 par le Magnet Hospital Recognition Program et nos interlocuteurs ont estimé que leur taux de turnover relativement bas (7,9 % à UCSF contre 20 à 30 % en moyenne dans les hôpitaux américains d'après leurs dires) était lié à cette démarche. S'il n'est pas possible de résumer la démarche Magnet en quelques lignes, je voudrais mettre l'accent sur quelques points inspirants.

Tout d'abord, développer l'écoute via des questionnaires d'évaluation permanents de la satisfaction et le traitement des résultats. Ces analyses donnent lieu à des plans d'actions qui impliquent les professionnels afin qu'ils soient acteurs de leurs propres solutions. Cette valorisation et exploitation du « feedback » est essentielle pour mettre en place des stratégies qui fonctionnent. Cela doit être renouvelé en permanence et intégré dans la culture d'établissement.

Ensuite, faire participer les collaborateurs dans des démarches projets pluridisciplinaires (qui dépassent leur strict champ de compétences habituel) de la conception, à la réalisation et au suivi du projet. Nos interlocuteurs américains ont beaucoup insisté sur le fait que ces équipes projet restent connectées après la mise en œuvre de celui-ci pour en assurer son suivi dans une

logique d'amélioration continue. Cette dynamique d'équipe est très enthousiasmante, attendue par les professionnels et m'a inspirée pour mettre en place le dispositif de la prime d'engagement collectif au CHU de Bordeaux.

En complément, un dernier concept auquel je crois beaucoup et que j'ai vu fonctionner et mis en valeur en Californie, c'est celui de l'apprentissage et de la transformation par l'expérimentation. Nos organisations hospitalières doivent s'adapter en permanence, mais le changement imposé par la réglementation ou par la gouvernance n'est aujourd'hui plus accepté par les équipes car

elles n'en comprennent pas toujours le sens. Au contraire, face à une problématique, donner aux équipes la possibilité de concevoir leur solution et de l'expérimenter a un triple avantage. Cela permet de faire adhérer les équipes aux projets (et plus généralement aux enjeux et à la culture de l'établissement), de développer l'apprentissage et donc les compétences des professionnels (pour reprendre la citation mythique de

Nelson Mandela « je ne perds jamais, soit je gagne, soit j'apprends ») et souvent, d'aboutir à des résultats beaucoup plus efficaces.

Lorsque l'on accepte de mettre de côté ses croyances, un voyage est toujours une formidable occasion d'évoluer. Le système de santé californien, ses résultats ambivalents, ses professionnels fiers et enthousiastes ont parfois bousculé mes représentations et inspiré de nouvelles façons de fonctionner et parfois renforcé mes idées et ma motivation à les mettre en œuvre dans mon quotidien professionnel ■

LE SYSTÈME DE SANTÉ CALIFORNIEN, SES RÉSULTATS AMBIVALENTS, SES PROFESSIONNELS FIERS ET ENTHOUSIASTES ONT PARFOIS BOUSCULÉ MES REPRÉSENTATIONS ET INSPIRÉ DE NOUVELLES FAÇONS DE FONCTIONNER

TRIBUNE

« L'EAU C'EST LA VIE, PROTÉGEONS L'EAU ET NOUS PROTÉGERONS LA VIE »

PAR
OLIVIER TOMA
PRIMUM NON NOCERE®-
DIRECTEUR ASSOCIÉ
GRANT THORNTON

L'accès à l'eau potable et sa gestion durable sont des questions cruciales pour le bien-être de l'humanité et la santé de notre planète.

Voici les 10 principaux défis majeurs que nous devons relever d'ici 2030 concernant nos ressources en eau :

Le dérèglement climatique : ce dérèglement augmente la variabilité des précipitations, exacerbe les sécheresses dans certaines régions et augmente les inondations dans d'autres. Nous le savons tous, nous devons nous engager dans la lutte contre ces dérèglements, c'est également un moyen de préserver nos ressources en eaux actuelles et à venir.

La surutilisation de l'eau : dans de nombreuses régions, l'eau est surexploitée pour l'agriculture, l'industrie et l'utilisation domestique, ce qui entraîne un épuisement des aquifères et une diminution des débits des rivières.

Les infrastructures vieillissantes : dans de nombreux pays développés, les infrastructures de distribution d'eau sont vieillissantes et nécessitent des rénovations importantes. Le gouvernement va débloquer 180 millions d'euros par an pour aider les collectivités à réduire les fuites dans les canalisations. Les pertes sur les réseaux d'eau potable représentent aujourd'hui un litre sur cinq !

Conservation et utilisation efficace de l'eau : encourager la conservation de l'eau et développer des technologies et des pratiques pour une utilisation plus efficace de l'eau est crucial. Dans notre secteur, nous utilisons des lave-bassins,

des piscines, des autoclaves, des plonges en cuisine, des dialyseurs, des milliers de litres d'eau pour nettoyer du linge... Une politique d'achat adaptée permet de réduire très fortement ces consommations et ce durablement.

La pollution de l'eau : de nombreuses sources d'eau sont polluées par les déchets industriels, agricoles, médicamenteux et ménagers. La protection des ressources d'eau contre ces diverses sources de pollutions est l'affaire de tous. Le secteur de la santé est particulièrement polluant et énergivore, un plan global de réduction des consommations et des rejets est majeur pour la suite... Chaque établissement, chaque professionnel de santé peut intégrer la réduction des effluents liquides et médicamenteux dans son

quotidien... La Suède a intégré un indice PBT dans la prescription, la délivrance et la substitution des médicaments. Nous travaillons actuellement à la création d'un éco-score pour les médicaments... Cela sera peut-être la solution pour l'hexagone...

L'accès à l'eau potable et le recyclage des eaux usées : selon l'ONU, environ une personne sur trois n'a pas accès à de l'eau potable en toute sécurité. L'extension de l'accès à l'eau potable est un défi clé, en particulier dans les pays en développement, mais aussi en Europe. À l'inverse, ne devrait-on pas utiliser de l'eau non potable pour les bouches à incendie, les espaces de lavage de voitures, des toilettes, les arrosages des espaces verts, des golfs ?

La protection des écosystèmes aquatiques : les écosystèmes aquatiques fournissent de nombreux services écosystémiques précieux, mais sont souvent menacés par la pollution, la surexploitation et le changement climatique. Leur protection est une nécessité pour la durabilité de l'eau.

Le plancton, par exemple, joue un rôle crucial dans la production d'oxygène et le cycle du carbone sur Terre. Il est composé d'organismes minuscules, généralement microscopiques, qui dérivent dans les eaux douces et salées du monde. Le plancton peut être divisé en deux grandes catégories : le zooplancton, qui est composé de petits animaux, et le phytoplancton, qui est composé de plantes microscopiques.

Le phytoplancton, comme toutes les plantes, réalise la photosynthèse. Au cours de ce processus, il utilise la lumière du soleil pour convertir le dioxyde de carbone (CO₂) et l'eau (H₂O) en glucides (sucres), en libérant de l'oxygène (O₂) comme sous-produit. Il est estimé que le phytoplancton contribue à environ 50 % de la production totale d'oxygène de la planète, bien qu'il ne représente qu'une petite fraction de la biomasse végétale totale. C'est une contribution

significative, sachant que les forêts tropicales humides, qui sont souvent citées comme les « poumons de la planète », contribuent également à environ 28 % de l'oxygène terrestre.

Le phytoplancton joue également un rôle crucial dans le cycle du carbone. Il absorbe une grande quantité de CO₂ lors de la photosynthèse. Lorsque le phytoplancton meurt, il descend vers le fond de l'océan, emportant le carbone qu'il a absorbé.

Intégrer la notion d'eau virtuelle : il s'agit de l'eau utilisée pour produire des biens et des services, souvent de manière indirecte. Par exemple, l'eau utilisée pour cultiver les céréales qui seront utilisées pour nourrir le bétail est considérée comme de l'eau virtuelle dans la production de viande. Cette eau n'est pas directement consommée ou polluée, mais elle est utilisée dans le processus de production.

L'un des défis majeurs pour la gestion de l'eau d'ici 2030 est de comprendre et de gérer l'eau virtuelle. Cela comprend la réduction de l'eau utilisée dans la production de biens et de services, la création de chaînes d'approvisionnement plus durables et la prise en compte de l'eau virtuelle dans les accords commerciaux et les politiques de gestion de l'eau.

Cela peut impliquer des changements dans la manière dont nous cultivons nos aliments, comme l'adoption de pratiques agricoles plus durables qui utilisent moins d'eau, le développement de cultures plus résistantes à la sécheresse, ou même le changement de nos habitudes alimentaires pour consommer moins de produits qui nécessitent beaucoup d'eau pour leur production. Pour cela, il est important d'inventer un outil de mesure, tel que le « bilan carbone » pour le CO₂, un « Bilan H₂O » permettrait à n'importe quelle organisation d'avoir des indicateurs, précis pour réduire son empreinte hydrique.



LES ÉCOGESTES DU QUOTIDIEN

PRIMUM NON NOCERE - « L'EAU C'EST LA VIE »

INVESTIR DANS DES SOUS-COMPTEURS POUR REPÉRER LES FUITES
INTÉGRER LA NOTION « D'EAU VIRTUELLE » DANS LES ACHATS
MESURER-REDUIRE LES CONSOMMATIONS D'EAU POTABLE
ADOPTER UNE POLITIQUE D'ACHATS RESPONSABLES
CHOISIR DES PRODUITS ET SERVICES À FAIBLE EMPREINTE HYDRIQUE
FORMER, INFORMER, SENSIBILISER, S'ENGAGER
RÉDUIRE LES EFFLUENTS LIQUIDES ET MÉDICAMENTEUX
RECYCLER LES EAUX GRISES

L'éducation et la sensibilisation du public sont également importantes, car de nombreuses personnes ne sont pas conscientes de la quantité d'eau utilisée pour produire les biens qu'elles consomment au quotidien. En prenant conscience de notre « empreinte eau », nous pouvons faire des choix plus éclairés et durables.

Prenons l'exemple du lait infantile. Un litre de lait en poudre nécessite 5 000 litres d'eau potable et 1,4 kg d'équivalent CO₂ pour sa fabrication, c'est le fruit de l'analyse du cycle de vie de cet aliment. Une campagne nationale de sensibilisation sur le soutien à l'allaitement maternel aurait un impact positif colossal en termes de santé humaine et de préservation des ressources naturelles...

La gestion de l'eau transfrontalière : de nombreux systèmes d'eau douce traversent les frontières nationales, et leur gestion efficace nécessiterait une coopération internationale.

L'équité en matière d'eau : assurer un partage équitable de l'eau entre différents utilisateurs – villes, agriculture, industrie – et entre différentes régions et pays est un défi complexe, mais nécessaire pour la suite de notre aventure humaine.

QUELS SONT LES RISQUES À COURT TERME SI NOUS N'AGISSONS PAS ?

Au-delà des risques liés au manque d'eau potable, aux conflits entre les peuples face à cette pénurie dans certaines zones du globe, à l'augmentation du coût de l'accès à l'eau, un des risques les plus

inquiétants est celui qui concerne les éventuelles futures pandémies liées à l'eau.

Il existe, en effet, un risque de pandémies causées par la pollution de l'eau ou le manque d'assainissement de l'eau. De nombreuses maladies graves et potentiellement mortelles peuvent être transmises par l'eau contaminée, notamment le choléra, la dysenterie, la typhoïde et la poliomyélite. Ces maladies peuvent se propager rapidement dans les populations où l'eau potable et l'assainissement sont insuffisants, causant des épidémies de grande ampleur.

En outre, le réchauffement climatique pourrait augmenter le risque de telles pandémies. Le réchauffement des températures peut favoriser la croissance et la propagation de certains pathogènes dans l'eau, tandis que les événements météorologiques extrêmes, tels que les inondations, peuvent propager les maladies en contaminant l'eau potable avec des eaux usées.

L'augmentation des antibiotiques, désinfectants, médicaments et leurs métabolites dans l'eau peuvent concourir à la prolifération de bactéries multirésistantes. Un rapport de l'OMS estimait à 700 000 le nombre de décès dans le monde chaque année en raison de la résistance aux antimicrobiens. L'OMS a également averti que ce nombre pourrait atteindre 10 millions par an d'ici 2050, si aucune action n'est entreprise pour combattre ce problème ! En ce qui concerne la France, selon l'ANSM, environ 12 500 décès par an seraient attribués à des infections dues à des bactéries résistantes aux antibiotiques.

LA PROTECTION SOCIALE, EN CE QU'ELLE VISE À GARANTIR LE BIEN-ÊTRE ET LA SÉCURITÉ DE TOUS LES INDIVIDUS, DOIT NÉCESSAIREMENT PRENDRE EN COMPTE LES DÉFIS RELATIFS À L'EAU

Nous retrouvons également de nombreux perturbateurs endocriniens avérés dans les eaux de boissons, certes en doses infinitésimales, mais ce sont des doses récurrentes... Réduire les consommations d'eau et les rejets d'effluents liquides est un véritable geste de santé publique...

La protection sociale et les défis relatifs à l'eau sont étroitement liés. L'eau est une ressource essentielle à la vie humaine et à la santé, et l'accès à une eau potable sûre et à des services d'assainissement est un droit humain reconnu par les Nations unies. La protection sociale, en ce qu'elle vise à garantir le bien-être et la sécurité de tous les individus, doit nécessairement prendre en compte les défis relatifs à l'eau.

QUELQUES DONNÉES CHIFFRÉES À CONNAÎTRE :

Selon l'Organisation mondiale de la santé, chaque personne a besoin d'au moins 20 à 50 litres d'eau par jour pour assurer ses besoins de base, y compris la boisson, la cuisine et l'hygiène personnelle.

Hôpital : selon le baromètre IDD du C2DS, un hôpital consomme près de 500 litres d'eau potable par jour (hors dialyse). Un autoclave peut rejeter 1 000 litres d'eau stérile dans les égouts, tous les jours...

Toilettes : nous consommons 100 à 150 litres d'eau par personne en France par jour, dont environ 30 litres d'eau potable pour les « toilettes ». Avec une population d'environ 67 millions d'habitants, cela équivaut à 734 milliards de litres d'eau potable par an...

L'agriculture représente environ 70 % de l'eau douce utilisée dans le monde, selon la FAO. Il faut environ 1 000 à 3 000 litres d'eau pour produire un seul kilogramme de riz et environ 15 000 litres pour produire un kilogramme de viande de bœuf.

L'industrie consomme environ 20 % de l'eau douce mondiale. Par exemple, il faut environ 39 000 litres d'eau pour produire une voiture et environ 10 litres d'eau pour fabriquer une feuille de papier A4.

Alimentation : un hamburger de 150 grammes a une empreinte eau d'environ 2 400 litres, en prenant en compte l'eau utilisée pour la production de viande, de pain et des garnitures.

Accès à l'eau : selon l'UNICEF et l'OMS, en 2019, environ 2,2 milliards de personnes dans le monde n'avaient pas accès à des services d'eau potable gérés en toute sécurité.

Maladies liées à l'eau : selon l'OMS, environ 485 000 décès par an sont dus à la diarrhée causée par la consommation d'eau contaminée. De plus, des maladies comme le choléra, la dysenterie, le typhus ou la polio peuvent être directement liées à l'eau contaminée.

Pollution plastique : selon une étude publiée dans la revue *Science* en 2015, environ 8 millions de tonnes de plastique se retrouvent dans les océans chaque année. Cela équivaut à déverser le contenu d'un camion à ordures dans l'océan chaque minute.

Déversements d'hydrocarbures : l'Agence de protection de l'environnement des États-Unis estime qu'environ 136 millions de gallons (soit environ 515 millions de litres) d'hydrocarbures sont déversés dans l'eau chaque année.

Eaux usées non traitées : selon l'UNESCO, environ 80 % des eaux usées dans le monde sont déversées dans l'environnement sans traitement, ce qui contribue à la pollution de l'eau ■

SÉBASTIEN GUERARD

PRÉSIDENT DES
LIBÉRAUX DE SANTÉ
ET DE LA
FÉDÉRATION FRANÇAISE
DES MASSEURS
KINÉSITHÉRAPEUTES
RÉÉDUCATEURS



VOUS PRÉSIDEZ « LES LIBÉRAUX DE SANTÉ » (LDS), INTERSYNDICALE COMPOSÉE DE 10 SYNDICATS REPRÉSENTATIFS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX CRÉÉE EN 2021. QUELLE EST SA VOCATION ?

La création des Libéraux de Santé, en septembre 2021 a engagé une recomposition du paysage syndical en rassemblant des syndicats autour d'un pacte de valeurs communes : la responsabilité, l'indépendance, la solidarité, l'attachement au système conventionnel et le respect des acteurs publics. Notre objectif est de réaffirmer les positions volontaristes d'organisations syndicales représentatives qui pèsent et partagent la même vision de l'exercice libéral et du rôle essentiel de celui-ci dans le système de santé.

Les 10 organisations membres des Libéraux de Santé constituent l'essentiel du bloc santé au sein de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) et forment par ailleurs le bloc majoritaire à l'Union nationale des professions de santé (UNPS).

Les LDS sont un laboratoire d'idées et une force de proposition dont le but est de construire un rééquilibrage entre les établissements et les soins de proximité libéraux.

« LES LIBÉRAUX DE SANTÉ » ONT L'AMBITION D'ACCOMPAGNER LES RÉFORMES ET LES TRANSFORMATIONS DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LA PLACE ACTUELLE DE L'EXERCICE LIBÉRAL DANS NOTRE SYSTÈME ?

Les professionnels libéraux de santé, coordonnés de manière formelle ou informelle, sont les chevilles ouvrières de l'organisation des soins.

Leur rôle peine pourtant à être reconnu dans un système actuellement suradministré, hospitalo-centré et peu lisible pour les patients. Les LDS portent l'idée que c'est en s'appuyant sur les professionnels libéraux exerçant au plus près de la population, en proximité, que l'accès aux soins sera amélioré.

La création des LDS a également été motivée par une inquiétude partagée, celle de la dégradation du

système conventionnel. La crise de confiance envers les institutions au sens large et la montée des individualismes trouvent, en effet, une résonance forte parmi les professions libérales de santé et percutent le système conventionnel. En prime, au lieu de renforcer le lien avec ses partenaires, la puissance publique contourne régulièrement les syndicats représentatifs en accordant une attention excessive à toutes sortes d'acteurs non représentatifs (fédérations de structures, coordinations,

LES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX DE SANTÉ, COORDONNÉS DE MANIÈRE FORMELLE OU INFORMELLE, SONT LES CHEVILLES OUVRIÈRES DE L'ORGANISATION DES SOINS

etc.). Cette situation qui perdure obère la capacité des syndicats à surmonter des divisions ainsi légitimées. Les LDS jugent donc nécessaire et urgent de rénover le cadre conventionnel et travaillent collectivement à des pistes d'évolution du fonctionnement des conventions. Le contrat conventionnel doit être rééquilibré, renforcé et le rythme des négociations plus régulier. Enfin, il faut dépassionner les débats et donner une place plus grande aux approches interprofessionnelles en musclant l'accord-cadre interprofessionnel et ramener dans le giron conventionnel les protocoles de coopérations et délégations de tâches.

DANS UN CONTEXTE MARQUÉ PAR DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS, DE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION (AVEC DE PLUS EN PLUS DE PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES), ET DE CONTRAINTES BUDGÉTAIRES, COMMENT APPRÉHENEZ-VOUS L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ LIBÉRAUX ?

Au-delà de la rénovation urgente du système conventionnel, les LDS estiment, plus largement, que la ville doit devenir l'accès par défaut au système de santé. À l'inverse, le recours aux structures hospitalières publiques et privées doit être réservé aux soins complexes et vitaux. La logique de parcours de soins doit primer sur la logique de niveau de recours et, pour cela, le domicile doit

devenir le principal lieu de soins. Le virage ambulatoire est trop lent à se mettre en place au regard des enjeux liés au vieillissement de la population. Il faut accélérer l'indispensable approche domiciliaire et engager les moyens financiers et humains adaptés. C'est dans cette logique que les LDS ont élaboré et présenté en mars 2022, au Conseil économique, social et environnemental (CESE), un projet de loi de réforme pour conforter les soins de ville. Il s'agit d'une démarche responsable pour répondre aux défis de l'accès aux soins et de la dépendance. Ce texte trace des pistes pour améliorer l'accès aux soins et construire avec les patients, pour rénover les politiques de santé et pour révolutionner le système conventionnel.

LA BONNE RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE EST UNE PRIORITÉ POUR QUE

TOUS LES FRANÇAIS PUISSENT ACCÉDER RAPIDEMENT AUX SOINS DE PROXIMITÉ. QUELLES SONT VOS PRÉCONISATIONS EN LA MATIÈRE ? PLUS LARGEMENT, COMMENT PEUT-ON FAVORISER LES SYNERGIES INTERPROFESSIONNELLES ET LA COORDINATION ?

Selon nous, l'un des déterminants principaux de l'accès aux soins est le dossier du périmètre des métiers et des missions des professionnels de santé. Or, ce sujet est le plus souvent abordé de manière par-

L'UN DES DÉTERMINANTS PRINCIPAUX DE L'ACCÈS AUX SOINS EST LE DOSSIER DU PÉRIMÈTRE DES MÉTIERS ET DES MISSIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

taire pour répondre à des situations ponctuelles, dans un cadre distinct de celui des soins de ville et du secteur libéral. Pour sortir de cette vision « court-termiste » qui conduit à des déséquilibres structurels et économiques entre les professions, les LDS ont engagé un travail de fond qui a permis de bâtir une méthodologie et de proposer des actions concrètes répondant à de grands objectifs au service des patients, comme une meilleure reconnaissance de chaque profession, ou encore la mobilisation de chaque profession sur la totalité de son champ de compétences. Pour chacun des objectifs, les LDS ont conçu une « To Do List » avec des propositions concrètes à destination des pouvoirs publics. Les LDS ont, par exemple, engagé une action sur les modalités de prise en charge optimale sur 3 pathologies : le diabète, l'insuffisance rénale chronique (IRC) et la perte d'autonomie de la personne âgée. Ces trois pathologies sont parmi les plus coûteuses pour l'Assurance maladie, notamment en raison d'une structuration insuffisante des parcours avec de fortes déperditions dans les prises en charge.

Pour favoriser les synergies interprofessionnelles, les LDS soutiennent la reconnaissance d'une forme souple de coordination appelée équipe de soins coordonnée avec le patient (ESCAP). Cette mesure portée par les LDS, et au-delà l'ensemble des syndicats dans le cadre de l'UNPS, est appelée à compléter les formes d'organisation existantes (ESS, ESP, MSP et CPTS) et leur fournir des effecteurs de soins. Elle peut être mise en œuvre rapidement, car les outils numériques de coordination, la grille d'inclusion des patients et les modalités de financement sont déjà élaborés.

POUR CONCLURE, COMME À L'HÔPITAL, LE SECTEUR LIBÉRAL N'EST

PAS ÉPARGNÉ PAR LES PROBLÉMATIQUES D'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET DES CARRIÈRES. COMMENT PEUT-ON, SELON VOUS, INVERSER LA TENDANCE ?

À la différence des hôpitaux publics et du médico-social que la haute administration appréhende plus facilement, il a fallu attendre que se posent des problématiques de pénuries médicales pour que l'attention se porte sur les soins de ville. La dernière grande réforme structurelle des soins de ville remonte à 2004.

Les propositions élaborées par les LDS dans le cadre des travaux menés sur le périmètre des métiers participent dans leur ensemble à rendre de l'attractivité à nos métiers. Jusqu'à présent, l'évolution du périmètre des métiers de la santé se faisait majoritairement par l'intermédiaire d'expérimentations ou d'évolutions réglementaires et le plus souvent au détriment d'une profession par rapport à une autre. Le tout sans véritable concertation avec les organisations syndicales. Cette situation a souvent posé des problèmes de compréhension du rôle et des missions de chacun, de lisibilité pour les patients, et de déstabilisation organisationnelle et économique. Tous ces déterminants ont participé à la perte d'attractivité. Un nombre croissant de jeunes abandonnent leurs études en cours de cursus, ou le métier après quelques années d'exercice pour ceux d'entre eux qui se sont installés. Les Libéraux de Santé ont clairement affirmé leur volonté de reprendre la main sur ce dossier qui constitue un enjeu majeur pour l'accès aux soins ■

RETROUVEZ L'ENSEMBLE DES PROPOSITIONS SUR :

www.liberauxdesante.fr



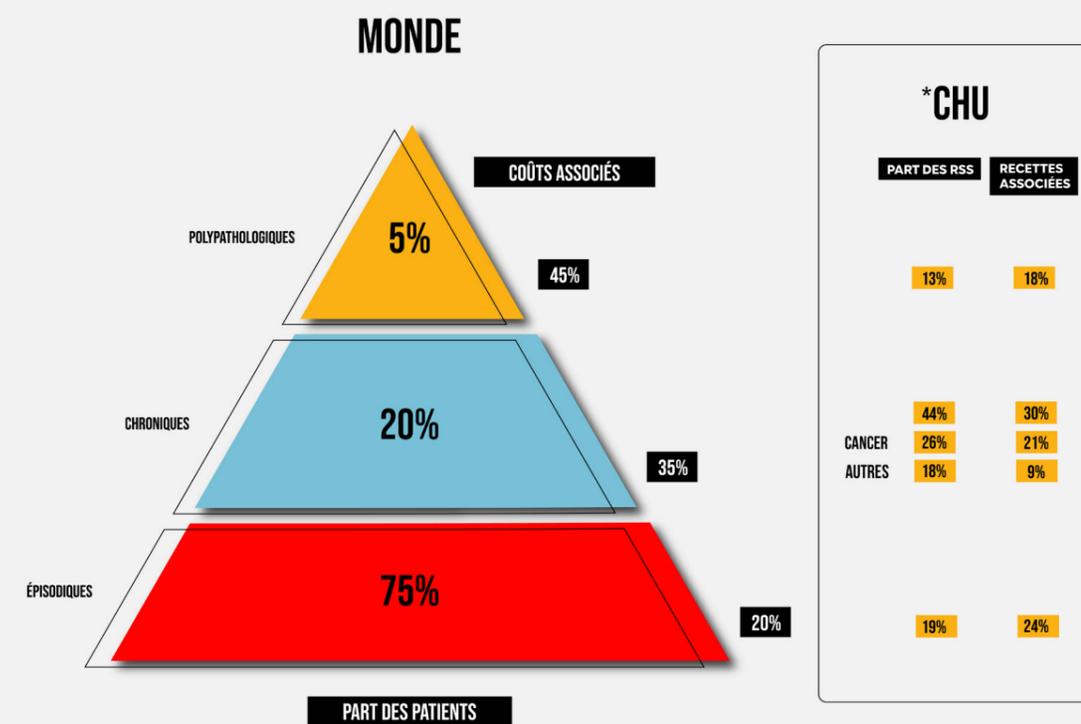
CONSOLIDER NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ PAR L'APPROCHE POPULATIONNELLE ?

PAR
JOSEPH TEDESCO
DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CNEH

L'approche populationnelle se développe dans de nombreux pays. L'objectif est clair : il s'agit, par des modes d'organisations ou d'intégration différents de l'offre de soins existante, de trouver des réponses face à l'augmentation significative des coûts, liée à la prise en charge des patients relevant de pathologies chroniques complexes (du fait du vieillissement de la population et des problèmes environnementaux, notamment) et des patients polypathologiques. D'ailleurs, les chiffres l'attestent (fig 1).

Ainsi, quand on effectue une coupe de l'ensemble des patients (pris en charge en ville et à l'hôpital), si le total des patients relevant des catégories chroniques complexes et polypathologiques n'est pas le plus élevé (25 %), ces patients sont, et de très loin, les plus coûteux (80 % des coûts). Quand on effectue un focus pour un CHU de taille moyenne, les chroniques et polypathologiques représentent 57 % du volume des patients pris en charge. Dès lors, et du fait du vieillissement de la population, comme le nombre des plus de 65 ans (et surtout des plus de 75 ans) augmentera significativement dans les cinq prochaines années en France, l'impact sur notre système de santé sera important en nombre de patients nouveaux à prendre en charge, chaque année.

LA PYRAMIDE POPULATIONNELLE (FIGURE 1) CE QUE LA SEGMENTATION SIGNIFIE POUR NOUS



* HORS PÉDIATRIE ET PATIENTS NON CATEGORISÉS



Cette situation étant identique dans de nombreux pays développés, chacun cherche des solutions organisationnelles avec une volonté forte de mieux intégrer l'hôpital et la ville avec des bouquets de solutions très variés.

Un focus plus précis sur ces deux populations, patients chroniques complexes et polypathologiques montre que la population des chroniques complexes et des polypathologiques représentent 60 % des coûts (fig 2).

Pour ces patients, les systèmes de financement actuels (bien souvent fondés sur la T2A ou équivalent) ne fonctionnent pas ou pas bien. C'est pourquoi (fig 3) plusieurs pays ont mis en place, ou cherchent à mettre en place, des modes de financement hybrides ou combinés, afin de corriger les effets de la T2A pour l'hôpital et du paiement à l'acte pour la médecine de ville. Globalement, cinq modes de financement sont observés dans le monde afin de compléter les financements de type T2A.

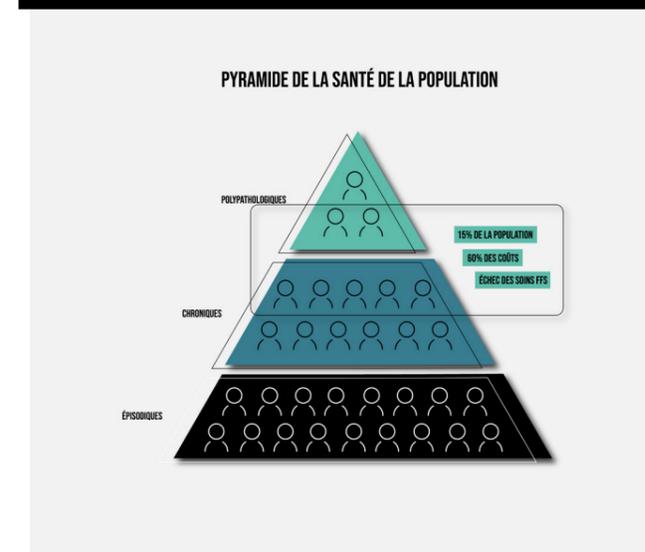
Au-delà des coûts et des modes de financement associés, c'est la qualité de la prise en charge de ces personnes qui est questionnée : navigation complexe dans le système de santé, examens redondants du fait d'un manque de coordination, protocoles non partagés entre la ville et l'hôpital et souvent au sein même de l'hôpital (par exemple lien distendu entre les urgences et ceux de gériatrie aiguë ou avec un service de spécialité) et singulièrement pour les patients âgés polypathologiques.

Dès lors, la combinaison mode de financement inadapté et niveau de qualité non standardisé a encouragé plusieurs systèmes de santé à engager des politiques autour de l'approche populationnelle avec plusieurs niveaux possibles de transformation.

Certaines politiques concernent l'hôpital lui-même, avec une distinction organisationnelle forte entre les patients relevant d'une prise en charge épisodique, ceux relevant d'une prise en charge chronique ou polypathologique. Cette distinction peut également trouver une traduction au niveau de l'architecture avec des bâtiments dédiés aux différents types de prise en charge afin d'en améliorer l'efficacité (fig 4) avec à la clef une transformation des modes de financement.

D'autres transformations concernent l'intégration ville-hôpital, avec pour l'essentiel le partage de protocoles autour d'une pathologie. Des expérimentations engagées en France dans le cadre de l'article 51 relèvent souvent de cette approche et apportent des solutions très satisfaisantes pour les professionnels de santé et les patients, même si, les résultats en termes d'impact économique et de qualité sont, à notre connaissance, peu documentés. Toujours dans cette logique ville-hôpital, certains exemples aux USA démontrent l'utilité pour un hôpital de disposer d'une offre en ville (l'hôpital en dehors

COÛT DES PRISES EN CHARGE DE PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES COMPLEXES ET DE POLYPATHOLOGIES (FIGURE 2)



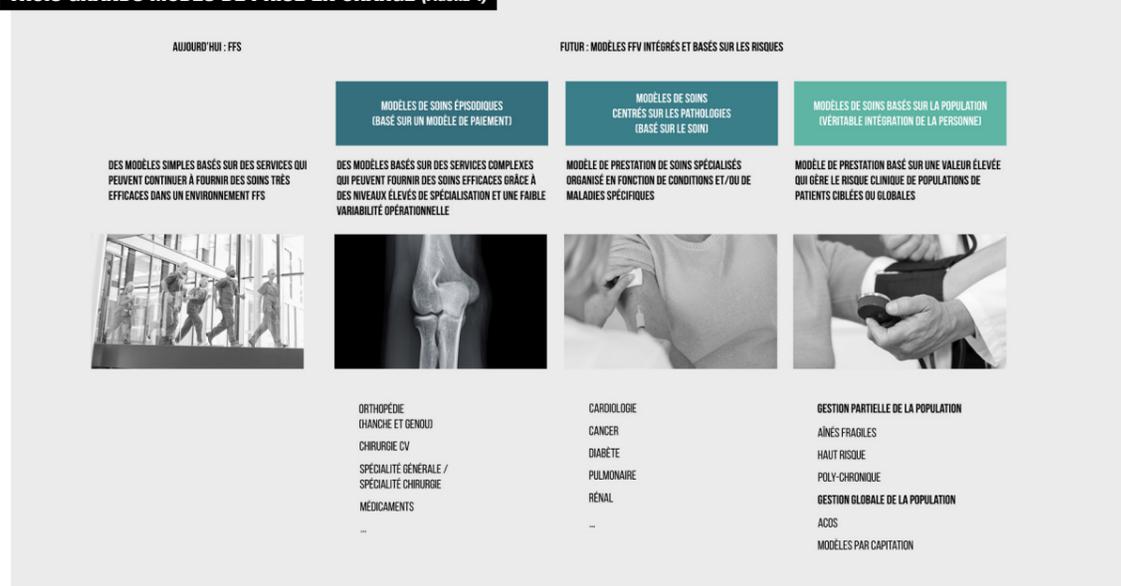
des murs) afin d'éviter les hospitalisations inutiles et un recours excessif aux services d'urgences.

Enfin le troisième type de politique concerne la création ou la transformation des offres de soins existantes sur un territoire, avec l'émergence de maisons des pathologies chroniques complexes ou des maisons dédiées aux polypathologies. Ce sont ces espaces intermédiaires qui se développent aux USA, mais aussi en UK sous la houlette du NHS. Cette transformation de l'offre vise, au-delà des « services » proposés aux patients, de limiter le recours à l'hôpital afin que ce dernier se concentre sur des actes et des prises en charge de haute valeur ajoutée et notamment pour les hôpitaux universitaires.

Ces espaces intermédiaires prennent en charge des patients adressés bien souvent par l'assureur public (par exemple, Medicare aux USA). Il s'agit alors d'effectuer (en amont) une segmentation de la population potentiellement concernée et de lui proposer une prise en charge singulière et globale dans ces espaces intermédiaires, mais également

UNE VARIÉTÉ DE MODÈLES DE FINANCEMENT BASÉS SUR LA VALEUR SONT DÉPLOYÉS - LE TRANSFERT DU RISQUE AU PRESTATAIRE AUGMENTE EN SE DÉPLAÇANT DE GAUCHE À DROITE (FIGURE 3)



TROIS GRANDS MODES DE PRISE EN CHARGE (FIGURE 4)


au domicile. Il s'agit d'une réelle responsabilité populationnelle contractée entre l'offreur de soins et l'assureur public. On trouvera (fig 5) le type de patients qui peuvent être pris en charge, même si des programmes existent pour des patients moins complexes.

Afin d'assurer une excellence de la prise en charge, avec un très haut standard de qualité, un travail très important est réalisé pour bâtir des protocoles de prise en charge (basé sur l'evidence-based medicine) avec un objectif important : celui qui consiste à éviter trop de variations dans la prise en charge en fonction du professionnel rencontré.

Ces protocoles relèvent de deux niveaux (fig 6) :

- le premier concerne la prise en charge au sein de cet espace intermédiaire ;

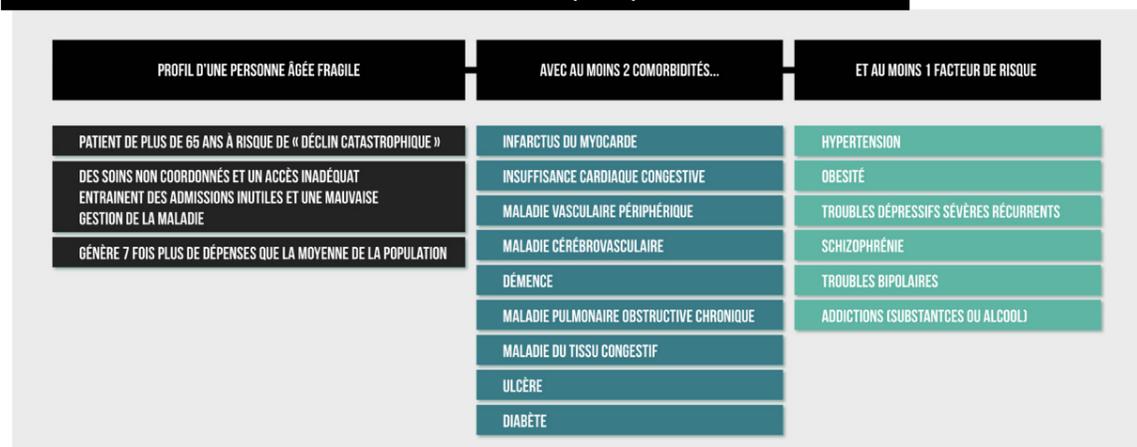
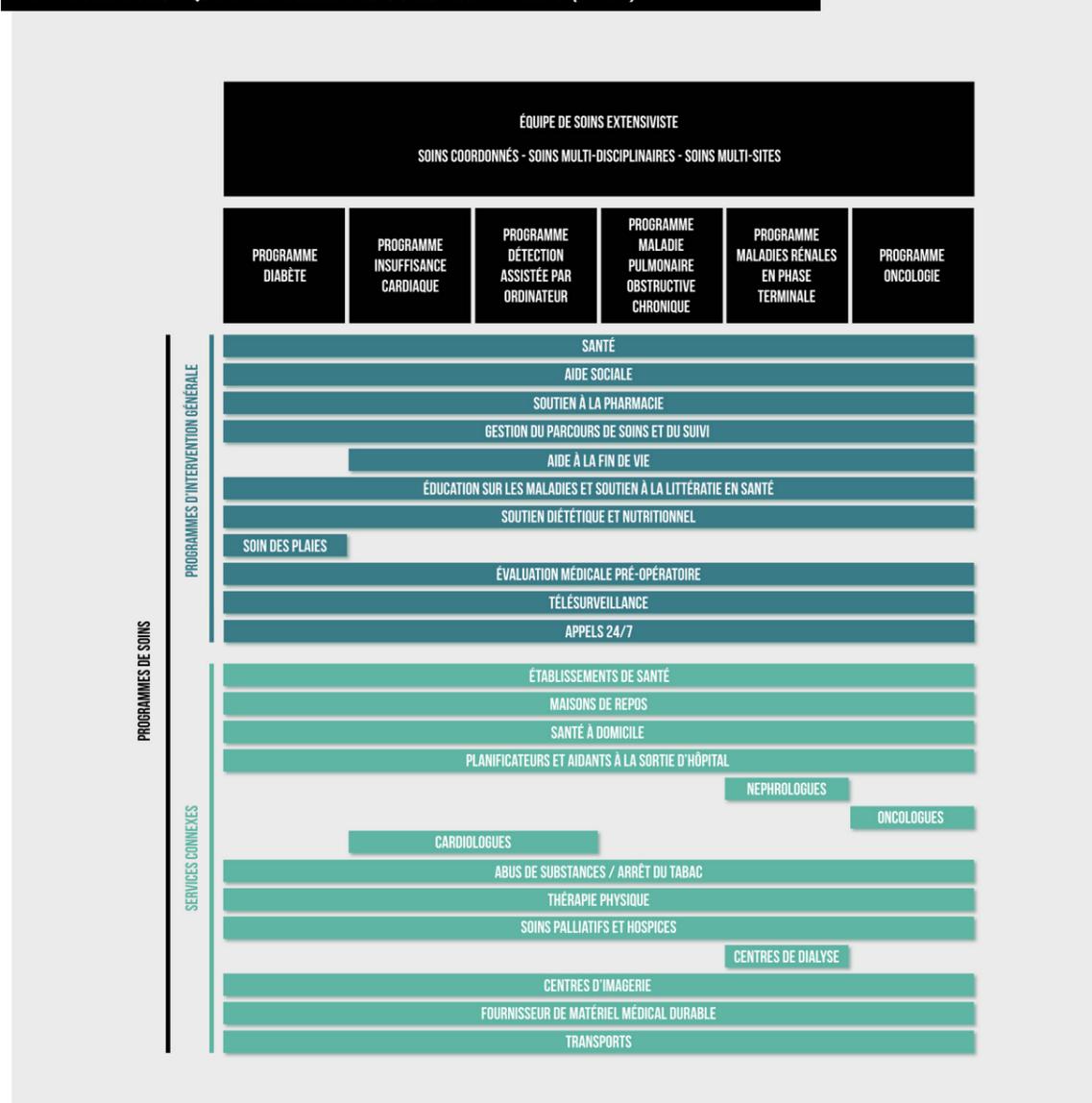
- le second relève du partage de protocoles avec les plateaux techniques hospitaliers et/ou les services de spécialités, quand les compétences ne sont pas disponibles au sein de l'espace intermédiaire afin de s'assurer d'une intégration verticale forte et éviter les examens inutiles, pour mémoire et selon le ministère de Santé, 43 % des

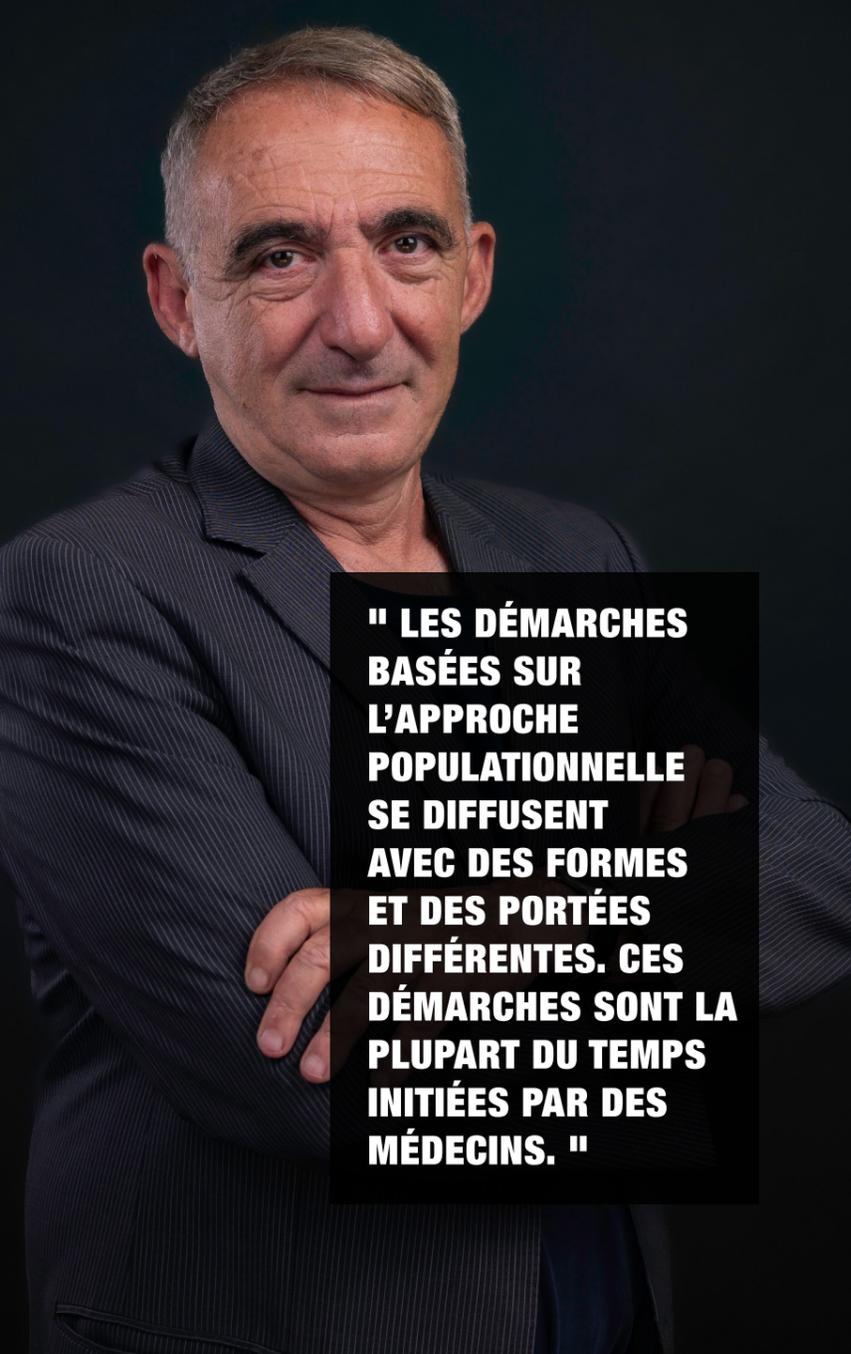
actes réalisés et prescriptions associées sont non pertinents. Ce point est décisif.

Au-delà de ce travail sur les protocoles et les outcomes médicaux recherchés (et souvent aux USA contractés avec l'assureur public), c'est une approche à 360° qui est proposée aux patients concernés, puisque les sujets relatifs au social, aux conditions de vie, à l'agencement du domicile, au transport... sont tout aussi importants à prendre en compte... Et dans un même lieu !

Par ailleurs, basés sur « l'evidence-based medicine », ces programmes sont supportés par des systèmes d'information robustes où la gestion et le pilotage par les données sont essentiels. En outre, des solutions de télésuivi et de télé-médecine sont proposées.

Enfin, ces espaces sont pilotés par un médecin dit médecin extensiviste, puisqu'il s'agit lors de la première rencontre avec le patient d'effectuer un diagnostic 360° de la situation afin d'établir, pour chaque patient, un plan de soins et de prise en charge globale, allant bien au-delà du simple regard médical.

UNE CLINIQUE DÉDIÉE À LA PRESTATION DE SOINS HOLISTIQUES ET COORDONNÉS AUX PATIENTS ÂGÉS FRAGILES AYANT LES BESOINS LES PLUS IMPORTANTS (FIGURE 5)

LES PROGRAMMES INTERDISCIPLINAIRES AIDERONT L'ÉQUIPE DE SOINS À APPORTER UNE APPROCHE HOLISTIQUE ET INTÉGRÉE DES SOINS AUX PATIENTS (FIGURE 6)




" LES DÉMARCHES BASÉES SUR L'APPROCHE POPULATIONNELLE SE DIFFUSENT AVEC DES FORMES ET DES PORTÉES DIFFÉRENTES. CES DÉMARCHES SONT LA PLUPART DU TEMPS INITIÉES PAR DES MÉDECINS. "

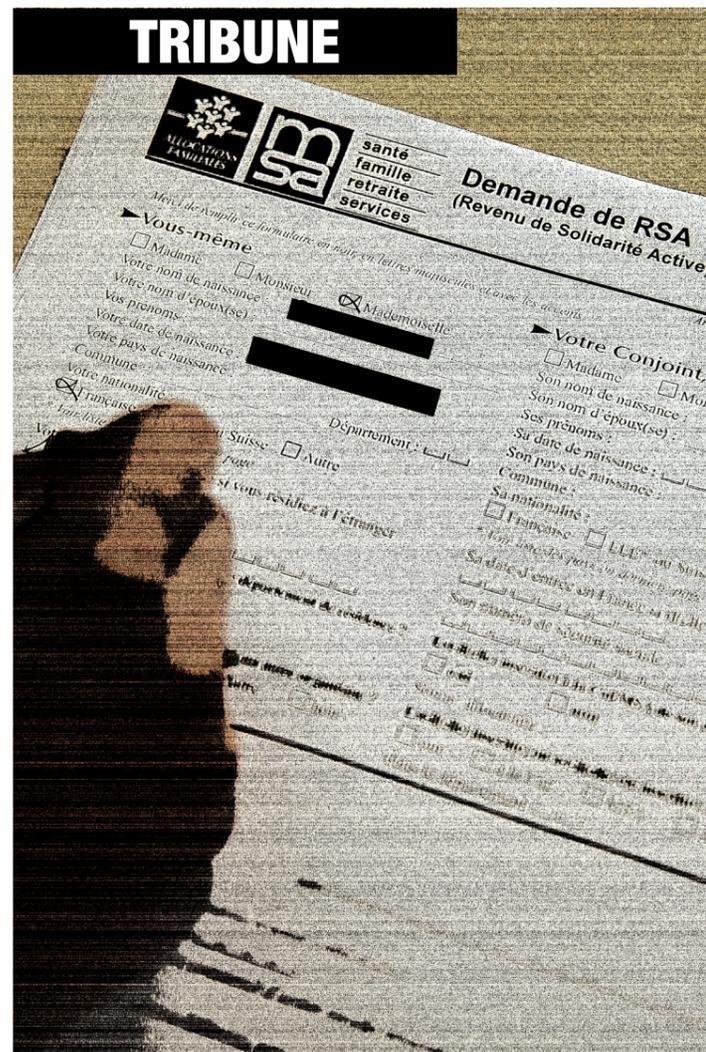
Au final, ces espaces, quand ils fonctionnent correctement, améliorent considérablement :

- L'expérience patient, puisque c'est l'espace intermédiaire qui effectue, quand cela est nécessaire, l'ensemble des démarches de coordination des soins et des parcours par le truchement d'un case manager. En conséquence, ce n'est plus le patient seul (ou sa famille) qui gère son parcours. Par ailleurs, ces espaces proposent une unité de lieu, facilement accessible, ce qui simplifie grandement la vie du patient !

- La qualité des prises en charge est également au rendez-vous. Comme les protocoles sont produits par les professionnels dans une perspective pluridisciplinaire et suivis scrupuleusement par l'équipe (notamment quand la rémunération de l'équipe repose sur un « share saving ») la qualité s'améliore de manière quasi mécanique. De surcroît, des actes redondants, dont l'utilité est parfois questionnée, sont très largement diminués en volume.

Enfin, et de manière plus globale, ces modèles réduisent les coûts de chaque prise en charge des personnes concernées par une baisse, notamment, du recours au service d'urgence, par une réduction des hospitalisations non justifiées, mais aussi par une réduction des actes de biologie ou d'imagerie de ville, voire une baisse significative du volume de médicaments consommés...

En conclusion, les démarches basées sur l'approche populationnelle se diffusent avec des formes et des portées différentes. Ces démarches sont, la plupart du temps, initiées par des médecins. Elles cherchent à promouvoir un haut standard de qualité des prises en charge et, ce faisant, contribuent à faire diminuer les coûts de chaque prise en charge tout en améliorant significativement l'expérience patient. Ces démarches, si elles ne résolvent pas l'ensemble des problèmes rencontrés par les différents systèmes de santé, contribuent positivement à transformer les offres de soins et surtout à les rendre plus lisibles pour les citoyens-patients. La France peut-elle rester en dehors de ce mouvement ? ■



SOLIDARITÉ À LA SOURCE DÉCRYPTAGE

PAR
STÉPHANIE ANDRIEUX
ASSOCIÉE CHEZ YCE PARTNERS

ET
MARIE DEVAINE
MANAGER CHEZ YCE PARTNERS

Il y a un peu moins d'un an, le cabinet de conseil YCE Partners s'est associé au CRAPS pour publier une réflexion globale sur le rôle des données sociales pour une « juste prestation ». Certaines clés avaient émergé pour conduire ces transformations d'ampleur :

- L'installation d'une gouvernance dédiée pour renforcer la coordination des acteurs depuis les dispositifs de collecte des données sources jusqu'aux organismes verseurs de prestations (administrations centrales, CNAV, CNAM, CNAF, GIP-MDS, etc.).

- Une nécessaire évolution de la relation usager (parcours sans couture, limitation de l'effet « boîte noire » de l'administration, gestion de la fracture numérique) et le développement de « l'aller-vers » comme approche complémentaire à l'automatisation pour sécuriser l'accès aux droits des plus précaires.

Cette année, place à l'action ! Nombreux sont les bénéficiaires potentiels à ne pas faire les démarches pour obtenir les minima sociaux (comme le revenu de solidarité active – RSA, ou la Prime d'activité), et à ne pas bénéficier du « filet de sécurité » français. La réforme du Gouvernement sur la « solidarité à la source », prévue dès juillet 2023, semble réunir les bons ingrédients pour répondre à cet enjeu, sous réserve d'éviter les écueils d'une modernisation coupée des usagers : l'occasion pour YCE Partners d'un décryptage.

LA SOLIDARITÉ À LA SOURCE, C'EST QUOI ?

La finalité de la solidarité à la source est de faciliter l'accès aux droits et ainsi lutter contre le non-recours, un phénomène d'ampleur que l'on estime à 30 % en moyenne sur l'ensemble des prestations sociales à l'échelle européenne.

L'un des axes majeurs de la solidarité à la source consiste notamment à s'appuyer sur le préremplissage des déclarations de ressources, vecteur à la fois de simplification administrative pour les usagers et de fiabilisation des données utilisées pour le calcul des droits. En ce sens, le projet de solidarité à la source fonctionne en miroir du prélèvement à la source et du préremplissage des déclarations fiscales. Concrètement, un tel système de préremplissage devrait permettre de diminuer le non-recours en simplifiant les démarches de demandes d'ouverture de droits. Il devrait également permettre d'éviter les indus et contribuer à garantir la stabilité dans le temps des droits à prestation. La réforme vise aussi à contemporanéiser, dans certains cas, le versement des prestations en les évaluant au plus près de la situation de l'individu. Enfin, le dispositif est présenté comme un outil additionnel de lutte contre la fraude.

Ce premier chantier autour de l'utilisation des données sociales pour la délivrance d'une prestation plus juste doit être complété d'un second chantier, tout aussi crucial, axé autour de l'aller-vers et de l'accompagnement des publics les plus fragiles pour sortir de la précarité.

LA RÉFORME DU RSA ET DE LA PRIME D'ACTIVITÉ, UNE PREMIÈRE BRIQUE DE LA SOLIDARITÉ À LA SOURCE DÈS 2024

Si le projet de modernisation du RSA et de la Prime d'activité est régulièrement évoqué par les pouvoirs publics, c'est qu'il constitue une première étape importante de la solidarité à la source.

La mise en œuvre de cette réforme s'appuie sur plusieurs constats. D'abord, la complexité administrative pour les allocataires, qui doivent réaliser les déclarations de ressources à une fréquence trimestrielle. Ces déclarations sont aussi particu-

lièrement exhaustives, dans le souci d'apprécier les revenus au plus proche de la situation réelle des allocataires. Cette complexité entraîne à la fois une instabilité du droit liée à des déclarations de ressources erronées, mais aussi un potentiel découragement à réaliser les demandes de prestations, aboutissant à un phénomène de non-recours.

La modernisation du RSA et de la Prime d'activité présente donc des avantages certains. D'une part, elle permettra d'améliorer la lisibilité des ressources prises en compte pour le calcul de ces prestations avec l'introduction d'une nouvelle notion de revenu, le montant net social. À l'instar de la rémunération nette fiscale pour le prélèvement à la source, il est pensé comme un montant de référence dans la sphère sociale et apparaîtra sur les bulletins de paie dès juillet 2023. D'autre part, les déclarations trimestrielles de ressources des allocataires seront à terme préremplies des données connues de l'administration (à noter : les allocataires devront toujours valider les déclarations avant transmission et auront la possibilité de modifier les données s'ils soupçonnent une erreur), permettant d'alléger la charge administrative et de fiabiliser le calcul du droit.

UNE RÉVOLUTION EN COURS SUR LES MINIMA SOCIAUX

La modernisation du calcul des prestations s'appuyant sur les données sociales est aujourd'hui sur une pente ascendante. Ainsi, le principe de préremplissage des déclarations s'applique déjà à la C2S et devrait s'étendre à l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et la pension d'invalidité courant 2024. D'autres prestations sont candidates à une modernisation à terme : préremplissage des déclarations pour les demandes d'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), contemporanéisation des revenus pris en compte pour le calcul des prestations familiales, de l'Allocation pour les adultes handicapés (AAH)...

Notons également que, dès juin 2023, la CNAF et la CNAV souhaitent utiliser les données sociales afin d'améliorer le ciblage des populations en situation de non-recours aux prestations qu'elles

LE RSA ET LA PRIME D'ACTIVITÉ, DES PRESTATIONS TOUCHANT DE NOMBREUX BÉNÉFICIAIRES

1,93 MILLION DE BÉNÉFICIAIRES DU RSA

4,62 MILLIONS DE BÉNÉFICIAIRES DE LA PRIME D'ACTIVITÉ

DES TAUX DE NON-RECOURS ET D'INDUS IMPORTANTS

34% DE NON-RECOURS ESTIMÉ EN MOYENNE PAR TRIMESTRE POUR LE RSA

20% DE NON-RECOURS PÉRENNE (TROIS TRIMESTRES CONSÉCUTIFS)

(RAPPORT DE LA DREES 2022).

EN 2018, 25% DES DOSSIERS ALLOCATAIRES DE LA PRIME D'ACTIVITÉ CONCERNÉS PAR LES INDUS,

85% CONCERNÉS PAR DES RAPPELS

(RAPPORT DE LA DREES 2022).

EN 2018, 20% DES DOSSIERS ALLOCATAIRES RSA CONCERNÉS PAR DES INDUS,

55% CONCERNÉS PAR DES RAPPELS

(RAPPORT DE LA DREES 2022).

QUEL PLANNING DE MISE EN ŒUVRE ?

JUILLET 2023 : AFFICHAGE DU MONTANT NET SOCIAL SUR LES BULLETINS DE PAIE (SUR LES RELEVÉS DE PRESTATIONS EN JANVIER 2024)

JUILLET 2024 : PREMIER DÉPLOIEMENT SUR QUELQUES CAF EXPÉRIMENTATRICES

COURANT 2025 : GÉNÉRALISATION DE LA RÉFORME

versent et d'optimiser ainsi les démarches « d'aller-vers ».

LES ACTIONS TERRAIN, DEUXIÈME JAMBE INDISPENSABLE À LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE EFFICACE DE LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS

Parallèlement à ces transformations, YCE Partners est convaincu de l'importance des actions visant à « aller-vers » les bénéficiaires potentiels comme volet complémentaire à l'automatisation des procédures. Ces actions terrain, conduites par les agents des organismes, les travailleurs sociaux et les associations, peuvent être menées pour apporter les bonnes informations au public cible via le tractage, le porte à porte ou encore les appels ciblés par exemple. L'ensemble de ces actions

vient compléter le ciblage par les données (data mining) et permet une adaptation aux populations les plus éloignées.

Dans cette lignée, dix « territoires zéro non-recours » aux droits sociaux (TZNR) ont été sélectionnés sous l'égide du ministère des Solidarités pour conduire une expérimentation sur trois ans à partir du printemps 2023. Portés par les territoires sélectionnés en lien avec les CAF et CMSA locales, des démarches ciblées vont être engagées pour informer et accompagner les personnes sur leurs droits : RSA, PA, AL mais aussi les chèques énergie ou encore l'accès aux services publics. Des expérimentations à suivre de près à la suite des essais concluants qui ont d'ores et déjà été menés à Bastia, Paris et Vénissieux depuis 2020.

À SUIVRE

Pour YCE Partners, la mise en œuvre de la solidarité à la source doit être pensée et construite en mobilisant l'ensemble des acteurs de la chaîne : des opérateurs en lien avec les données sociales en passant par les caisses et en allant jusqu'aux bénéficiaires à travers les associations mobilisées sur le terrain. Au cœur d'une actualité brûlante avec une réforme portée par le ministre des Solidarités, M. Jean-Christophe Combes, mais également une expérimentation déployée sur différents territoires et un rapport en cours de rédaction sur le non-recours et la fraude sociale par la Défenseure des droits, Mme Claire Hédon, c'est cette réflexion que YCE Partners se propose de mener au long de l'année avec le CRAPS ! ■



**PASCAL
MICHARD**
PRÉSIDENT D'AÉMA

**PATRICK
BROTHIER**
PRÉSIDENT D'AÉSIO

NOTRE MODÈLE SOCIAL SE TROUVE À LA CROISÉE DES CHEMINS EN RAISON DES DIVERSES RÉFORMES SUCCESSIVES QUI ONT MODIFIÉ SON ARCHITECTURE AINSI QUE PAR DES MOUVEMENTS D'ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ. AU REGARD DE CE CONSTAT, QUE DOIT-ON ATTENDRE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE ?

Patrick Brothier (PB) : Notre système de protection sociale est durement éprouvé par de nouveaux enjeux qui induisent de nouveaux besoins. La problématique étant que ces besoins entrent en concurrence

avec, par exemple, un changement climatique qui appelle une mobilisation forte de l'État ou encore un vieillissement de la population et une augmentation des besoins de santé qui interrogent notre société dans sa capacité à apporter des réponses efficaces en termes d'offre, d'accès aux soins et de soutenabilité financière du système. Il est indispensable dans le secteur de la santé que nous repensons l'organisation des soins dans une logique territoriale ainsi que la prise en charge du vieillissement puisque nous allons vers une augmentation consubstantielle du nombre de personnes âgées et donc

de situations de dépendance qui impacteront l'équilibre financier du système. On constate par ailleurs que les systèmes hybrides public-privé sont les plus performants pour ce qui concerne l'accès aux soins. Lorsque l'on regarde le NHS au Royaume-Uni, qui a longtemps fait figure de modèle, on constate que ce système est peu performant en la matière avec un reste à charge deux fois plus élevé qu'en France. La complémentarité de notre modèle doit, au regard de ce constat, être maintenue et plus encore, confortée. Plus globalement, nous devons revaloriser les métiers de la santé afin que les professionnels puissent se projeter et avoir des opportunités d'évolution. Nous devons leur laisser plus d'autonomie et la possibilité de participer à la décision. Si tel n'est pas le cas, nous ne trouverons pas de solutions durables à la pénurie actuelle de professionnels qui durera encore 10 ou 15 ans.

Pascal Michard (PM) : Notre modèle de protection sociale nous permet de faire société et doit garantir un accès aux soins à tous et répondre aux en-

jeux de société tels que le vieillissement. Ce n'est malheureusement pas le cas. Nous devons par conséquent repenser le système afin qu'il soit économiquement soutenable dans un contexte limité des ressources, le quoi qu'il en coûte n'étant pas éternel. Repenser le système suppose par ailleurs que l'ensemble des acteurs se concertent. Nous nous

orientons plus largement vers un système où l'engagement financier de la puissance publique se réduit mais avec un contrôle accru sur nos activités par une quasi-délégation des missions de service public. Alors que la volonté d'une étatisation de certains domaines de notre système de protection sociale est forte, dans un contexte de privatisation des profits et de mutualisation des pertes, il est impératif que ce qui re-

lève de la solidarité nationale, des organismes complémentaires et des autres acteurs de la protection sociale soit bien défini. Nous devons construire un nouveau contrat social. Pour cela, nous n'avons d'autres choix que d'accepter une redistribution des rôles et de co-construire collectivement.

LA VOLONTÉ D'UNE ÉTATISATION DE CERTAINS DOMAINES DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE EST FORTE [...] IL EST IMPÉRATIF QUE CE QUI RELÈVE DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE, DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES ET DES AUTRES ACTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE SOIT BIEN DÉFINI



cité à maintenir le niveau de service rendu entre une demande qui croît et des coûts qui augmentent par nature (coûts liés à l'innovation, aux nouveaux produits...). Finalement, notre modèle reposant uniquement sur le rôle complémentaire de la Sécurité sociale, s'es-souffle. Les marges de manœuvre sont de plus en plus étroites et les encadrements de plus en plus forts, y compris sur le plan prudentiel. Il est alors nécessaire de repenser le modèle économique et sortir du rôle de « payeurs aveugles » des remboursements des soins pour aller vers plus de prévention, vers un ac-

compagnement des personnes et des services associés venant accompagner les offres. Des articulations entre les livres seront à trouver rapidement.

PB : Depuis le déploiement de l'ANI et donc de la montée en puissance des formes collectives de protection par rapport à l'individuel, nous avons une tension encore plus forte sur les modèles économiques, une rentabilité relativement faible en individuel et une absence de rentabilité collective, avant même le déploiement de la protection sociale des fonctionnaires. Il y a donc une véritable question sur notre capacité à pérenniser ces formes de protection. Plus globalement, pour les mutuelles qui ne faisaient que de la santé, la situation est devenue complexe. Sur la prévoyance collective aussi, car l'équilibre économique a été diffi-

LES MUTUELLES DOIVENT FAIRE FACE À LA FOIS À UNE CONCURRENCE EXACERBÉE ET AU RENFORCEMENT DES RÈGLES PRUDENTIELLES. COMMENT VOYEZ-VOUS LEUR PLACE ET LEUR RÔLE DANS UN CONTEXTE NATIONAL ET EUROPÉEN UNIVERSALISTE ET À BUDGET FORTEMENT CONTRAINT ?

PM : Notre système économique privilégie le dogme de la concurrence en considérant que c'est un bon moyen de faire baisser les prix et les coûts et *in fine* de mieux réguler les offres. Cette conception concurrentielle connaît des limites et il n'est pas certain que cela renforce notre modèle, son efficacité, sa qualité et le service rendu à la population. Elle interroge en effet notre capa-

DEPUIS LE DÉPLOIEMENT DE L'ANI ET DONC DE LA MONTÉE EN PUISSANCE DES FORMES COLLECTIVES DE PROTECTION PAR RAPPORT À L'INDIVIDUEL, NOUS AVONS UNE TENSION ENCORE PLUS FORTE SUR LES MODÈLES ÉCONOMIQUES

cile à trouver ces dernières années. Des mesures seront à envisager avec la nouvelle réforme des retraites. Cette réforme nous contraindra en effet à indemniser les assurés plus longtemps alors même que les régimes sont déficitaires, il y aura donc une question de soutenabilité. Nous avons aujourd'hui une double problématique puisque notre modèle économique n'est pas suffisamment équilibré pour permettre de consolider notre modèle social, assurer sa durabilité et que nous faisons face à une pénurie de professionnels de santé dans le secteur sanitaire comme dans le médico-social vertigineuse qui inquiète les acteurs que nous sommes. Il est par exemple extrêmement difficile de recruter des professionnels à domicile, secteur dans lequel nous sommes très engagés en raison notamment du temps de travail fractionné impliquant des rémunérations parfois inférieures au SMIC. Il est impératif que notre système de protection sociale soit repensé en faisant en premier lieu confiance aux acteurs, principe au

cœur de l'ADN mutualiste.

LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ POURRONT-ELLES AVOIR UN RÔLE DE CONTRACTUALISATION SANS POUR AUTANT SORTIR D'UNE LOGIQUE DE CONVENTIONNEMENT ? POURRONT-ELLES AVOIR UN RÔLE PLUS IMPORTANT À JOUER AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN VILLE COMME ELLES LE FONT DÉJÀ AVEC LE LIVRE 3 SUR D'AUTRES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES ?

PB : AEMA a toujours aspiré à être partie prenante sur les négociations conventionnelles et pas seulement une variable d'ajustement. La Mutualité Française a d'ailleurs convenu avec un certain nombre de syndicats professionnels et de médecins de l'intérêt d'échanger. L'idée n'est pas d'être en opposition avec ce que l'État peut faire lui-même avec la Sécurité sociale mais d'embarquer l'ensemble des professionnels concernés. Les partenaires sociaux ont joué un rôle très important pendant long-

temps, c'est une façon de créer du lien avec la population et cela donne un sentiment d'implication clé dans une démocratie. Avec les professionnels de santé et leurs représentants, c'est la même chose. La crise de confiance des professionnels est très importante, le désenchantement aussi. L'État doit alors pouvoir s'appuyer sur la capacité des acteurs à cultiver un sentiment d'implication. Il faudrait peut-être, à cet égard, concevoir des objectifs de santé publique et de financements basés sur des propositions auxquelles les professionnels auraient le sentiment d'être associés, d'être plus acteurs.

PM : Il est probablement peu judicieux de tout axer sur la contractualisation. D'une part, car il y a de moins en moins de médecins et qu'il faudra le temps de former quasiment une génération. D'autre part, le monde médical alimente une certaine défiance à l'égard des mutuelles, qui ont longtemps tenu un discours visant à encadrer le revenu des médecins. Il existe cependant différentes pistes à explorer à l'instar de partenariats ou de moyens qui peuvent être mis à disposition de l'exercice médical ou l'exercice de santé, d'une manière générale. Cela peut, par exemple, être l'investissement dans une structure qui construit des maisons de santé. Au-delà, nous pouvons imaginer des réseaux que l'on pourrait structurer autour des pratiques avancées, de la délégation de

tâches, de la télémédecine, etc. Nous pouvons donc nous inscrire en complémentarité, en partenariat, sans qu'il y ait nécessairement un lien contractuel direct. Plus globalement, il est illusoire de penser que nous pourrions mettre du jour au lendemain un médecin dans chaque commune. Il faut donc s'atteler à trouver d'autres systèmes où le corps médical joue son rôle, mais pas forcément dans une implantation géographique permanente. Nous pouvons apporter des solutions en la matière parce que nous avons une bonne implantation territoriale. Il y a probablement d'autres façons d'accompagner et de favoriser l'exercice médical qui ne soient pas celles d'il y a 30 ans – quasiment sacrificielles – pour laisser place à une certaine qualité de vie attendue par les nouvelles générations.

RISQUES CLIMATIQUES, PANDÉMIQUES, CYBER-RISQUES, OU ENCORE AUGMENTATION DES PATHOLOGIES CHRONIQUES, LES FRANÇAIS SONT ET SERONT EXPOSÉS À DE NOUVEAUX RISQUES. COMMENT APPRÉHENDEZ-VOUS LEURS IMPACTS AU REGARD DES RISQUES QUE VOUS COUVREZ D'ORES ET DÉJÀ ? QUELLE EST VOTRE STRATÉGIE ?

PM : Nous observons que les conséquences des changements climatiques ont une incidence sur la santé et que la plupart des risques sont

interdépendants. Au regard de ce constat, nous devons impérativement nous intéresser aux déterminants de santé. Ces risques posent par ailleurs des problématiques d'assurabilité, car lorsque tout le monde est concerné, cela complique les choses. Les effets climatiques qui ont, par exemple, des traductions pathologiques sur les individus viennent interroger l'assureur. Celui-ci doit alors adopter une vision globale de toute la chaîne de risques et de ses conséquences pour trouver les leviers qui permettent de réduire le risque. Si celui-ci est trop important, nous ne pourrions pas l'assurer, quand bien même nous aurions un partage entre solidarité nationale et assurance. Il vaut donc mieux prévenir que guérir afin de limiter la survenue du risque. Cela suppose que nous soyons en capacité de nous situer en amont dans cette chaîne de conséquences et d'investir dans la prévention, l'innovation, le conseil ou encore l'accompagnement. Si nous prenons le cas des cyber-risques – qui s'anticipent très mal en amont – on constate que certaines entreprises résistent mieux parce qu'elles ont des moyens de prévenir et de se défendre en installant une culture du risque. De ce point de vue, l'assurance peut agir sur le dédommagement mais une fois que les données sont perdues, c'est définitif.

PB : Nous sommes dans un monde où les risques évoluent et nous plongent dans l'inconnu. Cela nous interroge dans notre capacité à apporter des protections et à conserver un certain niveau de soutenabilité. Jusqu'à présent, nous

avons réussi à trouver des modèles satisfaisants et la prévention est un levier déterminant au regard de la montée en puissance des maladies chroniques avec le vieillissement de la population. Dans le secteur de la santé, la technologie peut constituer un levier majeur pour y faire face. Si ce n'est pas le cas, nous allons nous retrouver avec une augmentation des dépenses individuelles et collectives difficiles à soutenir. C'est la même chose pour les biens, au croisement de l'assurance et de la réparation des dégâts. *In fine*, c'est avec la prévention que nous pourrions mobiliser à l'échelle nationale et internationale sur certains risques comme le cyber car nous avons peu de moyens pour appréhender ce risque et qu'au-





jourd'hui, il est inassurable. Il faudra très certainement qu'entre les stratégies de défense et de sécurité, nous puissions mobiliser des acteurs pour pouvoir apporter un potentiel de sécurité à la population en plus de ce que les États produisent.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET L'ACCROISSEMENT DES MALADIES CHRONIQUES APPELLENT UNE RÉFLEXION POUR COUVRIR LES RISQUES MALADIE ET DÉPENDANCE. CES VINGT DERNIÈRES ANNÉES, L'ANTICIPATION DE NOUVEAUX BESOINS EN LA MATIÈRE N'A ÉTÉ QUE PARTIELLE. COMMENT LE GROUPE AEMA PEUT-IL CONTRIBUER À AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE NOS AÎNÉS ?

PM : Le vieillissement est le parent pauvre de nos politiques publiques parce que cela coûte cher. Vieillir n'est pas une maladie, mais le vieillissement s'accompagne souvent de maladies chroniques pouvant conduire à la dépendance. Les maladies chroniques sont souvent liées à des modes de vie, à l'alimentation, à l'air pollué, à la sédentarité... autant de facteurs sur lesquels nous pouvons agir en amont en mettant plus de moyens sur le préventif plutôt que sur leur traitement. Il existe un modèle économique pour les maisons de retraite mais pas sur la lutte contre la sédentarité par exemple, alors que cela serait plus

efficace. Il est donc nécessaire que le modèle soit repensé. Nous devons accompagner la dépendance et les aidants lorsque la pathologie est déjà installée, mais surtout investir en aval dans la prévention dont les archétypes restent largement à construire. Enfin, nous devons nous interroger sur la meilleure manière de permettre aux personnes d'avoir les moyens de faire face à un événement lorsqu'il survient. En effet, si de façon générale les citoyens sont bien assurés en matière de santé, ce n'est pas le cas de la prévoyance puisque celle-ci n'est obligatoire que pour les cadres, les autres cas étant soumis à la discrétion de l'entreprise. De cette problématique découlent des incidences majeures en termes

de solvabilité lorsque l'évènement se produit. Notre rôle consiste alors à être force de proposition en la matière, à sensibiliser sur le sujet et à agir de façon concrète !

PB : Nous sommes confrontés à un choc démographique conséquent et même si la 5^e branche a vu le jour, les moyens mobilisés pour y faire face ne sont pas au rendez-vous. Nous avons toujours dit au niveau mutualiste, donc au niveau de la FNMF dans laquelle nous nous inscrivons entre autres puisque nous sommes également adhérents de France Assureurs, que nous étions favorables à l'idée d'une réponse publique. En revanche, s'il n'est possible de mobiliser qu'une partie des financements nécessaires, il faut envisager une autre solution. Nous avons donc travaillé de plusieurs façons avec par exemple la mobilisation historique de la MACIF sur la problématique des aidants et la capacité à les aider, c'est un élément clé que nous pouvons proposer. Au niveau d'AESIO, nous avons également des chercheurs et expérimentateurs sur des établissements de nouvelles générations avec une vision plus inclusive des personnes âgées. Nous avons, par exemple, développé 3 Cités des Aînés et conçu des « Ehpads hors les murs » établis en zones rurales qui montrent que nous avons

des réponses plus diversifiées qu'en milieu urbain, où un pôle de ressources irrigue entre autres un service de soins à domicile pour que les personnes restent le plus longtemps possible chez elles, dans des logements adaptés. Nous avons également développé un « med tech lab » avec l'École des mines de Saint-Étienne pour réaliser des innovations de toute nature pour permettre à la personne de rester chez elle.

La Mutualité Française et France Assureurs ont par ailleurs travaillé sur la conception d'un modèle assurantiel à la japonaise qui permettrait de mettre en place une couverture obligatoire à partir d'un certain âge, associée à la complémentaire santé. Ce système permettrait d'annuler les restes à charge jusqu'au niveau médian des retraites (en France il est de 1300, 1 400 euros, et le

reste à charge moyen est entre 1 800 et 1 900 euros) et d'arriver à la moitié du besoin du financement. Entre 5 et 6 milliards d'euros pourraient être mobilisés en complément de la mobilisation publique. Ce système construit par des mutualistes pourrait permettre de franchir une étape sans impacter les finances publiques mobilisées pour partie sur d'autres enjeux. La question du logement est par ailleurs inéluctable. Il serait, par exemple, intéressant d'en-

**NOUS SOMMES
CONFRONTÉS À UN
CHOC DÉMOGRAPHIQUE CONSÉ-
QUENT ET MÊME SI
LA 5^E BRANCHE A
VU LE JOUR, LES
MOYENS MOBILISÉS
POUR Y FAIRE FACE
NE SONT PAS AU
RENDEZ-VOUS**

visager d'adapter les habitats en même temps que la rénovation des « passoires énergétiques ». Enfin, nous pourrions envisager de créer des sites sur lesquels les personnes peuvent être prises en charge et alterner avec leur domicile ou encore des appartements adaptés dans des immeubles avec des résidents qui resteraient dans le même bâtiment et auraient toujours un appartement avec un côté privatif.

LES CLASSEMENTS INTERNATIONAUX DES SYSTÈMES DE SANTÉ SITUENT LA FRANCE EN MAUVAISE POSITION DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION. DE QUELLE FAÇON LES MUTUELLES PEUVENT-ELLES JOUER UN RÔLE-CLÉ DANS LA MISE EN PLACE D' ACTIONS PRÉVENTIVES AUPRÈS DE LEURS ADHÉRENTS ?

PM : Le « bien vieillir », qui doit être notre ambition collective, ne sera possible qu'à la condition que nous soyons en mesure de mettre en place une politique de prévention de détection précoce d'un certain nombre de pathologies, à la fois pour éviter leur apparition et pour éviter qu'elles évoluent. Pour ce faire, les données et leur exploitation sont fondamentales. Elles le sont encore plus lorsqu'il s'agit de personnaliser la prévention, en fonction des pathologies ou des antécédents familiaux par exemple. Le caractère éthique ne doit quant à lui pas être occulté. Ainsi, la donnée brute doit être restituée à la personne traitée pour qu'elle soit utile (conseils, propositions de suivis...). De par leur nature, les organismes complémentaires et notamment mutualistes peuvent jouer un rôle clé en matière de prévention et singulièrement sur les déterminants de santé. En effet, l'individualisation est indispensable pour être efficace

et maîtriser les coûts. Elle l'est également au niveau des territoires, car les pathologies et les modes de vie sont différents. En raison de leur ancrage territorial et de leur proximité, les mutuelles sont en capacité de proposer une prévention efficace et d'accompagner une mutation ou une évolution du système de soins qui serait moins axé sur le curatif. Le ministre de la Santé a par ailleurs évoqué la possibilité pour les professions paramédicales de s'investir davantage sur les questions de prévention. C'est un projet dans lequel nos structures pourraient s'inscrire. Enfin, il est indispensable que ces nouvelles professions dédiées à la prévention bénéficient de la même reconnaissance et du même prestige que les spécialités curatives. Cela implique une évolution organisationnelle et culturelle.

PB : En tant qu'assureurs mutualistes, nous n'avons pas accès aux datas, ce qui est tout à fait paradoxal puisque nous sommes les financeurs. La défiance vis-à-vis du secteur de l'assurance interroge puisque nous n'avons pas l'autorisation de pratiquer la sélection médicale en fonction de l'état de santé. Nous souhaitons qu'il y ait moins de restrictions pour que nous ayons des possibilités pour entreprendre de façon bien plus aboutie et également générer des capacités d'investissements. La CNIL s'est réemparée du sujet et nous espérons un peu de souplesse de sa part. Une prévention efficace est individualisée, nous ne pourrions pas le faire sans données. Nous sommes évidemment en faveur de la mise en place de garde-fous à la différence des Chinois et des Américains qui eux n'ont pas de contraintes ! ■



KEYNES, CHAT GPT : PASSER DE LA PROTECTION SOCIALE À LA PROTECTION DU LIEN SOCIAL

PAR MICHEL MONIER
ANCIEN DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DE L'UNÉDIC
ET MEMBRE DU THINK TANK CRAPS

La fin du travail régulièrement annoncée ne sera pas au rendez-vous que John Maynard Keynes, imaginant la journée de travail de 3 heures¹, prédisait pour 2030. En 1995, Jeremy Rifkin avec *La fin du travail* nuancit la prédiction keynésienne. Le travail ne disparaîtrait pas, mais se bipolariserait, automatisation et numérisation obligeant, avec des emplois qualifiés bien rémunérés et des emplois non qualifiés peu rémunérateurs. L'économie de services numérisée donne raison à Rifkin et parier de voir le processus s'affirmer n'est pas risqué. Pour les Schumpétériens, c'est la destruction créatrice qui se remet en marche et l'avènement d'une nouvelle ère de réallocation de la ressource-emploi.

Les entreprises sans usines², mais en réseau, ont engagé le processus. L'externalisation de la production venait s'ajouter à la sous-traitance de services, parfois aussi de fonction dites de support, et à l'externalisation de l'intelligence par le recours à des cabinets de conseil en stratégie. L'entreprise en réseau faisait ainsi advenir l'entreprise démembrée. L'étape à venir peut être celle de l'entreprise comme lieu d'assemblage de services sous-traités ou achetés à des plateformes. L'entreprise peut tout faire faire. Allégée de la masse salariale des emplois intermédiaires, l'entreprise démembrée paiera des services, qu'elle devra assembler pour les valoriser, son cœur de métier devient le branding.

Le mouvement n'est pas seulement celui d'une fin du travail, mais celui de la révolution de l'organisation de la production. Il n'est ni bon ni mauvais : il est ! Il trouve un nouveau relais d'accélération avec l'IA et, avec les « *general purpose technology* » (GPT), il ne concernera plus seulement les petits métiers mais aussi les métiers qualifiés. L'IA peut satisfaire aux besoins de recrutement, offrir des solutions de comptabilité, elle peut répondre aux questions juridiques...

EYES WIDE SHUT

Si l'on a mal perçu, ou pas voulu voir, les effets

des entreprises sans usines, le même aveuglement face à l'IA ne serait pas seulement l'acceptation de la fin (heureuse ?) du travail. Il faut lire la conclusion que J.M. Keynes, qui avait lu Quesnay, tirait de sa journée de 3 heures : elle nous conduirait à faire des tartines de beurre sur des tranches de plus en plus fines.

« Trois heures de travail chaque jour [...] font une ration suffisante pour assouvir le vieil Adam chez la plupart d'entre nous ! [...] nous ferons par nous-mêmes beaucoup plus de choses que ce n'est généralement le cas aujourd'hui chez les riches. Mais, au-delà, nous nous efforcerons de faire des tartines de beurre en faisant des tranches de pain aussi fines que possible⁴. »

Les tranches de pain aussi fines que possible de Keynes rejoignent Quesnay avec les bas prix qui font baisser le salaire et diminuent son aisance. Un aveuglement béat face à l'émergence de l'IA pour ce qu'elle apporte (santé, apprentissage...) conduira(it) aux tranches de pain aussi fines que possible de Keynes et accomplirait l'anéantissement des revenus de la nation que redoutait Quesnay.

L'IA-GPT rebat les cartes de la création de valeur. La valeur-travail autant que la valeur du travail sont à reconsidérer... et ce qu'il finance aussi. L'IA-GPT va forcer à la réorganisation de l'entreprise pour donner une réalité à l'entreprise démembrée au risque aussi d'installer une société démembrée.

L'heureuse perspective de la révolution de l'IA et des « *general purpose technology* » doit engager à une réflexion sur un nouveau contrat social pour refondre le système de protection sociale ou accepter son abandon au bénéfice (!) d'un revenu universel qui serait financé par les 3 heures de travail que Keynes prédisait pour ses petits-enfants. Refondre ou abandonner la protection sociale pour un revenu universel, c'est poser la nouvelle question sociale au regard des enjeux d'une révolution industrielle dont

nous sommes avertis des conséquences sociales.

La question n'est pas nouvelle, elle était posée dès 1966 dans un rapport de la National Commission on Technology, Automation and Economic Progress⁵ (dont l'un des auteurs était Robert Solow, prix Nobel d'économie en 1987). Pour les auteurs de ce rapport, les technologies intellectuelles allaient détruire, au moins transitoirement, plus d'emplois qu'elles n'en créeraient. Leurs recommandations visant à éviter la déstabilisation de la société^{note 5} portaient sur la formation des plus éloignés de ces technologies et sur la mise en place d'un... revenu de base.

DEMAIN, NOUS NE SERONS PAS TOUS MORTS... NI SANS EMPLOI

La perspective d'une IA libératrice peut réjouir les tenants d'une fin du travail autant que les néolibéraux pour lesquels le revenu de base

APARTÉ N°1

UN MOT SUR LES ENTREPRISES SANS USINE

Le réveil est tardif, et douloureux ; c'est un pays sonné qui a pris conscience que des entreprises sans usine, c'est aussi une Société sans usine et, fatalement, un pays qui a perdu sa souveraineté économique. Le cœur de métier n'a plus été de produire, mais de vendre au moindre coût en allant chercher ailleurs une production low cost. L'usine du monde a appris non seulement à produire pour le compte de mais aussi pour son propre compte et à se faire ensuite marchand du monde. Le mouvement de désindustrialisation offre le confort d'une consommation low cost (qui venait au secours du pouvoir d'achat) et rendait aveugle au fait que « le bas prix des denrées fait baisser le salaire, diminue (son) aisance, procure moins de travail et d'occupations lucratives et anéantit les revenus de la nation ». Cette leçon de François Quesnay³ est ancienne mais en pleine actualité.

signe la fin de la protection sociale contributive financée par le travail. Cette perspective d'un revenu de base peut être accueillie comme heureuse : elle réconcilierait une néo-gauche (celle qui s'est éloignée des ouvriers) et les néolibéraux (qui n'en ont jamais été proches). Néo-gauche et néolibéraux s'accordant sur le revenu de base, voilà une nouvelle victoire du court-termisme keynésien et de l'intervention de l'État. Une victoire de l'étatisme qui, détaché de la valeur-travail, est une forme de dictature sociale (démocrature, démocrannie) qui donne corps à la vision que John Maynard avait de son keynésianisme : un système « plus adapté aux conditions d'un État totalitaire que de libre concurrence avec un large degré de laissez-faire » (une vision curieusement proche de celle d'un Hayek qui « préfère sacrifier la démocratie temporairement – je le répète, temporairement – que la liberté [...] Une dictature qui s'impose elle-même des limites peut mener une politique plus libérale qu'une assemblée démocratique sans limites »).

En regardant vers le revenu de base, la néo-gauche (mouvement français pour un revenu de base, Benoît Hamon) et les néolibéraux (Génération libre ou les héritiers de Milton Friedman) feignent-ils d'ignorer que le débat sur le partage de la valeur ne disparaîtra pas, que la question de la rémunération du travail se déplacera sur le niveau de suffisance du revenu de base et que se posera toujours celle du financement de ce revenu (les 3 heures de Keynes suffiront-elles pour le financer ? Faudra-t-il taxer l'IA ?). Ignorent-ils aussi la question de son acceptabilité sociale ? Le mieux étant l'ennemi du bien, l'hypothèse doit être faite qu'un revenu de base peut ajouter un clivage social entre ceux qui en seront bénéficiaires et ceux qui le financeront. Demain, nous serons tous morts, disait Keynes pour engager à des actions de court terme. Il faut corriger Keynes : nous ne serons pas tous morts, nous ne serons pas tous sans emploi, nous ne serons pas tous des ayants-droit au revenu de base.

La fin du travail qu'annonce(ra)it l'IA-GPT est à nuancer. L'IA-GPT, tout d'abord, ne fera pas tout



et ce qu'elle peut faire, elle doit l'apprendre (avec nous) et, ensuite, le faire accepter avant que la destruction créatrice d'emplois ne soit effective. Le paradoxe de Solow (on voit des ordinateurs partout sauf dans les statistiques de productivité) jouera pour l'IA-GPT : on en verra partout avant d'en voir les conséquences sur l'emploi. L'IA-GPT arrive au bon moment de la deuxième phase de la transition démographique en se présentant comme un possible substitut au déficit de l'offre de travail. Il y a, enfin, les leçons de l'histoire : le niveau de l'emploi, même en période de chômage de masse (et sauf les épisodes de crises) est en augmentation constante démontrant le théorème de la destruction créatrice et donne raison à Philippe Askenazy et Francis Bach : la menace de l'IA pour l'emploi serait artificielle⁶. La transition énergétique validera, ou non, cette hypothèse quand la balance des emplois créés et de ceux détruits (industrie et services « automobiles »...) pourra être faite.

Ce monde de demain qui vient est moins à redouter que la phase de transition qui doit nous y conduire.

OUVRIR LES YEUX : PASSER DE LA PROTECTION SOCIALE À LA PROTECTION DU LIEN SOCIAL

Les Trente Glorieuses sont loin et entretiennent le mythe d'un modèle qu'il faut retrouver alors que la mode de production de la richesse autant que les attentes sociétales ont, profondément, changé. Des décennies d'aveuglement ont fait inventer des politiques publiques qui ne sont soutenables

APPARTÉ N°2

UN MOT SUR LES THÉORIES DE LA DÉCROISSANCE

La question n'est pas nouvelle, elle n'est pas née au XX^e siècle vieillissant qui se serait révélé soucieux de « répondre aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs » (rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement, 1987). Ricardo, Malthus (qui voyaient la limite d'un état stationnaire de l'économie) sont des précurseurs de cette préoccupation qui n'a jamais été étrangère à l'économie politique et reviendra à l'actualité avec le rapport Meadows (rapport au Club de Rome, 1972) puis avec les 17 Objectifs de développement durable de l'ONU (2015). La brûlante (!) actualité du réchauffement climatique en fait forcer le trait jusqu'à rejeter le concept de croissance durable et responsable pour celui de la décroissance et du refus du progrès⁹.

que par un insoutenable recours à la dette (souvenons-nous de Quesnay qui voyait la cause de l'anéantissement des revenus de la nation dans les bas salaires, une vision actualisée par Patrick Artus qui démêle les causes de 40 ans d'austérité salariale et leurs conséquences⁷).

À défaut de réforme miracle, l'action publique, enfermée dans le fétichisme de 1945 (même quand on dit vouloir en sortir), s'est efforcée à des rafistolages paramétriques qui ne font, réforme après réforme, que conforter l'inadaptation du modèle hérité de 1945. Acceptation du taux de prélèvements obligatoires, maintien de la compétitivité de l'économie nationale et du pouvoir d'achat, absence de marge de manœuvre budgétaire : le système est aujourd'hui bloqué. Pognon de dingue et ascenseur social bloqué, crise démocratique. La crise n'est plus seulement celle de l'État-providence, elle est la crise de l'action publique.

Les enjeux qui s'annoncent sonnent la fin du mo-

dèle hérité de 1945. Il faut maintenant faire le bilan et tirer les leçons des décennies aveugles⁸ pour pouvoir organiser la transition d'un système de Protection sociale vers un système de protection de la société. Ne pas faire ce bilan ce serait continuer à accepter de fausses solutions, accepter que le changement technologique soit définitivement la cause de l'aggravation des inégalités, ce serait accepter de nouvelles trappes à pauvreté, accepter que le PIB potentiel soit tiré vers le bas.

La théorie de la décroissance fait poser, ici, une seule question. Le système actuel de protection sociale c'est 1/3 du PIB (et la dette publique c'est 115 % du PIB) ; la décroissance, i.e. la diminution du PIB (cet outil de mesure critiquable mais universel), n'emporterait-elle pas celle, au mieux proportionnelle, de la ressource consacrée aux dépenses sociales ? Cette question est une question qui vaut pour les pays riches. Si la décroissance est un objectif, une nécessité mondiale, quelles conséquences pour les pays pauvres auxquels ne serait pas reconnu le « droit » de rattraper le niveau des plus riches ?^{note8}.

Organiser la transition vers un modèle de protection de la société nécessite aussi de prendre en compte les attentes sociétales nouvelles, celles de l'individu-engagé, substitué au citoyen-responsable, qui exige des nouveaux droits sectoriels, et qui, soucieux de croissance responsable, se fait non seulement « fils de Fourier qui veut que les roses se mangent en salade¹⁰ » mais attend qu'elles lui soient livrées par des autoentrepreneurs à vélo commandés par la magie d'un algorithme (qui, grâce à l'IA lui aura proposé les roses prédéterminées par ses navigations sur le web dont il aura accepté « tous les cookies »).

Le modèle de 1945, dopé à la dette publique, ne répondra ni aux besoins ni aux risques sociaux du monde qui s'annonce. Démontez méthodiquement le modèle (Denis Kessler) sans donner autre chose à voir que des prestations sociales sous condition de ressource et une flexisécurité à la française subventionnée par les allègements de cotisations sociales ne répond pas davantage aux enjeux. Prendre conscience de ces décennies d'aveuglement, c'est le prérequis pour pouvoir

sortir du cadre, pour penser différemment.

EN FINIR AVEC L'ÉTAT-SOCIAL, ORGANISER L'ÉTAT-SOCIÉTAL

La protection sociale n'a pas protégé la société : le lien social s'est délité, les droits à ont participé à l'avènement de l'individu qui s'est désocialisé et se regroupe, au mieux, en tribus, chacune ignorante du bien commun, revendiquant de nouveaux droits à.

Les enjeux qui se font jour doivent faire renverser la table, l'action publique doit d'abord sécuriser la cohésion sociale pour pouvoir sécuriser l'individu et lui redonner le statut (les capacités) d'être citoyen. Il faut revenir à Léon Bourgeois, à son solidarisme et à son individu isolé qui n'existe pas. Il faut revenir au solidarisme pour le dépasser : l'État a une dette vis-à-vis de l'individu isolé qui n'existe pas (solidarité), cet individu isolé n'existe pas parce qu'il a une dette vis-à-vis des autres individus faisant société (fraternité) et parce qu'il a, aussi, une dette, quelque peu oubliée, vis-à-vis de l'État.

L'État ne doit plus, ne peut plus, être un État-social, il doit être un État-sociétal. Sociétal et social ne s'opposent pas seulement en caricaturant que « le social c'est quand les magasins ferment le dimanche, le sociétal c'est quand ils sont ouverts le dimanche¹¹ » pour illustrer sur un ton badin les attentes devenues contradictoires entre le travail (le social) et le besoin de consommation (le sociétal). Pour autant, que le mot soit à la mode, l'État-sociétal ne serait rien d'autre, en fait, que l'État-stratège : une action publique qui ne s'épuise plus à soulager les externalités négatives du progrès, mais qui en prémunit. Des dépenses publiques recentrées sur la formation-éducation, la recherche, l'innovation, la formation-reconversion et préoccupées d'externalités sociales positives sur le système de production. Pour penser l'État sociétal, il faut emprunter à la *Théorie de la justice* (1971) de John Rawls (1921-2002) : « Le but [de l'action publique] n'est pas simplement d'assister ceux qui perdent par accident ou par malchance (bien que cela doive être fait). Il s'agit de donner à tout citoyen la possibilité d'organiser sa vie sur un pied d'égalité relativement acceptable sur le plan

économique et social ». Il faut aussi emprunter à l'inclassable Charles Dupont-White (1807-1878) pour qui l'État doit être un agent de progrès qui « améliore et exalte l'Individu » parce « qu'il n'est que [l'individu] pour travailler, travailler, créer le capital », un État agent de progrès et régulateur parce que « doué d'initiatives pour obliger les hommes, qu'il traite en égaux, à se traiter entre eux équitablement ».

L'avènement des « *general-purpose technology* » force à se poser à nouveau la question sociale, à se débarrasser des totems de 1945 et de la mythologie des Trente Glorieuses... l'IA doit y forcer (sinon, elle y apportera sa réponse : chat-GPT dis-moi quelle est la solution... et il sera trop tard) ■

Sources :

1. J. M. Keynes, « Perspectives économiques pour nos petits-enfants » (1930)
2. « Alcatel doit devenir une entreprise sans usines. », Serge Tchuruk, juin 2001
3. François Quesnay, cité in « L'échec politique d'une théorie économique : la physiocratie » - Yves Charbit dans la revue « Population », 2020/6
4. « Trop heureux d'avoir encore de petites tâches, obligations et routines, nous ferons par nous-mêmes beaucoup plus de choses que ce n'est généralement le cas aujourd'hui chez les riches. Mais, au-delà, nous nous efforcerons de faire des tartines de beurre en faisant des tranches de pain aussi fines que possible, et la quantité de travail qu'il sera encore nécessaire de faire, nous nous arrangerons pour que le plus grand nombre d'entre nous en ait sa part. »
5. Source : Philippe Askenazy et Francis Bach. « IA et emploi : une menace artificielle », *Pouvoirs*, vol. 170, n° 3, 2019, pp. 33-41
6. Philippe Askenazy et Francis Bach. « IA et emploi : une menace artificielle »
7. « 40 ans d'austérité salariale. Comment en sortir ? », Patrick Artus, Odile Jacob, avril 2020
8. Philippe Askenazy, « Les décennies aveugles. Emploi et croissance (1970-2010) », éditions du Seuil, janvier 2011.
9. « Les théories de la décroissance : enjeux et limites », Jean-Marie Harribey, Cahiers français, « Développement et environnement », n° 337, mars-avril 2007
10. Émile Zola in « Proudhon et Courbet », controverse sur l'utilité de l'art l'opposant à Proudhon alors défenseur de Gustave Courbet. 1865
11. « Vous avez dit "sociétal" ? » Maurice Véral, *Humanisme*, vol. 304, no. 3, 2014, pp. 10-12



La biologie médicale est une des spécialités les plus récentes de la médecine et porteuse de grandes promesses pour le développement de la médecine de précision et personnalisée. Mais son traitement, en France, par les pouvoirs publics est en train de saborder une profession, celle des biologistes médicaux, sans que ces promesses ne pourront pas être tenues.

Rendons hommage à nos prédécesseurs. L'histoire de la biologie médicale en France remonte à plusieurs siècles et a connu de nombreuses avancées majeures à partir du XIX^e siècle avec l'émergence de la microbiologie grâce à Louis Pasteur, puis à la découverte du système HLA par Jean Dausset et, enfin, à l'essor de la génétique médicale au XX^e siècle. Au cours des dernières décennies, les laboratoires de biologie médicale en France ont connu une modernisation extraordinaire, à travers les progrès technologiques ayant permis le développement de méthodes de dia-

gnostic plus rapides et plus précises, tels que les tests PCR (Polymerase Chain Reaction).

Aujourd'hui, la biologie médicale en France, que l'on peut également trouver hors de nos frontières sous l'appellation « biologie clinique » ou « médecine de laboratoire », joue un rôle essentiel dans le diagnostic, le suivi et le traitement des maladies. Les biologistes médicaux travaillent en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé pour fournir des informations diagnostiques et des conseils thérapeutiques fondés sur les résultats d'examens de biologie médicale dans des champs aussi larges que la biochimie, l'hématologie, la microbiologie, l'auto-immunité ou encore, la biologie moléculaire...

UNE ABSENCE PRÉJUDICIALE AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'enseignement universitaire de la biologie médicale s'est organisé à partir des années 70 et a d'abord reposé sur des CES (Certificats d'études spécialisés), auxquels ont succédé les DES (Diplômes d'études spécialisés), accessibles à la fois aux étudiants de la filière médecine et pharmaceutique. Une multidisciplinarité aussi riche que singulière, mais qui rend invisible le « biologiste médical » en tant que tel dans les Livres I^{er} et II de la partie IV relative aux professions médicales du Code de la santé publique (CSP). En effet, le biologiste médical n'existe que sous son titre de médecin spécialiste ou de pharmacien.

Ainsi, début 2020, alors que la pandémie mondiale de Covid-19 faisait rage, les biologistes médicaux, pourtant en première ligne, ont été les grands oubliés des DGS-urgents, n'ont pas été identifiés comme professionnels de santé mobilisés requérant des « équipements de protection individuelle », contrairement aux techniciens de biologie médicale, qui figuraient quant à eux nommément au livre III, ironiquement seuls représentants officiels de notre spécialité aux yeux des services du ministère de la Santé.

TRIBUNE

LA BIOLOGIE MÉDICALE : SCIENCE D'AVENIR OU SPÉCIALITÉ EN VOIE DE DISPARITION ?

PAR LE DR. FRANÇOIS BLANCHECOTTE
PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES BIOLOGISTES

ET LE DR. GÉRALDINE JACOB
MÉDECIN BIOLOGISTE MÉDICAL ET CO-GÉRANTE DE BIOEXCEL

Cette inscription de la profession au CSP, preuve sincère de la reconnaissance de l'appartenance aux professions médicales des biologistes médicaux, en lien avec la « médicalisation » de la spécialité affirmée par l'Ordonnance de 2010, est un combat acharné mené depuis plusieurs années par le SDBIO et non couronné de succès malgré les promesses...

UNE RECONNAISSANCE À LA PÉRIPHÉRIE

Des succès ont néanmoins été remportés, non sans difficultés. Des années de négociations ont ainsi été nécessaires pour mettre en place une filière de formation commune de biologie médicale. Nous avons également réussi à obtenir la création du Conseil national professionnel de biologie médicale (CNP-BM) ainsi que la section spécifique au sein de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC). D'autres spécialistes, comme les généticiens, veulent être considérés comme des biologistes, c'est en cela qu'enfin un travail collectif d'importance piloté par le CNP-BM a permis d'aboutir en 2023 à l'adoption d'un document de référence sur les 20 missions du biologiste médical, validées par les deux conseils nationaux des Ordres des médecins et pharmaciens.

VICTIME D'UNE BULLE FINANCIÈRE

La loi de 2013 devait être une évolution majeure après celle de 1975, mais on a vite mesuré les travers qui n'ont pas permis de faire évoluer notre spécialité de manière sereine. En premier lieu, l'accréditation vue par certains comme une digue infranchissable et qui les a conduits à abandonner leur exercice. Puis, ce fut la restructuration des Sociétés d'exercice libéral (SEL) avec la formation

d'une bulle financière qui n'a fait que croître au fil des années, sans que les propos du Cabinet ministériel de l'époque se trouvent vérifiés : « le fleuve retrouvera le lit de la rivière ». Aujourd'hui, comme en climatologie, l'on s'étonne sincèrement : qui pouvait prévoir de telles inondations ?

Depuis la loi HPST, tous les Cabinets ministériels en charge de notre secteur, les services de l'État, mais aussi les biologistes médicaux, privés ou hospitaliers, portent la responsabilité de la situation actuelle, même s'il est facile de réécrire l'Histoire...

Depuis 1992 et les « Objectifs quantifiés nationaux », les fameux OQN, la biologie médicale a toujours servi de variable d'ajustement des comptes de la Sécurité sociale, avec une déclinaison d'accord triennal de régulation prix/volume dès les années 2013 saluée comme étant à l'avant-garde de ce qu'il faudrait réussir à faire pour les autres professions de santé.

RECOURS ESSENTIEL ET BOUCS ÉMISSAIRES LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Les laboratoires de biologie médicale ont été un recours essentiel pendant la crise Covid pour venir en aide à des hôpitaux débordés dès mars 2020. Les pouvoirs publics ont exercé une pression forte sur le secteur libéral pour qu'il réalise plus de tests que l'Allemagne (cocorico), qu'il assure des délais rapides de rendus de résultats des tests PCR une fois l'obligation de prescription médicale levée, assortis d'un dispositif de bonus/malus impactant la rémunération. Et enfin, « la carotte puis le bâton » pour clôturer le chapitre de ces trois années de pandémie, avec la confirmation de notre intuition initiale que nous finirions par être entraînés dans la boue « comme des profiteurs de guerre ».

AUJOURD'HUI, LA BIOLOGIE MÉDICALE EN FRANCE, [...] JOUE UN RÔLE ESSENTIEL DANS LE DIAGNOSTIC, LE SUIVI ET LE TRAITEMENT DES MALADIES

Le secteur privé serait sans morale, sans éthique et tirerait une rente injustifiée des deniers publics ! C'est tellement facile, quand on est ministre, de hurler avec les loups et de fouler aux pieds l'engagement sans faille d'une profession qui a permis, au prix d'investissements colossaux et d'embauches de personnel sans visibilité sur l'avenir, aux pouvoirs publics de mettre en œuvre leur politique de tests très (trop ?) largement dimensionnées.

LA MENACE D'UNE BIOLOGIE MÉDICALE EN DÉSHÉRENCE

À ce jour, le bilan est sombre. Les réformes successives ont joué un rôle de puissant repoussoir : la spécialité n'attire d'ores et déjà plus les étudiants de médecine et de pharmacie et les difficultés de recrutement s'ancrent dans nos territoires. Une situation vécue d'autant plus cruellement que la biologie médicale n'a jamais autant porté de promesses en termes de progrès technologiques et d'innovation au service de la santé de nos concitoyens. Sans un électrochoc salutaire, la France et les Français devront subir les conséquences des décisions politiques d'une décennie de maîtrise comptable et de sous-estimation de notre rôle dans la prise en charge des patients : une biologie médicale en déshérence ■

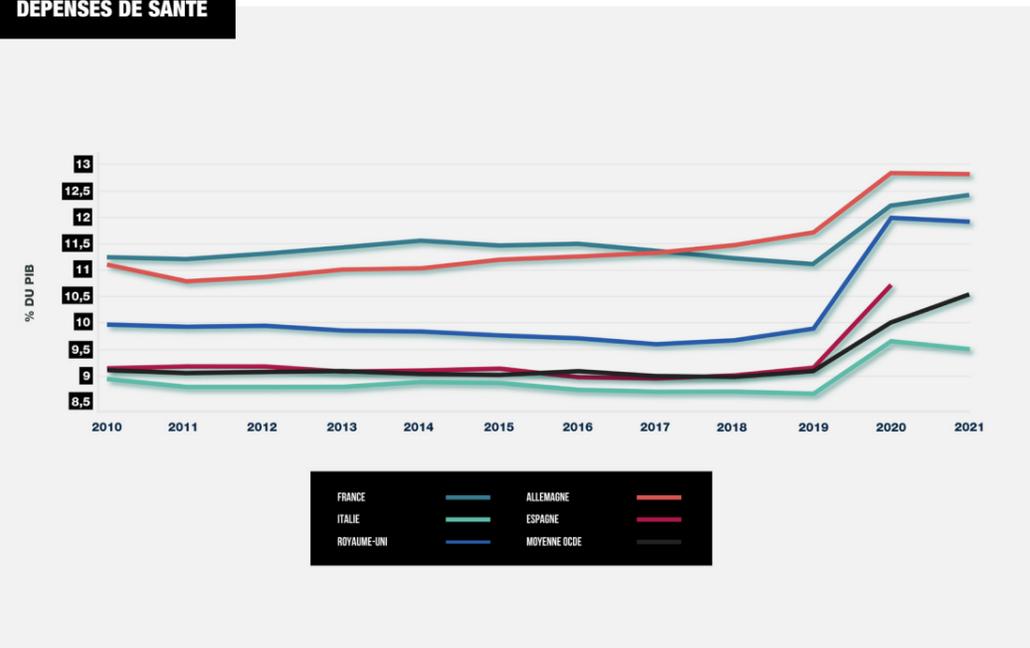


LA QUALITÉ DES SOINS EN FRANCE EST-ELLE COMPARABLE AUX AUTRES PAYS EUROPÉENS ?

PAR LE **PR ALAIN BERNARD**
PRÉSIDENT DE L'IRAPS BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ

Notre système de soins est actuellement en grande difficulté et plus particulièrement l'hôpital. Les professionnels de santé se plaignent du manque de moyens pour proposer une médecine de qualité. La fermeture des lits est considérée comme une perte de chance pour les patients. De toutes parts, nous entendons que l'État ne met pas assez d'argent pour l'hôpital et ce sont les patients qui en pâtissent. Avant d'envisager la mesure de la qualité des soins, intéresserons-nous aux publications de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) portant sur des indicateurs de l'état de santé des populations

DÉPENSES DE SANTÉ



des pays européens et leurs dépenses de santé.

LA FRANCE ET L'OCDE

Commençons par les dépenses de santé par rapport au Produit intérieur brut (PIB) de quelques pays européens comparables à la France. Nous avons sélectionné les pays suivants : l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie. Comme l'indique la figure ci-dessus, la France et l'Allemagne sont les deux pays qui dépensent le plus pour la santé par rapport au PIB. Leurs dépenses de santé sont nettement plus élevées que la moyenne de l'ensemble des pays de l'OCDE.

La perception de vivre en bonne santé des populations des pays de l'OCDE est décrite dans la figure ci-dessous. La France ne fait pas partie des pays où les personnes ont la perception la plus élevée de vivre en bonne santé. Dans les pays comme la Belgique, le Danemark, la Norvège, la Suède et la Suisse, le pourcentage des personnes déclarant une perception de vivre en bonne santé est plus important que celui de la France. Cet indicateur consiste à interroger les personnes pour répondre à la question suivante : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois,

en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? ». Cet indicateur peut paraître subjectif dans l'interprétation de la limitation globale de l'activité, cependant des travaux ont montré qu'il reflétait de manière satisfaisante d'autres mesures de la santé et de l'incapacité.

LA FRANCE ET L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Avant d'envisager de comparer la France aux autres pays européens, un bref rappel sur les différentes dimensions de la mesure de la qualité des soins est nécessaire en s'appuyant sur les travaux de Donabedian. Elle comprend trois dimensions : l'évaluation des structures, les processus de soins et les résultats. La première dimension s'intéresse à la structure de l'établissement qui comprend le nombre de lits d'hospitalisation, l'existence d'un secteur ambulatoire, la présence de soins intensifs ou de réanimation ou le nombre de procédures pratiquées. La mesure des processus de soins évalue la conformité de la pratique médicale aux recommandations ou l'état de l'art. La dernière dimension concerne les indicateurs de résultats, qui sont peu évalués en France à l'opposé d'autres pays européens qui

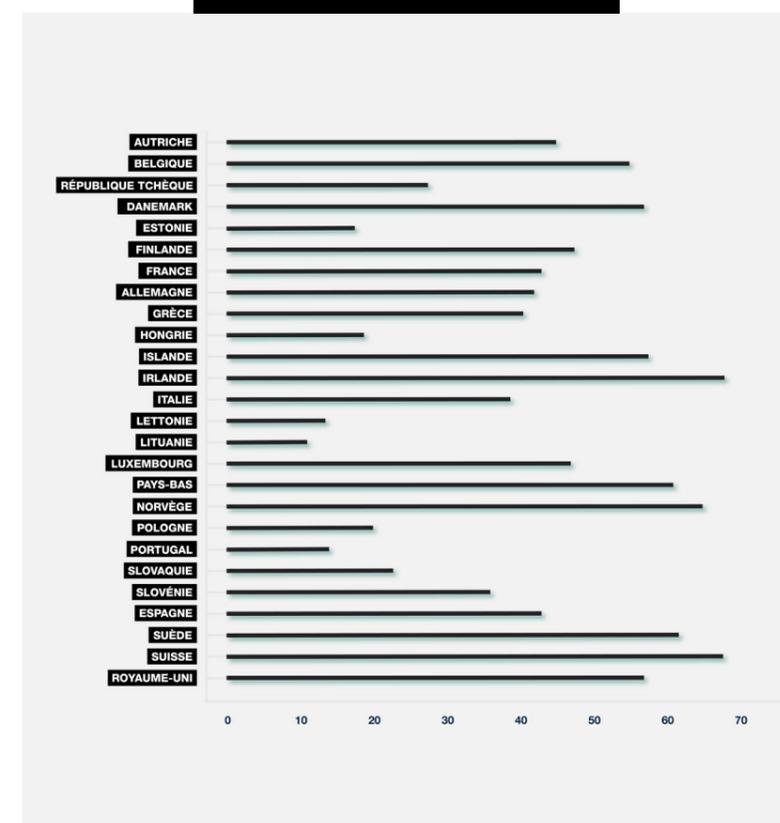
publient régulièrement les résultats des différentes techniques chirurgicales comme la chirurgie des coronaires, de la prothèse de hanche ou de la chirurgie de l'obésité. Les indicateurs de résultats portent sur la sécurité des soins comme la mortalité ou la survenue de complications aux décours de la chirurgie. L'utilisation des indicateurs de résultats est possible pour les activités de chirurgie ou toutes spécialités médicales qui réalisent des actes interventionnels comme la pose de stents en cardiologie, où l'on peut mesurer la survenue d'une complication ou d'un décès.

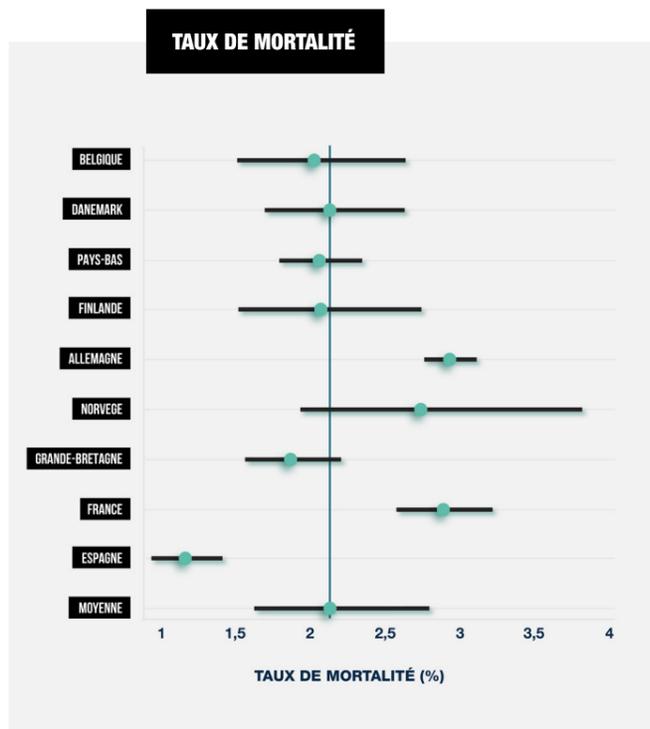
Un travail a comparé les résultats de la chirurgie du cancer du poumon en France aux autres pays européens. Ce travail a été pris comme exemple pour la comparaison de la mesure de la qualité en France aux autres pays européens, car il a fait l'objet d'une publication mais nous aurions pu parfaitement utiliser d'autres types d'interventions chirurgicales ou technologies de santé. La mortalité postopératoire fait partie des différents indicateurs de résultats de la chirurgie du cancer du poumon. La figure (p126) rapporte les différents taux de décès des pays européens. Cette figure comprend pour chaque pays la moyenne des décès postopératoires représentée par un point et de part et d'autre du point nous avons une ligne qui rapporte la fluctuation de la moyenne. La barre verticale représente la moyenne européenne de la mortalité postopératoire de la chirurgie du cancer du poumon. Les pays comme la Grande-Bretagne et l'Espagne ont un taux de mortalité inférieur à la moyenne européenne. À l'opposé, deux pays comme l'Allemagne et la France ont un taux de mortalité respectivement de 2,9 % et 2,94 % alors que la moyenne européenne est de 2,1 %. Pour ces deux pays, la probabilité que leur taux de décès soit supérieur à la

moyenne européenne est de 98 %. Cependant, la figure rapporte une certaine hétérogénéité entre les différents pays européens en matière de résultats de la chirurgie du cancer du poumon. De l'analyse ont été exclues la Grande-Bretagne et l'Espagne, les taux de mortalité de l'Allemagne et de la France demeurent plus élevés que la moyenne européenne (figure p127).

La revue de la littérature montre un taux de décès à 30 jours plus important en France que les autres pays européens. L'analyse de sensibilité confirme l'excès de mortalité de la France pour la chirurgie du cancer du poumon. Il est difficile de connaître toutes les raisons pour lesquelles la France et l'Allemagne ont un excès de mortalité postopératoire par rapport à d'autres pays européens. Dans ces deux pays, le nombre de centres réalisant des résections pulmonaires pour cancer bronchique est important. En France, 151 centres réalisent des interventions chirurgicales pour cancer du poumon alors qu'au cours de la même période 27 hôpitaux du Royaume-Uni pratiquaient ce type de chirurgie. Nous avons pris deux exemples

PERCEPTION DE VIVRE EN BONNE SANTÉ





sont proposées aux praticiens pour améliorer leur pratique au quotidien, nous citerons l'accréditation pour les spécialités chirurgicales. Pour valider leur accréditation, le praticien devra déclarer des événements porteurs de risque pour le patient et montrer les actions qu'il a mises en place pour les prévenir. Cette démarche est louable, mais elle ne concerne que des actions ponctuelles et à aucun moment une évaluation globale de sa pratique. Une autre mesure est le développement professionnel continu qui est une obligation pour les praticiens. Cette obligation demande aux praticiens de suivre des formations continues et d'évaluer leur pratique. Le développement professionnel continu est géré par une structure administrative qui a complexifié le fonctionnement. Le patient a totalement disparu de cet univers où les praticiens s'inscrivent pour satisfaire à cette obligation réglementaire comme ils le feraient pour leur déclaration d'impôt.

extrêmes, notre propos n'est pas d'affirmer que le modèle anglais est celui qu'il faut suivre. Cependant, la dispersion de la pratique chirurgicale en France a comme corollaire la faible activité de certaines équipes. Le nombre d'interventions joue un rôle significatif sur la survenue de l'excès de mortalité. Comme nous l'avons vu précédemment, les hôpitaux du Royaume-Uni qui pratiquent la chirurgie thoracique ont un volume d'interventions en moyenne plus important que les centres français. D'autres raisons pourraient être évoquées, certains pays européens sont impliqués dans des programmes de suivi des indicateurs de résultats, comme la mortalité postopératoire. Les équipes chirurgicales qui participent à ce type de programme sont informées de manière régulière sur leur niveau de performance et peuvent ainsi mettre en place des mesures d'amélioration de leurs résultats. En France, ce type de programme n'existe pas pour le moment, les établissements sont soumis à l'obligation de certification délivrée par la Haute Autorité de santé. Ce programme s'intéresse principalement aux indicateurs des structures et de processus. D'autres actions

Au détour de cet exemple et de la comparaison avec d'autres pays, les travaux de l'OCDE on constate que la France est un pays qui investit beaucoup d'argent dans la santé mais ses résultats en matière de qualité sont moins bons que certains pays européens. Ce travail modeste devrait nous inciter à aller plus loin dans la démarche qualité en proposant aux équipes médicales de s'interroger régulièrement sur les résultats de leurs pratiques. Cette approche est de promouvoir l'amélioration continue des indicateurs de résultats, dont le but ultime est la qualité des soins dans l'intérêt des patients. D'autant que la méthodologie est connue et les outils sont disponibles. La volonté politique serait de pouvoir convaincre les professionnels de santé à s'inscrire dans cette démarche d'amélioration de la qualité des soins. L'autre sujet concerne la dispersion des plateaux techniques pour pratiquer des interventions chirurgicales complexes qui est un sujet que l'on n'ose pas aborder en France à la différence d'autres pays qui ont su regrouper les plateaux techniques pour tenir compte des be-

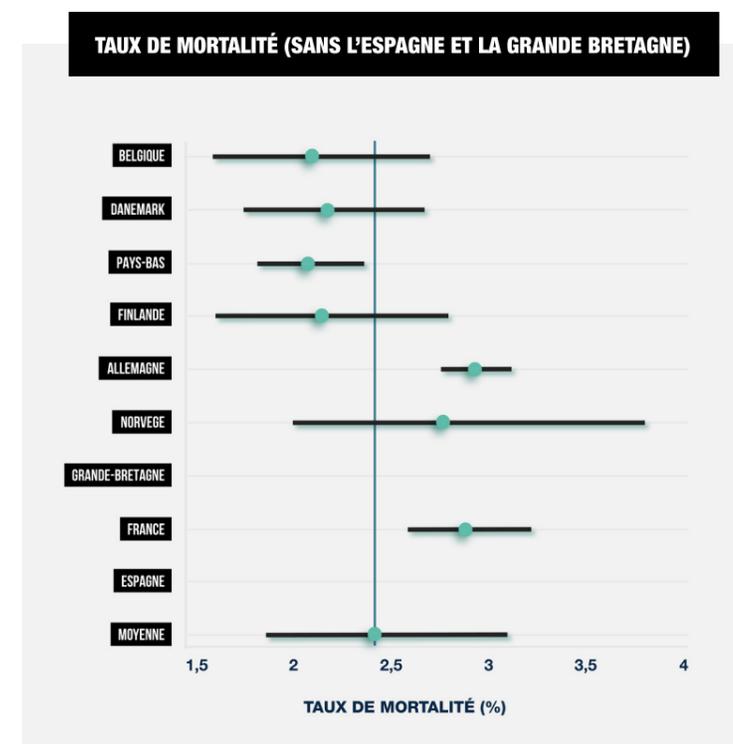
LA REVUE DE LA LITTÉRATURE MONTRE UN TAUX DE DÉCÈS À 30 JOURS PLUS IMPORTANT EN FRANCE QUE LES AUTRES PAYS EUROPÉENS.

soins de la population. Des plateaux techniques à haut volume permettent de rendre plus attractives ces structures aux praticiens. Des pays comme la Hollande ont mis en place une centralisation des chirurgies complexes dans des hôpitaux sélectionnés, afin de regrouper les compétences techniques nécessaires à l'amélioration de la

qualité des soins. L'idée semble séduisante, surtout si l'on veut pouvoir mesurer de manière fiable les performances des hôpitaux.

En conclusion, pour prodiguer des soins de qualité aux patients, l'augmentation des dépenses de santé n'est pas la seule piste à envisager.

L'évaluation en continu des résultats par les équipes médicales associées à la réorganisation des plateaux techniques sont des pistes d'amélioration significatives de la qualité des soins. La qualité concerne les soins qui « maximisent, le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins ». Cette approche devrait interroger non seulement les professionnels de santé mais également les décideurs ■




TRIBUNE

VERS UNE UNIVERSALITÉ DES DROITS DES TRAVAILLEURS DES PLATEFORMES NUMÉRIQUES, INDÉPENDANTS OU SALARIÉS ?

PAR **ÉLISE DEBIÈS**
AVOCATE À LA COUR

La proposition de directive du Parlement européen et du Conseil « relative à l'amélioration des conditions de travail dans le cadre du travail via une plateforme » apporte une réponse protectrice à leur situation critique en matière de droit du travail et de protection sociale.

Si elle tend à garantir la bonne détermination du statut professionnel des travailleurs des plateformes par le biais d'une présomption de salariat, elle consacre aussi de nouveaux droits tant pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs indépendants qui sont soumis à la gestion algorithmique de leur travail par une plateforme. La direction générale de la concurrence de la Commission européenne a en outre décrit les mécanismes permettant aux travailleurs indépendants « économiquement dépendants » de bénéficier des conventions collectives conclues au niveau national pour les salariés.

Une certaine « universalisation » des droits des travailleurs des plateformes numériques, qu'ils soient indépendants ou salariés, apparaît ainsi dans les textes européens. En France, l'approche par les droits et non par le statut prônée par le gouvernement se heurte aux failles de la protection sociale des microentrepreneurs, statut de la grande majorité des travailleurs des plateformes.

COMMENT GARANTIR QUE LES TRAVAILLEURS DES PLATEFORMES AIENT LE BON STATUT PROFESSIONNEL AU REGARD DE LEUR VÉRITABLE RELATION AVEC LA PLATEFORME ?

La Commission européenne considère que 5,5 millions de travailleurs des plateformes pour-

raient être victimes de salariat déguisé en Europe, sur 28 millions (43 millions estimés en 2025). Pour donner à ces travailleurs accès au droit applicable à leur situation en matière de travail et de protection sociale, mais aussi pour cesser de priver les caisses de sécurité sociale des cotisations sociales que ne versent pas les plateformes, la Commission européenne a fait son choix : une présomption de salariat au profit de ces travailleurs.

Le Parlement européen a, le 2 février 2023, amendé la proposition initiale de la Commission européenne en retenant une présomption générale de salariat pour tous les travailleurs des plateformes, abandonnant les 5 critères prévus par la Commission pour cette présomption de salariat. Avec ce vote des eurodéputés, on s'éloigne encore de la position française initiale, qui défendait le modèle économique et social « innovant » des plateformes, mais le Conseil des vingt-sept ministres du Travail est divisé sur le sujet, qui tardera encore à aboutir.

L'idée d'une Protection sociale plus universelle, qui couvrirait de la même manière

les salariés et tous les types d'indépendants, est théoriquement valable, mais suppose des conditions qui ne sont pas réunies aujourd'hui pour les travailleurs des plateformes en France, dans leur grande majorité microentrepreneurs. Ces derniers bénéficient d'une protection sociale au rabais, comme le montre le tableau récapitulatif issu du Rapport d'information du Sénat du 20 mai 2020 : « Travailleurs des plateformes : au-delà de la question du statut, quelles protections ? ».

Les conditions propres à la validation de trimestres pour la retraite de base des microentrepreneurs ont, depuis 2020, évolué et se sont

L'APPROCHE PAR LES DROITS ET NON PAR LE STATUT PRÔNÉE PAR LE GOUVERNEMENT SE HEURTE AUX FAILLES DE LA PROTECTION SOCIALE DES MICRO-ENTREPRENEURS

TYPE DE COUVERTURE	NON-SALARIÉS	SALARIÉS
FRAIS DE SANTÉ	SÉCURITÉ SOCIALE	
ARRÊTS DE TRAVAIL	IJ égale à 1/730 ^e du revenu d'activité annuel moyen des trois dernières années civiles Délai de carence de 7 jours (3 jours en cas d'arrêt de plus de 7 jours) Aucune IJ pour les micro-entrepreneurs gagnant moins de 3806,80 euros par an	IJ égale à 50% du salaire journalier Délai de carence de 3 jours
CONGÉ DE MATERNITÉ	Durée alignée sur celle des salariées Indemnisation conditionnée à une durée minimale de 8 semaines	Durée d'indemnisation de 16 semaines
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	Pas de couverture obligatoire	Obligation pour l'employeur de proposer une couverture complémentaire à tous ses salariés Participation financière de l'employeur au moins égale à 50% de la cotisation
PRESTATIONS FAMILIALES	SÉCURITÉ SOCIALE	
VALIDATION DE TRIMESTRES POUR LA RETRAITE DE BASE	Cotisation minimale de retraite de base (égale à 827 euros par an en 2019) permettant d'acquérir trois trimestres pour les indépendants percevant de faibles revenus Les micro-entrepreneurs doivent avoir réalisé des montants minimaux de chiffre d'affaires	Validation d'un trimestre pour chaque tranche de salaire de 150 SMIC horaire
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	Pas de couverture obligatoire	Branche AT-MP de la Sécurité sociale
CHÔMAGE ET PERTE D'ACTIVITÉ	Allocation aux travailleurs indépendants	Assurance chômage

alignées sur les règles applicables aux salariés, à savoir la validation d'un trimestre pour chaque tranche de salaire de 150 heures de SMIC¹.

On touche ici la préoccupation du Conseil de l'UE exprimée dans sa recommandation du 8 novembre 2019 relative à l'accès des travailleurs salariés et non-salariés à la protection sociale² : la couverture effective des travailleurs salariés et non-salariés dans une branche particulière de protection sociale, c'est-à-dire la possibilité d'accumuler des prestations adéquates et, en cas de matérialisation du risque correspondant, d'accéder à un niveau donné de prestations. Le Conseil de l'UE souligne, en effet, qu'une personne peut se voir octroyer un accès formel à la protection

sociale sans être de facto en mesure de constituer des droits à prestations et de les faire valoir. C'est très concrètement la situation de certains microentrepreneurs en France qui cotisent, mais pas suffisamment pour se constituer des droits à retraite comme le montrent certains exemples retenus par la circulaire CNAV du 13 février 2023. Cette circulaire a aussi révélé pour la première fois la ventilation par branches de la cotisation sociale des microentrepreneurs relevant du régime général. Les microentrepreneurs qui cotisent dans la catégorie BNC prestations de services ont ainsi découvert qu'ils ne cotisent pas pour la retraite complémentaire, avec le risque de rejoindre le bataillon des retraités pauvres le moment venu. Les « couvertures sociales » des travailleurs des

plateformes au sens du rapport du Sénat du 20 mai 2020, prévues par le législateur, n'excluent pas l'obtention de droits complémentaires par le dialogue social. Une certaine « universalité » est favorisée dans ce domaine par les lignes directrices du 30 septembre 2022³ de la direction générale de la concurrence de la Commission européenne, qui explique notamment les conditions dans lesquelles les travailleurs des plateformes de travail numériques peuvent négocier collectivement de meilleures conditions de travail, sans enfreindre les règles de concurrence de l'Union européenne qui a priori interdisent que deux entreprises, à savoir le travailleur indépendant et la plateforme, ne s'entendent sur le prix de la prestation. Ces lignes directrices prévoient aussi les conditions dans lesquelles les travailleurs indépendants « économiquement dépendants » peuvent bénéficier des conventions collectives conclues au niveau national pour les salariés.

Mais, en France, là encore c'est une voie spécifique qui a été empruntée : le Code du travail a instauré, à l'égard des travailleurs indépendants qui « dépendent » de plateformes de travail numériques, le principe de responsabilité sociale de la plateforme. Cette responsabilité sociale se traduit notamment par un dialogue social ad hoc, avec élections de représentants des chauffeurs de VTC et livreurs à vélo organisées en mai 2022 par l'Autorité des relations sociales des plateformes d'emploi (ARPE). Cette voie choisie exclut l'application aux travailleurs indépendants de plateformes concernées, de conventions collectives négociées par les représentants de salariés du secteur, pourtant rendue possible par les lignes directrices de la direction de la concurrence de la Commission européenne.

COMMENT PROTÉGER LES TRAVAILLEURS DES PLATEFORMES DES ATTEINTES AUX DROITS ENTRAÎNÉS PAR LA GESTION ALGORITHMIQUE ?

La particularité du travail par le biais d'une plateforme entraîne des spécificités communes aux travailleurs indépendants ou salariés : la proposition de directive, et les législations nationales, prévoient des mesures de protection contre les atteintes aux droits liés à la gestion algorithmique de ces travailleurs, qu'ils soient salariés ou indépendants.

Concernant la protection des données et les algorithmes, plusieurs règlements européens existent déjà, en particulier le règlement général sur la protection des données (RGPD) mais également la proposition de règlement sur l'intelligence artificielle. La proposition de directive sur l'amélioration des conditions de travail des travailleurs des plateformes introduit en matière de gestion algorithmique une lex specialis protectrice de ces travailleurs particulièrement exposés.

La distribution automatisée des tâches et la mesure des performances ne posent pas de problème en soi, mais en cas de dépendance excessive à l'égard de la technologie, sans possibilité d'alerte humaine en cas de problème lié à l'outil numérique, la pression engendrée peut être insupportable. La proposition de directive vise une plus grande transparence autour de l'utilisation des algorithmes par les plateformes, qui inclut :

- l'information des travailleurs sur la manière dont les systèmes automatisés sont utilisés pour prendre des décisions et des mesures qui « affectent de manière significative » les conditions de travail ;
- des limites à la collecte de données sur les travailleurs qui ne sont pas strictement nécessaires (conversations privées ou données relatives à la santé ou à l'état émotionnel) ;
- une surveillance humaine des systèmes automatisés, consistant à mettre en place des évaluations visant à garantir que les travailleurs ne sont pas exposés à des risques psychologiques et sanitaires causés par des décisions algorithmiques ;
- la possibilité pour les travailleurs de contester les décisions automatisées qui affectent leur travail. Cette introduction du « contradictoire » constitue une voie pour les travailleurs des plateformes qui ont vu leur compte résilié ou suspendu sans qu'on leur en explique la raison ;
- l'obligation pour les plateformes de consulter les représentants des travailleurs sur les changements majeurs apportés aux systèmes de prise de décision.

En France, l'ARPE doit ouvrir les négociations pour plus de protection des travailleurs de plate-

formes contre les fermetures brutales de comptes.

La gestion et le suivi algorithmiques des travailleurs se développent progressivement dans tous les secteurs et l'extension des mesures limitées aux plateformes de travail numériques va vite devenir une nécessité. La gestion algorithmique est déjà largement appliquée aux salariés des entrepôts ou du secteur de la vente au détail, où les employeurs utilisent de plus en plus des logiciels de planification automatisée des horaires. Plus largement, elle s'étend progressivement aux employés de bureau plus traditionnels qui sont soumis à des niveaux croissants de suivi de la productivité avec l'apparition d'outils de surveillance pendant la pandémie de Covid-19 (captures d'écran automatisées et enregistrement des frappes au clavier, par exemple).

Avec l'adoption de la directive européenne, tous les contrats des travailleurs de plateformes ne feront pas l'objet d'une requalification et d'ailleurs tous ne le souhaitent pas. L'indépendance peut être choisie, mais dans des conditions de partage de la valeur du travail entre la plateforme et le travailleur qui permettent à ce dernier de vivre dignement et de cotiser à un niveau qui lui permette de constituer des droits à prestations et de les faire valoir. Mais même à petite dose, avec les plateformes, le risque de désalarialisation est réel. Les plateformes ne proposent pas un modèle alternatif mais œuvrent directement au recul des protections du droit du travail. Or, en France, l'approche par les droits et non par le statut se révèle à ce stade théorique si aucune amélioration des droits des microentrepreneurs n'est opérée.

Des avancées vers une universalité des droits des travailleurs de plateformes numériques sont possibles, les modèles pour les financer aussi, qui requièrent dans tous les cas la contribution des plateformes ■

Sources :

1. Circulaire CNAV du 13 février 2023 : « Les modalités de détermination des droits à la retraite des travailleurs indépendants relevant du dispositif micro-social à compter du 1^{er} octobre 2022 »
2. Recommandation du Conseil du 8 novembre 2019 relative à l'accès des travailleurs salariés et non-salariés à la protection sociale 2019/C 387/01
3. Lignes directrices relatives à l'application du droit de la concurrence de l'Union aux conventions collectives concernant les conditions de travail des travailleurs indépendants sans salariés 2022/C 374/02.
4. C'est notamment ce que revendique Union-Indépendants, syndicat issu de la CFDT et de l'Union des auto-entrepreneurs (UAE)

COMMENT LE TRAVAIL MÉDICAL EST-IL PRIS EN COMPTE DANS LA CCAM (CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX) ?

PAR
DR CHRISTIAN ESPAGNO
VICE-PRÉSIDENT DU HAUT CONSEIL
DES NOMENCLATURES

La CCAM, qui a succédé en 2005 à la NGAP, comporte actuellement, avant refonte, 13 700 libellés décrivant les dizaines de milliers d'actes médicaux réalisés quotidiennement par l'ensemble des médecins français. Son poids économique est important puisque la prise en charge de ces actes représente plus de 14 milliards d'euros d'honoraires sans dépassement facturé chaque année à l'Assurance maladie. Bien qu'elle ait connu quelques évolutions limi-

tées depuis sa création en 2005, force est de constater que la CCAM présente une importante obsolescence, car beaucoup de libellés ne sont plus adaptés aux pratiques et aux techniques actuelles. L'absence d'une maintenance suffisante n'a pas permis aux libellés décrivant les actes de suivre la formidable évolution en 20 ans des pratiques médicales. En outre, il existe plusieurs centaines d'actes couramment pratiqués depuis plusieurs années et validés sur le plan scientifique qui ne sont toujours pas inscrits à la CCAM.

C'est la raison pour laquelle a été créé le Haut conseil des nomenclatures (HCN) à qui le législateur a confié une triple mission :

1/ Organiser et piloter la refonte en profondeur de la CCAM avec mise à jour de l'ensemble des libellés puis réévaluation de leur nouvelle hiérarchisation, indispensable pour la conversion tarifaire.

2/ Poursuivre de façon parallèle la rédaction des libellés et la hiérarchisation des actes innovants sur saisine de l'UNCAM après avis de la HAS avec une inscription beaucoup plus fluide et rapide de ces actes.

3/ Mettre au point une maintenance prospective de la CCAM rénovée afin de mieux suivre les progrès techniques.

Pour répondre à cet enjeu, le HCN a mis en place 42 groupes de travail, appelés comités cliniques, avec un référent et une quinzaine de membres en moyenne pour chaque groupe. Ces groupes ont été répartis non pas par spécialités mais par familles d'actes cohérentes. Il y a, par exemple, un groupe pour les actes concernant la douleur comprenant l'ensemble des spécialités concernées. Il apparaît, en effet, de plus en plus, que les médecins se reconnaissent et se structurent en fonction de la typologie des actes qu'ils réalisent plutôt qu'en fonction de leur spécialité au sens ordinal du terme. Depuis un an et demi, les comités cliniques se sont mis à la tâche avec beaucoup d'enthousiasme pour travailler sur les deux étapes essentielles de la refonte de

la CCAM : re-description et re-hiérarchisation.

Il est évident que pour chacune de ces deux étapes, la prise en compte du travail médical nécessaire à la réalisation de chacun des actes est la composante principale qui structure nos travaux.

- à l'étape de redescription des libellés, il est essentiel de décrire précisément la façon de réaliser l'acte, ce qui conditionne la quantité de travail nécessaire : objectif, voie d'abord, technique employée, méthode de guidage, assistance opératoire (robot)... C'est pourquoi, pour de nombreux libellés, les comités cliniques ont proposé de les redécrire, subdiviser, regrouper afin de mieux correspondre à la réalité des pratiques et des techniques actuelles. Par ailleurs, ils proposent de nouveaux libellés pour les actes usuels mais encore non-inscrits.

- à l'étape de hiérarchisation, il s'agira de donner une valeur en termes de « points travail » pour chacun des actes. La quantité de travail nécessaire à la réalisation de l'acte sera évaluée à partir de quatre critères : compétence technique, effort mental, stress, durée de l'acte et des soins postopératoires. Grâce à des calculs de cohérence entre chaque famille d'actes, on obtient ensuite une échelle unique et homogène de valeur en points travail pour l'ensemble des actes de la CCAM. La valeur financière de l'acte est calculée en multipliant son nombre de points travail par un coefficient de conversion monétaire auquel s'ajoute le coût de la pratique qui peut varier d'une spécialité à l'autre.

Au-delà de cette base méthodologique pour évaluer le travail médical, le HCN est confronté à de nombreux défis liés à l'incroyable évolution

des techniques et des pratiques depuis 20 ans. Il faudra, par exemple, mieux prendre en compte l'apport du numérique dans de nombreux domaines : aides au diagnostic, guidages, assistance opératoire, training préopératoire à l'aide d'un avatar du patient... C'est la raison pour laquelle le HCN procède, dans un premier temps, auprès de chaque comité clinique, au recensement de l'ensemble des aides numériques déjà utilisées dans la famille d'actes qui le concerne.

En outre, la CCAM repose pour le moment essentiellement sur une logique de paiement à l'acte. Cette logique gardera tout son intérêt pour beaucoup d'actes techniques mais la CCAM devra également de plus en plus tenir compte du nécessaire essor des paiements forfaitaires pour des épisodes de soins coordonnés, en particulier dans la prise en charge des pathologies chroniques. Certains forfaits sont déjà inscrits dans la CCAM, par exemple pour la dialyse au domicile, mais leur nombre et leur diversité devront être fortement développés dans les années à venir. Le HCN a donc entamé, également avec l'aide des 42 comités cliniques, une réflexion méthodologique pour mieux prendre en compte la valeur travail dans la hiérarchisation de ces prises en charge forfaitaires.

Au-delà de leurs apparences très techniques, on voit bien que les missions du HCN s'avèrent essentielles et passionnantes, car elles amènent à se pencher sur l'extraordinaire impact des progrès techniques sur la nature du travail médical, à anticiper le mieux possible les évolutions dans un proche avenir pour que la valeur travail médical reste l'élément majeur de l'évaluation des actes médicaux et donc de leur tarification ■

LE HCN EST CONFRONTÉ À DE NOMBREUX DÉFIS LIÉS À L'INCROYABLE ÉVOLUTION DES TECHNIQUES ET DES PRATIQUES DEPUIS 20 ANS

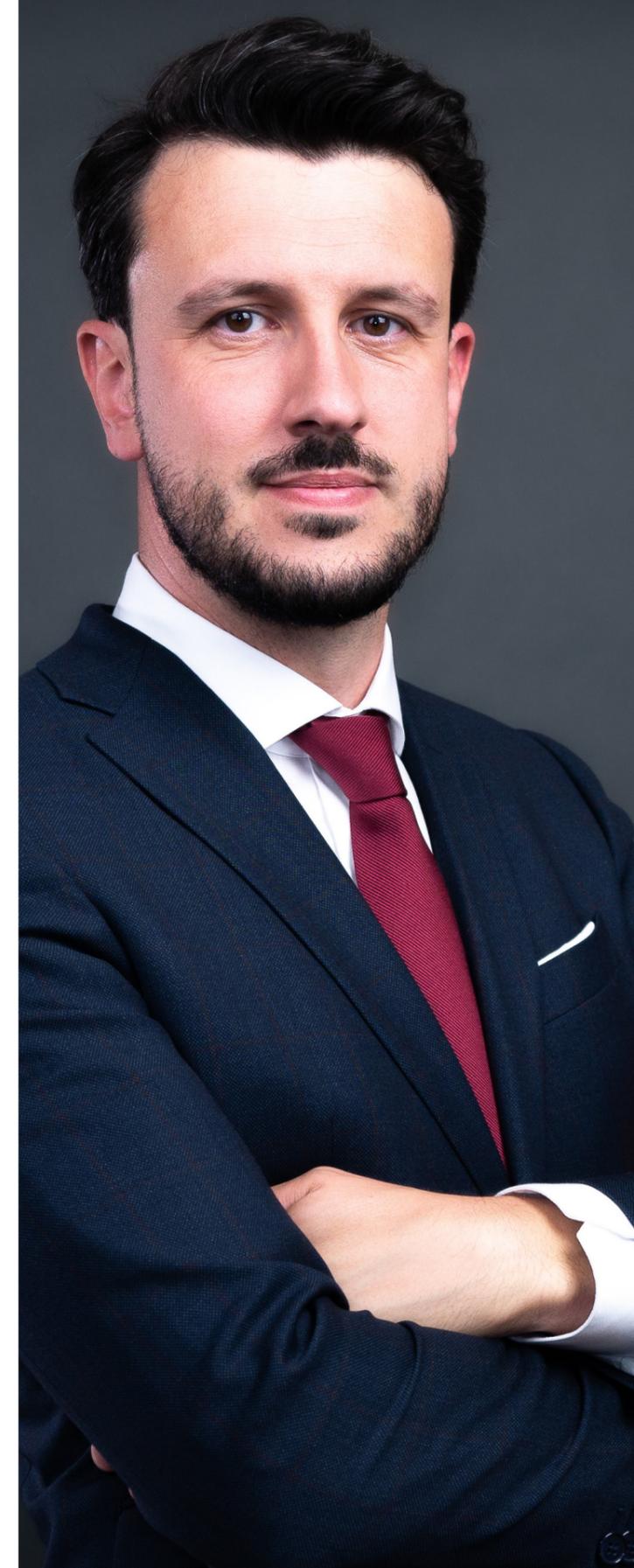
UN DÉCROCHAGE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA FRANCE QUI S'EST ACCENTUÉ AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES

La France n'est plus un pays à la pointe de la santé. Ce constat peut être difficile à entendre, mais doit être accepté pour envisager de redevenir le pays ayant l'un des meilleurs systèmes de santé. Une précision est nécessaire, nous parlons bien ici de la santé et non uniquement des soins. En effet, dans ce domaine, la France reste une référence bien que les grandes avancées médicales du siècle dernier se font plus rares. Cette maîtrise et cet investissement en faveur des soins sont à la fois sa force et sa plus grande faiblesse. Notre système de santé se focalise depuis des décennies sur les aspects curatifs de la santé et en particulier les soins de pointe, ceux qui sont prodigués à l'hôpital. Certes, ce modèle hospitalier, alliant pratiques, formations et recherches avancées a été le fleuron de notre modèle depuis 1958, lors des grandes réformes de l'hôpital et la création des CHU. Ce modèle permet toujours de soigner les maladies graves et complexes et de maintenir une des meilleures espérances de vie au monde. Cependant, les enjeux en matière de santé ont évolué depuis, sans que notre pays ait repensé son approche pour améliorer la santé. La preuve est que, malgré une très bonne espérance

TRIBUNE

RETROUVER UN RÉEL IMPACT EN SANTÉ, LES CONCEPTS ONE HEALTH ET LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES

PAR FRANÇOIS KRABANSKY
MÉDECIN SPÉCIALISTE DE SANTÉ PUBLIQUE



ce de vie (la France est 2^e de l'OCDE après le Japon avec une espérance de vie à 65 ans de 21,5 ans pour une moyenne des pays de l'OCDE de 19,5 ans)¹, l'espérance de vie en bonne santé de la France, c'est-à-dire sans incapacité, est à la traîne (la France est 10^e des pays de l'OCDE avec une espérance de vie en bonne santé de 10,3 ans où la Suède, première, en a 16,3¹). S'ajoutent à ce décrochage de l'espérance de vie en bonne santé, des inégalités tant sociales que territoriales qui se creusent ou à défaut se maintiennent. Les personnes ayant les conditions socio-économiques les plus précaires et celles dans les territoires les plus isolés ont, en moyenne, une espérance de vie plus courte.

L'origine du décrochage de la France est le retard d'investissement en prévention et promotion de la santé dans un contexte d'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population. Une évolution qui est elle-même due à la performance du système de soins qui permet de maintenir longtemps en vie, mais sans pour autant toujours guérir les maladies. En négligeant la prévention et la promotion de la santé, il n'a pas été possible de réduire la survenue de maladies évitables ou d'en diminuer la gravité. On peut prendre l'exemple des cancers et des maladies cardiovasculaires à très fort impact sur la santé qui peuvent être évités ou être moins graves en ayant des comportements favorables à la santé ou en étant détectés précocement. Cet investissement dans la promotion de la santé et la prévention, les pays ayant la meilleure espérance de vie en bonne santé comme la Suède, l'Islande ou la Norvège l'ont fait depuis plusieurs années déjà.

RENVERSER LA TENDANCE EN METTANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION AU CŒUR DES POLITIQUES PUBLIQUES EN SANTÉ

Tout d'abord, rappelons que la prévention est la mise en place d'actions permettant d'éviter les maladies ou d'en limiter leur gravité en adoptant des comportements favorables à la santé, en détectant les maladies de façon précoce ou encore d'en limiter l'impact en optimisant la prise en charge. La promotion de la santé est une dis-

cipline qui peut aisément intégrer la prévention. De façon globale, elle vise à permettre à chacun d'être autonome vis-à-vis de sa santé, que ce soit en maîtrisant les comportements favorables à la santé ou en étant capable de faire face à des événements de santé. Par exemple, savoir s'il est nécessaire de consulter ou comment s'automédiquer en fonction des symptômes identifiés ou ressentis.

En promotion de la santé, la place des déterminants de la santé, incluant les environnements physique, social et économique, mais également les comportements individuels, est centrale. Les environnements physiques, sociaux et économiques ont un impact de 60 % sur l'état de santé quand celui du système de soins est seulement de 25 %. Investir la promotion de la santé incluant la prévention, c'est donc viser un impact de 60 % sur la santé alors qu'aujourd'hui l'essentiel des préoccupations porte sur le système de soins avec un impact ne dépassant pas 25 %. Bien entendu, cela ne veut pas dire qu'il faut abandonner l'idée d'une amélioration de notre système de soins ! Il y aura toujours besoin de soigner les maladies et les blessures. Donc, la médecine ambulatoire et hospitalière trouveront toujours leur raison d'être. Il est même à prévoir que les acteurs du soin retrouveront plus de sens dans leur pratique si l'on améliore la promotion de la santé. Les consultations concerneraient alors des situations qui n'auraient pu être évitées par la prévention ou prise en charge de façon autonome par les citoyens. Les acteurs du soin auraient à se concentrer sur les prises en charge de maladies plus graves ou plus complexes qui sont le cœur de la médecine curative, qui permet de guérir les patients, de sauver des vies. Pour autant, cela n'exclut pas la participation essentielle des acteurs du soin dans la prévention et la promotion de la santé, notamment en matière d'éducation, de dépistage et de vaccination qui ont également du sens dans la pratique médicale.

Investir dans la promotion de la santé et la prévention, ce n'est pas seulement mettre des moyens financiers ou humains, c'est aussi qu'elles deviennent une réelle préoccupation tant des pouvoirs publics que des acteurs de santé qu'ils

soient nationaux ou dans les territoires. Quand on parle d'acteurs de santé, il ne s'agit donc plus uniquement des acteurs du soin, mais de tout acteur pouvant avoir un impact sur la santé, donc agissant sur les environnements physiques, sociaux et économiques ou sur les comportements.

LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES ET LE DÉVELOPPEMENT DU CONCEPT ONE HEALTH, LES BASES POUR DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET RENFORCER LA PRÉVENTION EN FRANCE

Afin de pouvoir agir sur tous les environnements ayant un impact sur la santé, mais aussi sur les comportements, il faut fédérer les acteurs agissant sur différents milieux. En priorité, le milieu scolaire, celui du travail et le milieu de vie sont concernés. L'Éducation nationale, les entreprises, le monde du travail et les collectivités territoriales ont un rôle primordial à jouer dans cette évolution. Pour que ces acteurs puissent jouer pleinement ce rôle, ils doivent bénéficier d'une politique qui lie leur activité aux enjeux de santé. On imagine assez bien comment la santé peut être un enjeu de l'éducation, du travail, du sport, de l'économie, de l'écologie, de l'agriculture et de l'alimentation sans que ce lien soit aujourd'hui clairement pris en compte dans la déclinaison de leurs politiques. Les politiques locales concernant l'urbanisme, l'aménagement du territoire ou encore les politiques sociales et environnementales ont également un impact conséquent sur la santé. Il ne serait donc pas suffisant de décliner une politique nationale qui ne peut

être qu'un inducteur. Ces acteurs locaux doivent se saisir des enjeux de santé et avoir une autonomie suffisante pour les adapter aux particularités de leurs territoires. C'est en cela qu'il est nécessaire de mettre la santé dans toutes les politiques.

À cela s'ajoute l'impact sur la santé du lien entre les différents environnements, la santé animale et la santé humaine. Ce lien est la définition du concept dit « One Health ».

Dans une approche globale de la santé, on ne peut plus se contenter de prendre en charge la santé des humains si l'on veut avoir une réelle amélioration de l'état de santé. Il est nécessaire d'agir sur les différents environnements et les comportements avec la promotion de la santé et la santé dans toutes les politiques, mais aussi dans cette approche One Health, d'y inclure la santé animale et l'approche curative. L'enjeu est de taille. Il implique d'investir rapidement et fortement dans des compétences en santé publique dans tous les secteurs concernés et de partager bien plus largement les enjeux de santé. Ils ne doivent plus être réservés aux acteurs du soin mais bien à tous les acteurs pouvant avoir un impact sur la santé tant au niveau national

que local. Alors, seulement, nous pourrions envisager de retrouver un système de santé complet et performant, permettant à tous de profiter d'une vie plus longue et surtout, en meilleure santé. Qui ne préférerait pas être en bonne santé plutôt que d'être bien soigné quand cela est possible ? ■

L'ORIGINE DU DÉCROCHAGE DE LA FRANCE EST LE RETARD D'INVESTISSEMENT EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DANS UN CONTEXTE D'AUGMENTATION DES MALADIES CHRONIQUES ET DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

¹ Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé - OCDE - 2017

La Première ministre Élisabeth Borne, a détaillé la feuille de route du Gouvernement à l'occasion d'une allocution prononcée le 27 avril dernier. Celle-ci doit guider le calendrier politique des 100 prochains jours, dont le bilan devrait être tiré au 14 juillet. L'UNAPL est très attentive à la mise en place des mesures qui accompagneront ce temps politique. Les quatre piliers sur lesquelles s'appuieront ces 100 jours concernent en effet de près les professions libérales.

Sur les questions de travail et de plein-emploi tout d'abord. Les entreprises libérales représentent plus d'une entreprise sur trois et sont un vivier important d'emploi, avec près d'1,2 million de salariés. La question de l'inflation est donc une préoccupation majeure pour l'UNAPL. Les dernières données dévoilées par l'observatoire Xerfi/U2P pour le 1^{er} trimestre 2023 confirment que l'année sera synonyme de difficultés pour les entreprises libérales. À l'unanimité, les trois familles de professions libérales, santé, droit et techniques et cadre de vie, constatent une baisse de trésorerie et anticipent un repli d'activité dans les mois à venir. L'UNAPL veillera à ce que la situation des professions libérales soit prise en compte en cas de dégradation de leur activité.

Pour contrer la hausse des prix et améliorer le pouvoir d'achat, le Gouvernement prévoit de renforcer l'obligation de partage de la valeur dans les entreprises de 11 à 50 salariés. Une loi doit être présentée prochainement pour traduire l'accord national interprofessionnel signé par les partenaires sociaux sur le sujet. Les TPE libérales ne sont pas concernées par ces obligations pour



TRIBUNE

POUR RÉUSSIR LES 100 JOURS, LE DIALOGUE SOCIAL DOIT RETROUVER TOUTE SA PLACE

PAR MICHEL PICON
PRÉSIDENT DE L'UNAPL

leur grande majorité, car elles emploient moins de 11 salariés. Je tiens toutefois à rappeler notre attachement à la mise en place de dispositifs de partage de la valeur dans les TPE libérales. Nous avons pris des initiatives dans ce sens, pour permettre aux entreprises libérales d'accéder aux dispositifs d'épargne salariale.

Le recours à l'épargne salariale, l'intéressement ou encore la participation devraient être encouragés et généralisés dans la future loi sans imposer de contraintes supplémentaires aux TPE, ce qui est une bonne chose. Le partage de la valeur est un important vecteur d'attractivité pour nos entreprises et l'UNAPL encourage les employeurs libéraux à y recourir. Personnellement, cela me tient à cœur.

L'UNAPL, en tant qu'organisation patronale, est également partie prenante, à travers l'U2P, dans la transformation de Pôle emploi, qui sera remplacée par France Travail en 2024. Je participe, en tant que membre de l'UNEDIC, à la mise en place de France Travail. L'emploi dans les entreprises libérales est un chantier prioritaire pour l'UNAPL. Nous militons également pour favoriser l'embauche des jeunes dans les entreprises libérales, via l'alternance et l'apprentissage.

Nous voulons aussi accompagner la création d'entreprises par la formation. Nous travaillons actuellement avec les ARAPL et l'Union des auto-entrepreneurs à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement personnalisé à la création d'entreprise pour les professions libérales, dans le cadre de la mise en place du guichet unique

des entreprises. Cet accompagnement devrait être finalisé d'ici l'été et constituera un appui essentiel à toutes les professions libérales qui souhaitent s'installer.

Et, pour terminer sur le chapitre de l'emploi, l'UNAPL portera les intérêts des professionnels libéraux et leurs entreprises dans le cadre du « nouveau pacte de la vie au travail » voulu par le Gouvernement d'ici à l'été.

Au-delà du volet travail des 100 jours, l'UNAPL est également vigilante aux mesures qui seront prises sur les sujets de la transition énergétique et la réindustrialisation. Nous avons lancé un groupe de travail Environnement, au sein de notre organisation, pour travailler sur ces questions centrales de climat et de transition énergétique dans les professions libérales. Les métiers de la famille de la santé, notamment, sont des métiers du vivant et l'UNAPL souscrit de longue date au concept « One Health ». La santé doit être appréhendée globalement dans sa dimension à la fois humaine, animale et environnementale.

Enfin, la feuille de route du Gouvernement jusqu'au 14 juillet aborde deux piliers essentiels pour les professions libérales : la santé et la justice. Ces deux domaines d'activité font face à des difficultés sans précédent et se doivent d'être réformés rapidement, pour améliorer le quotidien des professionnels et de nos concitoyens. D'une part, la garantie de l'accès à des soins de qualité pour tous les Français et sur l'ensemble du territoire est un défi majeur. L'UNAPL, qui rassemble les principaux syndicats

**JE SUIS
CONVAINCU QUE LA
« CICATRISATION »
DES FRACTURES
LAISSÉES SUR
LE PAYS PAR LA
RÉFORME DES
RETRAITES NE
SERA POSSIBLE ET
DURABLE QUE SI
UNE PLACE PLUS
IMPORTANTE EST
DONNÉE AU DIALOGUE
SOCIAL ET AUX CORPS
INTERMÉDIAIRES**

représentatifs des professions de santé, partage avec eux la nécessité de faire confiance aux acteurs libéraux pour réformer le système de santé. Ce qui passe par un système conventionnel renforcé avec l'Assurance maladie et une revalorisation décente des actes des professionnels de santé.

La loi prévue dès le mois de juin pour simplifier, moderniser et réduire les délais de notre justice suscitera également toute l'attention de l'UNAPL pour accompagner les métiers du Droit dans ces transformations. L'UNAPL n'abrite pas moins de 11 organisations de professionnels libéraux du secteur du Droit.

Les défis de ces 100 prochains jours sont très nombreux et la tâche qui attend le Gouvernement dans les domaines de l'emploi, de la santé, de l'environnement ou encore de la justice est ardue.

Toutefois, je suis convaincu que la « cicatrisation » des fractures laissées sur le pays par la réforme des retraites ne sera possible et durable que si une place plus importante est donnée au dialogue social et aux corps intermédiaires. À cet égard, l'initiative prise par le CESE de réunir les partenaires sociaux pour débattre du travail est à saluer. Ce type d'initiative doit se multiplier pour éclairer les débats législatifs et les décisions du Gouvernement.

L'UNAPL, qui représente 67 organisations représentatives des professions libérales, sera un interlocuteur attentif du bilan qui sera fait au 14 juillet. Le pays, qui fait face à des crises multiples – économique, démocratique, sociétale – attend des réponses d'ampleur pour être réformé. Mais attention, pour que ça fonctionne, le président de la République et le Gouvernement devront redonner toute sa place au dialogue social ■

TRIBUNE

AMÉLIORER LA PRÉVOYANCE DES ACTIFS, UN IMPÉRATIF SOCIAL

PAR **CATHERINE TOUVREY**
DIRECTRICE ASSURANCE ET PROTECTION SOCIALE DU GROUPE VYV ET DIRECTRICE GÉNÉRALE D'HARMONIE MUTUELLE

La vie est par essence imprévisible. Maladie, accident... nous courons tous des risques sans savoir si et quand ils vont arriver. Nous avons beaucoup de mal à nous préparer à ces événements, parfois tragiques.

Spontanément, nous ne voulons même pas y penser. Pourtant, les enjeux sont importants, aussi bien pour notre santé que sur le plan matériel : comment combattre une maladie quand on ne peut plus faire face aux dépenses du quotidien ?

LA PRÉVOYANCE, C'EST L'ÉPARGNE DE CEUX QUI N'EN ONT PAS

Alors que 32 % des Français risqueraient de tomber sous le seuil de pauvreté s'ils devaient renoncer à 3 mois de leur revenu, est-il acceptable que 7 actifs sur 10 ne soient pas ou mal couverts face aux risques d'incapacité de travailler, d'invalidité ou de décès ? Est-il juste que seuls les cadres du privé bénéficient d'une protection obligatoire de leur employeur, alors qu'ils sont près de 5 fois moins exposés au risque de décès que les ouvriers ?

UN ENJEU DE SOCIÉTÉ ET DE SOLIDARITÉ POUR LE GROUPE VYV

Au sein du Groupe VYV, nous pensons qu'il

est temps d'apporter à chaque actif, quel que soit son statut :

- un socle de couverture essentielle, identique pour tous, sur les risques décès et invalidité ;
- un complément de garanties à adapter selon les situations et les besoins ;
- des dispositifs de prévention.

C'est un enjeu de société et de solidarité auquel il faut associer les branches professionnelles, les organisations syndicales et patronales, les assurés

EST-IL ACCEPTABLE QUE 7 ACTIFS SUR 10 NE SOIENT PAS OU MAL COUVERTS FACE AUX RISQUES D'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER, D'INVALIDITÉ OU DE DÉCÈS ?

et l'ensemble des employeurs. Dans un contexte de quête de sens et d'impact, renforcer la protection sociale représente un investissement particulièrement vertueux pour les employeurs. Il s'agit également d'une autre forme de partage de la valeur, susceptible de renforcer l'attractivité de l'emploi ainsi que l'engagement et la fidélité des collaborateurs.

UN POUR TOUS, TOUS POUR UN !

La mise en place du socle de couverture essentielle, tel que nous l'imaginons, permettrait d'offrir à chacun un premier niveau de protection solide

sur les risques les plus lourds, pour un coût modéré, grâce à une mutualisation du risque fondée sur le principe de solidarité collective : les cotisations permettant de soutenir tout collègue confronté à une situation grave. Il apporterait également une juste équité de traitement entre les actifs et une stabilité de la protection, tout au long de la vie active, dans un contexte où les carrières sont multiples et fractionnées. Un dialogue social essentiel. Les besoins et les coûts de protection varient beaucoup en fonction des populations. Ils dépendent notamment de la pénibilité de l'emploi



et de la démographie des collaborateurs. Par exemple, un professeur n'a pas les mêmes besoins qu'une aide-soignante. C'est pourquoi il est essentiel de s'inscrire dans le cadre habituel de négociations (branches, ministères...) pour définir les garanties complémentaires et, plus largement, les modalités du dispositif de protection dans son ensemble : garanties, budget et niveau de participation de l'employeur, en tenant compte de la capacité financière de l'employeur et des assurés. Enfin, face à la diversité des situations, liées par exemple à l'âge ou à la configuration familiale, il convient aussi d'offrir aux assurés la possibilité de compléter leur couverture, à titre personnel, un dispositif collectif ne pouvant apporter une réponse parfaitement adaptée à tous.

LA PRÉVENTION : UN DÉFI COLLECTIF À RELEVER

La prévention permet de vivre mieux, plus longtemps, et en bonne santé. C'est un élément essentiel en matière de santé et de prévoyance. Elle permet de réduire les risques, donc le coût des couvertures. Et pour les employeurs, veiller à la santé de ses collaborateurs, c'est à la fois un devoir et un levier de performance. La France a beau être le 3^e pays de l'OCDE en termes de dépenses de soins², elle n'est pas dans le top 10 en termes d'espérance de vie en bonne santé³ ! Il est urgent de prendre enfin ce grand virage de la prévention, en s'appuyant sur une collaboration renforcée et équilibrée entre les pouvoirs publics, les employeurs et les mutuelles. « 80 % des Français seraient favorables à ce que tous les actifs, quel que soit leur statut, bénéficient d'une couverture prévoyance financée au moins en partie par leur employeur⁴. » ■

Sources :

1. *Salarié du privé, agent de la fonction publique, travailleur indépendant, chômeur*
2. *Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 – Résultats des comptes de la santé, DREES*
3. *L'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie en tant que bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie : deux indicateurs pour mieux appréhender la qualité de vie après 60 ans, DREES*
4. *Enquête menée par le Groupe VYV et l'Institut Viavoice auprès de 1 000 Français, janvier 2023.*



1 FRANÇAIS SUR 2 SE DIT MAL INFORMÉ EN MATIÈRE DE PRÉVOYANCE⁴. COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS CETTE SITUATION ?

Tout part d'un double déni. Un déni individuel psychologique tout d'abord. Personne n'a envie de se projeter dans des situations pénibles et peu fréquentes. Un déni collectif ensuite, imputable aux acteurs publics, trop souvent focalisés sur des enjeux de court terme. Le temps de la prévoyance n'est pas celui du politique. Se crée alors un cercle vicieux : le besoin n'est pas exprimé, donc pas discuté, les actifs ne sont pas sensibilisés...

ÉRIC JEANNEAU

MEMBRE DU BUREAU
ET PRÉSIDENT DE LA
COMMISSION RISQUES
VIE ET ÉPARGNE DU
GROUPE VYV

QUE DOIVENT RETENIR LES ACTIFS SUR LES ENJEUX DE LA PRÉVOYANCE ?

Il est important de comprendre que ces difficultés peuvent survenir, même si les probabilités sont faibles. Qu'une couverture prévoyance ne se limite pas à nous-mêmes, mais protège aussi notre famille

LE GROUPE VYV, PREMIER ACTEUR MUTUALISTE DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE EN FRANCE, A RÉCÉMMENT PUBLIÉ LE LIVRE BLANC « AMÉLIORER LA PRÉVOYANCE DES ACTIFS, UN IMPÉRATIF SOCIAL »

et nos proches. Enfin, que cette protection évite un coup de massue financier lorsque l'on est déjà en difficulté. Bien protégé, la survenue du risque devient un aléa après lequel il est possible de rebondir.

QUELS SONT LES ACTEURS LES MIEUX PLACÉS POUR APPORTER UNE RÉSONANCE À CES QUESTIONS ?

Aujourd'hui, des associations comme la FNATH et certains acteurs de la prévoyance tels que le Groupe VYV et ses mutuelles cherchent à sensibiliser sur ces sujets. Mais ce n'est pas suffisant. Les services publics et les employeurs ont également un rôle important à jouer en matière d'information et de pédagogie.

QUELLES SOLUTIONS IDENTIFIEZ-VOUS POUR PERMETTRE AUX ACTIFS DE DEVENIR ACTEURS DE LEUR PROTECTION ?

Il paraît urgent de sensibiliser massivement les Français, notamment en enrichissant les sites publics d'information sur la protection sociale de contenus pédagogiques. Par ailleurs, pour permettre à chaque actif de prendre en main sa protection, nous préconisons la création d'un relevé d'information annuel de prévoyance intégrant, entre autres, des informations personnalisées et détaillées sur sa couverture, et des rappels incontournables tels que les coordonnées des organismes à contacter en cas de sinistre.

Le Groupe VYV, premier acteur mutualiste de santé et de protection sociale en France, a récemment publié le livre blanc « Améliorer la prévoyance des actifs, un impératif social » en partenariat avec la FNATH, l'Association des accidentés de la vie pour éclairer sur les insuffisances, les enjeux, et mettre en débat 25 propositions concrètes pour améliorer la prévoyance des actifs en France ■



TRIBUNE

DÉPENSES SOCIALES : SORTIR DU « TOUJOURS PLUS » ?

PAR GILLES GIRARD
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE THÉMIS CONSEIL

Se convertir à un système économique marqué par la sobriété et l'efficacité : c'est la direction que tous ceux qui militent pour une croissance durable nous invitent à emprunter. Un seul domaine semble échapper à cette nouvelle discipline, celui des dépenses sociales, pour lequel la règle du « toujours plus » semble encore en vigueur. Jusqu'à quand ?

L'annonce par le Gouvernement de la fin du « quoi qu'il en coûte » au début de cette année n'a pas fait les gros titres... contrairement à la loi sur la réforme des retraites, qui en est une sorte d'illustration indirecte puisqu'elle doit restaurer l'équilibre de notre régime de retraite. Nul autre domaine que celui des dépenses sociales n'est en effet plus soumis, depuis de longues années, à la loi du « toujours plus ». Les chiffres sont connus, ils méritent néanmoins d'être rappelés : la France dépense aujourd'hui près de 800 milliards d'euros par an dans le domaine social, dont 80 % sont consacrés à la santé et à la vieillesse. C'est plus

de 30 % de la richesse produite chaque année dans notre pays. Or, le régime général de Sécurité sociale est financé à environ 80 % par des cotisations et contributions assises sur les rémunérations !

Pour autant, quels que soient les questionnements autour de l'évolution du travail, il ne faut pas oublier l'essentiel : dans le modèle social qui est le nôtre, il n'existe tout simplement pas d'alternative au travail. Sans travail, pas de financement de la protection sociale, pas d'accès possible aux biens et services de la société. Si l'on ne trouve plus de valeur dans le travail, ou si la société exprime le désir de travailler moins, notre système universel de protection sociale devrait donc expérimenter une notion nouvelle, celle de la sobriété avec la mise en place d'un système de protection à minima, dans lequel moins de cotisations signifierait moins de prestations.

Outre le danger de renoncer à la mutualisation, le fondement de notre dispositif – l'individu et l'individualisation reprenant le dessus, on court

le risque de recréer des régimes spéciaux –, on voit tout de suite les obstacles qui se dresseraient sur ce chemin vers la sobriété. Au cours des précédentes décennies, il s'est produit une sorte de glissement sémantique : les prestations qui étaient censées protéger contre les aléas de la vie ouvrent aujourd'hui une sorte de « droit à la dépense ». S'agissant des retraites, on a pu observer à quel point la coupure était nette entre la durée de la vie active et le montant des pensions de retraite, ces dernières étant appelées à rester stables et même à augmenter sans compensation en matière de durée de cotisation, alors même que la durée de vie s'allonge.

En France, la notion de « travailler plus » n'est pas populaire et la relation au travail a changé de nature. Depuis quelques années, le travail est l'objet de mutations profondes, de natures différentes mais toutes plus ou moins liées à l'évolution des technologies. La première mutation est, pour un assez grand nombre de salariés, la coupure du lien automatique entre la nature et le lieu du travail, provoquée par les confinements liés au Covid-19. Le développement d'une forme de travail nomade a fait éprouver à bon nombre de salariés un sentiment d'affranchissement par rapport à ce qui relevait auparavant d'une quasi-obligation : celle de se rendre chaque jour ouvrable à son bureau. Cette vision du travail « à distance » le circonscrit à la réalisation d'un certain nombre de tâches ou à l'atteinte d'objectifs ; elle ne le relie plus à l'ensemble des interactions humaines, qui participent pourtant elles aussi au « travail ». D'autant que cette évolution des conditions de travail ne concerne qu'une partie très restreinte de la population active, et contribue à accroître la fracture sociale entre les contributeurs à notre dispositif de Protection sociale.

L'autre mutation fondamentale est celle de l'automatisation du travail, même si l'Histoire nous montre que c'est l'industrialisation de nos économies qui, en son temps, a permis la première vague de cette automatisation. Les réactions auxquelles a donné lieu le déploiement de ChatGPT ont relancé les débats sur l'importance que vont prendre l'intelligence artificielle et le machine learning dans la plupart des fonctions et activités des entreprises. La place de « l'humain » et la nature de son travail se posent donc de façon nouvelle, avec un questionnement naturel sur les fonctions qui seront appelées à disparaître. Ce point d'interrogation sur l'avenir du travail alimente la crainte de la perte de sens. Tout cela explique cette sorte

de distance par rapport au travail que l'on peut observer chez certaines catégories de salariés, qui refusent tout engagement dans la durée, font un petit tour et puis s'en vont, estiment que le travail ne peut être un objet d'engagement, de plaisir, de partage, de valorisation sociale.

Il y a donc urgence à rappeler à tous les acteurs la place centrale qu'occupe le travail dans le financement de notre modèle social. Et il faut s'accoutumer à son en-

trée dans une nouvelle ère de sobriété, car il est probable que l'on ne connaîtra plus les taux de croissance du passé, que les arbitrages entre croissance économique et poursuite des objectifs de décarbonation seront de plus en plus délicats. Une question parmi d'autres : faut-il construire de nouveaux hôpitaux au risque d'aggraver l'empreinte carbone de notre parc de bâtiments ? Si nous ne parvenons pas à entrer dans cette nouvelle logique, ce serait rouvrir en grand la porte aux « régimes spéciaux » de Protection sociale, dans lesquels des groupes qui partagent les mêmes valeurs voudront créer leur propre système. Une spirale dangereuse ■

LES PRESTATIONS QUI ÉTAIENT CENSÉES PROTÉGER CONTRE LES ALÉAS DE LA VIE OUVRENT AUJOURD'HUI UNE SORTE DE « DROIT À LA DÉPENSE »



MAGAZINES

PLFSS 2023, la politique du rabot signe son grand retour
Janvier 2023

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

Les nouveaux chemins de la performance en santé
mars 2023

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 LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N° 24 / JUIN 2023



**SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS :
LA SOLIDARITÉ À
L'ÉPREUVE DE LA
LIBERTÉ INDIVIDUELLE**

PAR ANAÏS FOSSIER