

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

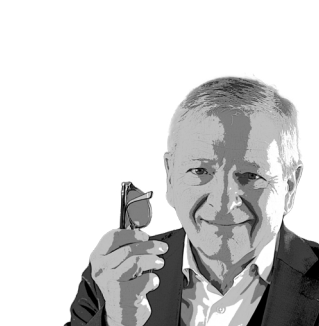
N° 25 / MARS 2024

A portrait of Éric Chenut, a man with short grey hair and a beard, wearing a dark grey suit jacket over a white turtleneck. He is sitting and looking slightly to the right. The background is a dark, textured wall.

**ÉRIC
CHENUT**

PRÉSIDENT DE
LA FÉDÉRATION
NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE

**« NOUS NE
POUVONS PLUS
RAISONNER
COMME NOUS
LE FAISONS
ACTUELLEMENT »**



LES JOURS S'EN VONT LES QUESTIONS DEMEURENT...

Nous sommes désormais au pied du mur. Le refus de choisir entre soutenabilité budgétaire et soutenabilité sociale, laissant sans réponse les questions structurantes que pose depuis de trop longues années notre système de protection sociale aujourd'hui à bout de souffle, tout en ayant porté en même temps, à la fois tous les régimes sociaux à un déficit peu maîtrisable et réduit la démocratie sociale à la portion congrue, semble ne plus pouvoir se perpétuer très longtemps.

Sans débat public, une politique qualifiée pudiquement de recherche d'économies se dessine. Pour autant, toutes les questions - celles de l'accès aux soins, de la prévention, de la dépendance et bien d'autres auxquelles chacun est confronté quotidiennement - restent toujours sans réponse. Éric Chenut nous livre à ce sujet sa vision à travers un entretien éclairant. Si la protection sociale est une idée d'avenir, elle est aussi et certainement d'abord un choix de société... Oui, nous sommes bien désormais au pied du mur !

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

45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS
01 83 89 68 64
accueil@thinktankcraps.fr
www.thinktankcraps.fr

Directeurs de publication

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

Président du comité éditorial

Hervé Chapron

Conception et Réalisation

Fabien Brisard, Anais Fossier & Lucie Binda

Relecture

Karen Platel, Pierre-Maxime Claude & Théo Gourbeille

Crédits Photo

Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock

Impression

Imprimerie Chirat - mars 2024

SOMMAIRE



L'IMAGE 8

LE CRAPS REÇOIT
NICOLAS SARKOZY



FOCUS 10

15 ANS APRÈS SA CRÉATION, PÔLE
EMPLOI CÈDE SA PLACE À FRANCE
TRAVAIL !



ITW 12

ÉRIC CHENUT - PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION
NATIONALE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE



ITW 24

PR. LIONEL COLLET - PRÉSIDENT DE
LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



DOSSIER 30

L'URGENCE DES URGENCES ?



ITW 40

FRANCK DEVULDER - PRÉSIDENT DE
LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS
MÉDICAUX FRANÇAIS



TRIBUNE 48

RECONNAÎTRE L'ENGAGEMENT
DES COMBATTANTS



DOSSIER 52

LFSS 2024 : « ENTRE SORTIE DE CRISE ET
MAÎTRISE DES DÉPENSES »



TRIBUNE 64

RETROUVER L'ESPRIT
CONTRACTUEL DE NOTRE
SYSTÈME DE SANTÉ

SOMMAIRE



DOSSIER 70

IMMIGRATION : TROIS ÉCLAIRAGES SUR LES ENJEUX ÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES



TRIBUNE 88

L'ÉTENDUE DE LA PROTECTION SOCIALE EST LA CAUSE DE LA MOITIÉ DES DÉFICITS PUBLICS EN FRANCE



TRIBUNE 95

LE CHIRURGIEN DE DEMAIN



TRIBUNE 98

ET SI NOUS FAISONS ENFIN DE LA SANTÉ UNE POLITIQUE PUBLIQUE DIGNE DE CE NOM ?



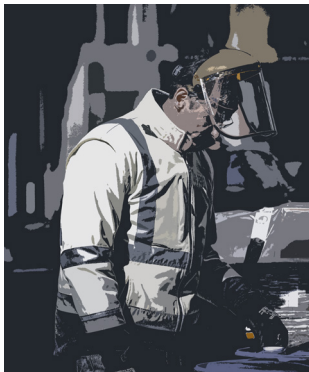
TRIBUNE 101

LE MUTUALISME DANS LA SPHÈRE SOCIALE, UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DU MONDE ACTUEL !



DOSSIER 104

SOLIDARITÉ À LA SOURCE : DU PROJET AU CONCRET !



TRIBUNE 131

ABSENCE AU TRAVAIL, BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL : LA PROTECTION SOCIALE À L'INITIATIVE



TRIBUNE 134

REVENIR À UN MODÈLE DE FINANCEMENT SOUS FORME DE DOTATION GLOBALE SERAIT SUICIDAIRE POUR LE SERVICE PUBLIC



TRIBUNE 137

LA FINANCIARISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ



ITW 140

RAYNAL LE MAY - DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CPAM DE PARIS



TRIBUNE 145

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET PRÉVENTION : UNE ALLIANCE À CREUSER...



TRIBUNE 148

POURQUOI FAUT-IL COMPTER AVEC BRUXELLES POUR LA POLITIQUE DES MÉDICAMENTS ?



TRIBUNE 156

LE DÉFI DES INÉGALITÉS EN SANTÉ : UN PLAIDOYER POUR LES FEMMES



TRIBUNE 162

LA DÉPENDANCE, CE PROBLÈME QUE L'ON NE VEUT PAS VOIR



TRIBUNE 164

QUEL AVENIR POUR LES OCAM EN FRANCE À HORIZON 2030 ?



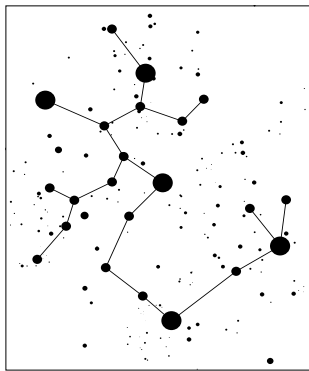
TRIBUNE 167

SOPHISME : ON DÉPENSE TROP POUR LE SOCIAL



TRIBUNE 169

LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS [& LA...] STRUCTURATION DES DONNÉES ISSUES DE LA RECHERCHE



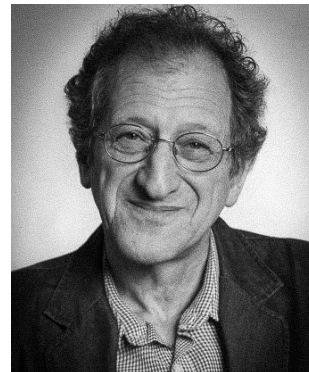
TRIBUNE 172

PROXIMITÉ ET RÉSILIENCE : LES LEVIERS DE L'INDÉPENDANCE MUTUALISTE



TRIBUNE 174

UN RAPPORT ÉCLAIRÉ ET ÉCLAIRANT SUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ !



ITW 176

VICTOR G. RODWIN - PROFESSEUR ÉMÉRITE DE POLITIQUE ET DE GESTION DES SERVICES DE SANTÉ, WAGNER SCHOOL OF PUBLIC SERVICE, NEW YORK UNIVERSITY



TRIBUNE 182

ALLER VERS UN CONSENSUS RAISONNABLE POUR RÉTABLIR LA CONFIANCE



TRIBUNE 186

SIMPLIFIONS !



*Le 6^e Président de la V^e République, Nicolas Sarkozy
au cours d'un dîner-débat du CRAPS animé par
Jean-Paul Ségade et Didier Bazzocchi sur le thème
"Nouveau monde, nouvelle Protection sociale ?"*

FOCUS

15 ANS APRÈS SA CRÉATION, PÔLE EMPLOI CÈDE SA PLACE À FRANCE TRAVAIL !

Le 1^{er} janvier dernier, France Travail a remplacé Pôle emploi. L'exécutif mise sur cette transformation pour atteindre le plein-emploi, soit un taux de chômage autour de 5 % en 2027 (contre 7,1 % actuellement), avec en toile de fond l'idée que « personne n'est inemployable ». Malgré un chômage en baisse et un taux d'emploi inédit depuis 1970, nombre de personnes et entreprises peinent en effet à trouver du travail et à recruter. Le système actuel d'aide au retour à l'emploi « inflige sa complexité aux personnes comme aux entreprises, ainsi qu'à tous les professionnels qui les accompagnent ». Les répartitions de compétences sont « un peu complexes entre l'État chargé de l'accompagnement des demandeurs d'emploi, les régions de leur formation, les départements de l'insertion des bénéficiaires du RSA, les collectivités des enjeux de garde d'enfants ou de logement » a d'ailleurs concédé Elisabeth Borne précisant toutefois qu'il ne s'agit pas de faire un

« big bang institutionnel », mais bien de « jouer collectif ». L'objectif de France Travail vise ainsi à garantir un accompagnement et des services plus adaptés aux besoins des demandeurs d'emploi et des entreprises qui recrutent sur l'ensemble du territoire, grâce à une coopération renforcée avec l'ensemble des acteurs de l'emploi, de la formation et de l'insertion. Cette réforme du service public de l'emploi doit mettre en place une gouvernance du « réseau France Travail » partagée entre l'État, les collectivités locales, et les partenaires sociaux au niveau national et régional.

« **PERSONNE
N'EST
INEMPLOYABLE** »

ÉLISABETH BORNE
ANCIENNE PREMIÈRE MINISTRE
DÉPUTÉE DU CALVADOS



FUSION DES ENTITÉS DE LA RECHERCHE D'EMPLOI

L'ensemble des acteurs intervenant dans la chaîne de la recherche d'emploi seront rassemblés au sein d'une seule entité. France Travail regroupera notamment Pôle emploi, les missions locales, Cap emploi ou encore les collectivités territoriales. Cela devrait permettre de mutualiser les informations et d'avoir une porte d'entrée unique pour tous les demandeurs d'emploi, afin d'éviter que ces derniers ne soient sollicités à de multiples reprises par des interlocuteurs différents.

INSCRIPTION AUTOMATIQUE

Dès 2025, l'ensemble des demandeurs d'emploi seront automatiquement inscrits à France Travail : anciens allocataires Pôle emploi, bénéficiaires du RSA et leur conjoint, jeunes accompagnés par les missions locales, et personnes handicapées accompagnées par Cap emploi. Un changement d'importance lorsque nous savons que seuls 40 % des bénéficiaires du RSA étaient inscrits à Pôle emploi en 2020. En fonction des profils, chacun sera ensuite redirigé vers l'interlocuteur qui lui correspond (conseiller France Travail, mission locale, travailleur social du conseil départemental...), afin de bénéficier d'un parcours d'accompagnement personnalisé.

CONTRAT D'ENGAGEMENT

Ce parcours trouvera sa concrétisation via un contrat d'engagement qui comportera, entre autres, le plan d'action qui définit les objectifs de mise en œuvre du projet professionnel, les mesures d'accompagnement et/ou de formations associées pour favoriser le retour à l'emploi. Celui-ci devra être signé par chaque demandeur d'emploi.

DROITS ET DEVOIRS

Chaque demandeur d'emploi bénéficiera par ailleurs de droits, mais également de devoirs. Les allocataires du RSA devront, à titre d'exemple, consacrer au moins 15 heures par semaine à une occupation permettant leur retour à l'emploi. Il est à noter que cette durée pourra être réduite. Le Conseil constitutionnel a en effet jugé le 14 décembre 2023 que « cette durée devra être adaptée à la situation personnelle et familiale de l'intéressé et limitée au temps nécessaire à l'accompagnement requis, sans pouvoir excéder la durée légale du travail en cas d'activité salariée ».

SANCTIONS EN CAS DE MANQUEMENTS

En cas de refus de signer ou de manquement à ce contrat, le demandeur d'emploi pourra voir son allocation temporairement suspendue, voire être radié. Si le salarié en CDD ou en mission d'intérim refuse au moins deux propositions de contrat à durée indéterminée (CDI) sur 12 mois, il sera privé d'allocation chômage. Cela ne sera pas le cas s'il a été employé en CDI au cours de cette même période ou si les propositions faites par l'employeur ne respectent pas le PPAE ou le contrat d'engagement.

OFFIR UN ACCOMPAGNEMENT DES ENTREPRISES

Les besoins seront identifiés par des conseillers entreprises de France Travail et un accompagnement adapté (personnalisé et de proximité) leur sera proposé. Les entreprises pourront également faire connaître leurs besoins en termes de recrutement sur une plateforme unique de dépôt des offres accessible à tous les acteurs du service public de l'emploi.

Sources :
France Travail remplace Pôle emploi au 1^{er} janvier 2024 - Vie publique.
Pôle emploi devient France Travail - service public.

ÉRIC CHENUT

PRÉSIDENT DE
LA FÉDÉRATION
NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE

**« IL S'AGIT
DE FAIRE UN
CHOIX DE
SOCIÉTÉ SUR
LA MANIÈRE
DONT NOUS
VIVONS AVEC
LES AUTRES,
LES UNS POUR
LES AUTRES »**

INTERVIEW

LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE EST MENACÉE PAR LES DÉFICITS ET LES NOUVEAUX DÉFIS QUI ÉMERGENT. SON MODE ET SES OUTILS DE FINANCEMENT SONT-ILS ADAPTÉS POUR RÉPONDRE AUX ATTENTES ET BESOINS DE LA POPULATION ? PLUS LARGEMENT, L'ALLÈGEMENT VOIRE L'EXONÉRATION DES COTISATIONS SOCIALES, L'ÉCONOMIE DE SERVICES AUX EMPLOIS PEU QUALIFIÉS, LE CHÔMAGE ET LES EMPLOIS DE COURTE DURÉE, L'ÉMERGENCE D'EMPLOIS NON-SALARIÉS, DE FACTO PEU SOCIALISÉS ET DONC PEU FINANCEURS, ONT NOTAMMENT CONDUIT À UN FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DE PLUS EN PLUS FISCALISÉ. CETTE ÉVOLUTION VOUS INQUIÈTE-T-ELLE ?

L'évolution démographique, marquée par une hausse de l'espérance de vie - après avoir connu une période de stagnation liée à la crise covid - témoigne de l'efficacité de nos politiques publiques malgré les tensions que connaît notre système de santé et un investissement moindre dans la prévention par rapport à certains pays. Tout ne va donc pas aussi mal que nous pourrions le penser. Cette évolution démographique, bien que très positive, implique cependant que nous réinterrogeons notre modèle de financement puisque nous savons que les besoins de santé vont continuer d'augmenter de manière substantielle et bien plus rapidement que ces quinze ou vingt der-

nières années. Ce n'est pas un problème en soi, mais ce constat doit nous conduire à initier rapidement un débat et à décider collectivement si nous souhaitons ou non consacrer plus de ressources à notre protection sociale, que ce soit à travers les cotisations sociales, fiscales ou nos cotisations mutualisées. Si nous ne le souhaitons pas, il faudra toutefois avoir le courage de dire que nous devons renoncer à certaines protections. Ce débat est éminemment politique, il s'agit de faire un choix de société sur la manière dont nous vivons avec les autres, les uns pour les autres. Une fois qu'un consensus sur le sujet sera trouvé, nous pourrions ensuite réfléchir au niveau de ressources que nous souhaitons affecter et à la façon de le répartir (quelle part entre cotisations sociales et fiscales ? Quels revenus mobiliser au regard notamment des nouvelles formes de travail, de l'ubérisation, etc. ?). Nous savons par ailleurs que le financement de la dépendance et des nouvelles vulnérabilités mobilisera une large partie des ressources disponibles et nécessitera in fine de trouver de nouvelles sources de financement. Initier un débat sur la fiscalité des grosses successions - qui ne concernent pas la majorité des Français - bien qu'impopulaire, me semble utile. Une quote-part pourrait, par exemple, financer une partie de la dépendance. Plus largement, notre système a été mis en place à une époque où il y avait six actifs pour un retraité. Nous en percevons bien les limites avec 1,7 actif pour un retraité aujourd'hui et potentiellement 1,2 demain. Nous devons donc repenser son financement, mais aussi son pilotage. Si tel n'est pas le cas, l'attrition des recettes à l'aune des besoins sera problématique et le déficit permanent - hors période de

crise et d'investissement - n'est pas une option souhaitable.

LA POLITIQUE DE RABOT BUDGÉTAIRE DÉPLOYÉE CES DERNIÈRES ANNÉES POUR TENTER DE REMETTRE LE SYSTÈME DE SANTÉ « À FLOT », REND EN PRIVILÉGIANT LE « SAUPOUDRAGE », L'INVESTISSEMENT DIFFICILE VOIRE IMPOSSIBLE. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EST-IL UN OUTIL DE NATURE À PERMETTRE UNE VÉRITABLE VISION POUR NOTRE AVENIR COLLECTIF EN SANTÉ ? FAUT-IL CHANGER DE LOGICIEL EN LA MATIÈRE ?

Nous aurons toujours besoin d'un outil budgétaire annuel, mais nous devons le resituer dans une approche pluriannuelle, à minima à l'échelle d'une législature. En matière de protection sociale et de santé, les choix ne peuvent pas se faire sur un temps court, à l'aune d'une année budgétaire. Le PLFSS ne permet pas de faire les choix de moyen et long termes, voire de très long terme qui s'imposent. Il nous contraint et ne permet plus d'avoir une vision des enjeux du système de santé, de l'organisation de la protection sociale. Le cadre actuel d'annuité budgétaire avec des ajustements permanents à la marge ne permet plus d'avoir une capacité de projection pour les acteurs, ni d'adapter le système de santé,

compte tenu des besoins. Le projet de loi élaboré par les directions des administrations arrive dans la sphère publique en septembre et les délais d'adoption sont extrêmement restreints. Il n'est donc pas possible d'avoir des débats de fond et de nous questionner sur les orientations que nous souhaitons donner à notre système de santé. Je considère plus largement que ces choix ne devraient pas se

réduire à un vote de la majorité des parlementaires, à 51 %, et encore moins en ayant recours à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution puisqu'ils relèvent du bien commun et qu'ils doivent dans cette logique dépasser tous les clivages. J'appelle ainsi de mes vœux une société dans laquelle la démocratie sociale et la démocratie en santé permettent l'expression et le dialogue entre les parties prenantes (associations de patients, usagers, organisations de santé, financeurs, etc.) pour faire émerger des compromis et, à minima, éclairer la décision politique.

LES POUVOIRS PUBLICS IMPOSENT AUX COMPLÉMENTAIRES SANTÉ UN ENCADREMENT TOUJOURS PLUS CONTRAINT AVEC UNE MISE EN CONCURRENCE AVEUGLE DES ACTEURS, AU DÉTRIMENT DES CAPACITÉS DE MUTUALISATION. LES PROCÈS D'INTENTION AUTOUR DES FRAIS DE GESTION SONT QUANT À EUX DE PLUS EN PLUS NOMBREUX. UN NOU-

VEAU PROCESSUS D'ÉTATISATION EST-IL À CRAINdre ?

À force de ne jamais dire aux citoyens de combien évolue la dépense de santé chaque année ni combien ils doivent payer, ils finissent par penser que la santé est gratuite et que les augmentations de leurs cotisations sont illégitimes. En 20 ans, les dépenses de santé ont considérablement évolué. Nos cotisations ont, quant à elles, connu une évolution pratiquement équivalente. Cette augmentation est toutefois particulièrement visible dans notre secteur puisque nous adressons à nos adhérents des appels à cotisations et qu'en tant qu'entreprises non lucratives, nous ne pouvons pas être en déficit, ce qui implique une recherche constante d'équilibre. Nous sommes par ailleurs fortement impactés et cadencés par le contrat solidaire et responsable qui devait, à l'origine, être centré sur les soins essentiels, mais qui chaque année nous a contraints à une prise en charge de plus en plus large. Si ce contrat offre un haut niveau de définition des couvertures et permet donc d'accroître la mutualisation, il engendre également un très haut niveau de coûts. En ce qui concerne la « grande sécu », je ne pense pas que cette idée soit définitivement enterrée. Si cette dernière venait à se concrétiser, quelles que soient ses modalités de mise en œuvre, cela reviendrait à, petit à petit, annihiler les capacités, la latitude, les libertés des acteurs et des complémentaires qui ne seront plus en mesure par exemple de financer des actions de prévention. Cela aurait in fine un impact délétère sur les capacités d'innovation et d'investissement. Je pense que ce n'est pas dans l'intérêt des Français.

Les critiques relatives aux frais ou coûts de gestion sont par ailleurs régulières et je ne comprends vraiment pas ce procès. Si nous pouvions les baisser, nous le ferions. Notre préoccupation est évidem-

ment de limiter les augmentations lorsque cela est possible. Si les tarifs augmentent, c'est parce que nous n'avons pas d'autres alternatives si nous voulons continuer à couvrir les dépenses de santé de nos adhérents. On nous demande aujourd'hui d'intégrer dans les coûts de gestion un certain nombre de prestations en nature et services qui relèvent du conseil et de la proximité. Cela concerne les réseaux conventionnés, qui permettent pourtant d'éviter d'augmenter significativement les cotisations. Cela concerne aussi le tiers payant qui permet aux citoyens de ne pas avancer un certain nombre de dépenses et d'éviter de renoncer aux soins. Cela concerne enfin la prévention, l'action sociale et l'accompagnement humain et social via nos centres d'appels situés sur le territoire national et en proximité, au sein des agences et espaces d'accueil physique sur l'ensemble du territoire. Nous constatons également un renchérissement des coûts de gestion lié à un certain nombre d'obligations prudentielles et réglementaires qui nous sont imposées réforme après réforme (souvent sans études d'impact sérieuses). Quand des économies sont réalisées, elles sont absorbées par la mise en œuvre d'une nouvelle réforme, qui s'avère souvent coûteuse pour une efficacité parfois contestable. Certaines décisions comme la mise en place de la résiliation infra-annuelle contribuent à augmenter les coûts notamment liés au système d'information. Nous pouvons probablement trouver des sources d'économies, à condition qu'un véritable choc de simplification des nomenclatures de l'Assurance maladie pour les soins de ville comme à l'hôpital qui impliquent d'importants coûts de gestion pour l'Assurance maladie comme pour nous soit engagé.

LES PROBLÉMATIQUES D'ACCÈS AUX SOINS S'ACCROISSENT DANS DE NOMBREUX TERRITOIRES ET CONSTITUENT UNE PRÉOCCUPATION MAJEURE POUR LES FRANÇAIS. EN SACHANT QUE LA

PÉNURIE DE MÉDECINS EST AMENÉE À DURER, EST-IL POSSIBLE DE FAVORISER ET RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ?

Nous ne pouvons pas nier les difficultés qui existent, mais nous avons aussi des solutions à notre portée. Nous devons, en revanche, avoir un discours de vérité et ne pas laisser penser que chacun aura un médecin traitant comme on avait un médecin de famille et que toute prise en charge passera par le médecin qui orientera le patient dans le système. Mettre en place des assistants médicaux est utile, mais cela ne suffira pas. Nous ne pouvons plus aujourd'hui raisonner en termes de nombre de médecins puisque le temps médical a diminué. Malgré la mise en œuvre du *numerus apertus*, nous ne retrouvons ni le nombre de médecins dont nous

disposions en 2020, ni le temps médical avant 2040. Nous ne pouvons plus raisonner comme nous le faisons actuellement puisque, d'ici là, la population va continuer de vieillir et que les besoins en santé vont continuer d'augmenter. Nous serons toujours, au regard de ce constat, en pénurie. Il nous faut alors initier une profonde révolution culturelle en la matière que ce soit pour les assurés sociaux ou les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux). Ce changement de paradigme implique une nouvelle organisation du système. Nous devons désormais raisonner en équipe de soins traitante (médecin, pharmacien, infirmier, sage-femme, etc.) selon les profils des patients si nous voulons faire davantage de prévention, pour que les gens vivent mieux, le plus longtemps possible sans incapacité ou invalidité. Dans certains cas, à l'instar

de l'accompagnement des personnes diabétiques, le recours à un infirmier s'avère par exemple plus efficace sur le long terme. Il faut donc redéfinir les missions des médecins, en s'appuyant davantage sur les paramédicaux pour concentrer le temps médical sur les activités à forte valeur ajoutée. Tout le monde serait gagnant et les patients seraient mieux suivis.

Si nous demandons aux paramédicaux de faire davantage, cela suppose cependant que les modes et niveaux de rémunérations

soient réinterrogés. C'est pour cela que nous appelons à des négociations interprofessionnelles avant d'engager les négociations conventionnelles. Je pense avant tout qu'il faut « réarmer » les soins de ville en nous posant les questions qui s'imposent notamment sur l'organisation de la permanence des soins (nous sommes passés en vingt ans de 73 % à 38 % de médecins qui s'inscrivent dans celle-ci). Si nous ne voulons pas que la population se rende aux urgences encore faut-il qu'elle ait accès aux soins en semaine, le soir et le week-end. L'hôpital a besoin de moyens, il a besoin de se transformer, mais si une large part des moyens est concentrée sur les urgences parce que les personnes ne sont pas prises en charge en ville, cela ne sera pas suffisant. Je préfère que l'on rémunère bien la permanence des soins plutôt que de payer le passage aux urgences. Finalement la question que nous devons nous poser c'est : quelles

réponses apporte-t-on pour garantir un service public de santé de bon niveau ? En ce qui concerne la remise en cause de la liberté d'installation des médecins régulièrement évoquée, je pense que ce n'est pas la solution. Il fallait probablement se poser la question il y a 30 ans. Je crois beaucoup plus à la coopération, à la concertation et à l'utilisation des nouvelles

technologies qu'à la coercition qui sera probablement contre-productive.

ALORS QUE NOUS N'AVONS JAMAIS CONSACRÉ AUTANT D'ARGENT À LA PROTECTION SOCIALE, LES INÉGALITÉS SE CREUSENT, COMME EN TÉMOIGNENT LES 10 ANS D'ESPÉRANCE DE VIE SUPPLÉMENTAIRES EN FAVEUR DES PLUS FAVORISÉS SUR UN RAYON INFÉRIEUR À 100 KILOMÈTRES EN RÉGION PARISIENNE. NOTRE SYSTÈME NE SEMBLE IN FINE PLUS EN MESURE DE LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES. QUELLE EN EST VOTRE ANALYSE ? COMMENT NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE PEUT-IL ÊTRE PLUS EFFICACE ?

La première des inégalités - avant celles de revenus et de patrimoine - concerne l'espérance de vie. Avec 6,4 ans d'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier

et 13 ans entre les 5 % les plus riches et les 5 % les plus pauvres, le sujet devrait être politique. Ce n'est pourtant pratiquement jamais évoqué dans le débat public. Les raisons de ces écarts tiennent à des déterminants de santé bien connus : rémunération, niveau de formation, conditions de travail, logement, lieu de vie, exposition aux polluants, attrition des services publics dans certains territoires,

À FORCE DE NE JAMAIS DIRE AUX CITOYENS DE COMBIEN ÉVOLUE LA DÉPENSE DE SANTÉ CHAQUE ANNÉE NI COMBIEN ILS DOIVENT PAYER, ILS FINISSENT PAR PENSER QUE LA SANTÉ EST GRATUITE ET QUE LES AUGMENTATIONS DE LEURS COTISATIONS SONT ILLÉGITIMES



etc. Ce constat nous invite à nous interroger sur le partage de la valeur et les niveaux de rémunération. Nous devons plus largement infléchir le recul des services publics de proximité en réinvestissant et en réinstallant l'égalité républicaine en mettant davantage de moyens là où les difficultés sont les plus importantes. Dans cette logique, il s'agit de fixer des objectifs et de vérifier s'ils sont atteints. Si ce n'est pas le cas, il faut en analyser les raisons pour tenter d'inverser la tendance. Nous devons nous améliorer en matière d'évaluation, ce n'est pas quelque chose que nous savons bien faire pour le moment. C'est une nécessité si nous voulons voir les inégalités se réduire. Agir sur les inégalités suppose plus globalement d'investir sur l'ensemble des politiques publiques ayant une incidence sur les déterminants de santé, mais aussi en personnalisant les messages de prévention et les actions à mener. Il ne s'agit évidemment pas de segmenter ou d'individualiser, mais bien d'adapter les actions à mener et les prises en charge selon les besoins des personnes. On constate en effet que nous mettons en place d'excellents dispositifs de prévention sans toutefois déployer une véritable action d'« aller vers » pour toucher les populations les plus éloignées du système de santé. Ce sont donc toujours les moins informés qui bénéficient le moins de ces dispositifs. Le taux d'ac-

cès aux dépistages dans notre pays (15 à 25 points derrière les pays d'Europe du Nord) met d'ailleurs en exergue des disparités considérables selon les catégories sociales. Si nous ne nous donnons pas les moyens de faire de la prévention personnalisée, les inégalités se creuseront toujours davantage.

32 % DES FRANÇAIS RISQUERAIENT DE TOMBER SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ S'ILS DEVAIENT RENONCER À 3 MOIS DE LEUR REVENU. PEUT-ON ACCEPTER QUE 7 ACTIFS SUR 10 NE SOIENT PAS OU MAL COUVERTS FACE AUX RISQUES D'INCAPACITÉ, D'INVALIDITÉ OU DE DÉCÈS ? COMMENT CHANGER DE PARADIGME EN LA MATIÈRE ?

Selon leur situation professionnelle et leur statut : salarié du privé, agent de la fonction publique, travailleur non-salarié, cadre ou non-cadre, en recherche d'emploi, les actifs ne béné-

ficient pas des mêmes niveaux de protections organisés, structurés et mutualisés. Contrairement à la complémentaire santé devenue obligatoire, la prévoyance complémentaire ne s'est pas généralisée chez les employeurs du privé. Seuls les cadres bénéficient d'une obligation de protection, principalement sur le risque décès. La population est donc inégalement couverte. La prévoyance n'est par ailleurs pas toujours bien appréhendée puisque l'in-

capacité, l'invalidité et le décès sont des situations dans lesquelles personne ne souhaite se projeter. Pour l'invalidité et l'incapacité, nous pensons que cela concernera les autres ou que la probabilité que le risque survienne est faible. Nous avons beaucoup de mal à nous préparer à ces événements parfois tragiques. Pourtant, les enjeux sont importants, tant sur le plan de la santé que sur le plan matériel. Nous devons parler davantage de prévoyance et changer de paradigme. J'appelle donc de mes vœux une généralisation de la couverture prévoyance. S'il n'y a pas d'obligation de se couvrir pour ces risques, les citoyens ne le feront pas instinctivement alors que peu d'entre eux disposent d'une épargne leur permettant de faire face à un accident grave. La vocation première de la protection sociale est de se prémunir d'un aléa, il ne s'agit pas seulement de solvabiliser les dépenses !

LA PRÉVENTION EST L'OBJET D'INCANTATIONS POLITIQUES RÉGULIÈRES. FORCE EST CEPENDANT DE CONSTATER QU'ELLE NE CONSTITUE TOUJOURS PAS LE CŒUR DU SYSTÈME. ALORS QUE LA SANTÉ D'UNE POPULATION TIENT MAJORITAIREMENT À DES DÉTERMINANTS EXTÉRIEURS AU SYSTÈME DE SOINS, COMMENT PEUT-ON DÉVELOPPER UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET NOTAMMENT DE PRÉVENTION ? LE CONCEPT "ONE HEALTH" EST-IL UNE UTOPIE DE PLUS ?

Notre système de santé est confronté à de multiples enjeux tels que le vieillissement, l'augmentation des maladies chroniques, ou encore la santé environnementale. Nous devons appréhender la santé différemment en investissant urgemment dans tous les domaines de la prévention. Le virage préventif que nous appelons de nos vœux, pour être efficace, doit partir des déterminants de santé et mobiliser les politiques publiques ayant un impact

en la matière : éducation, culture, transports, logement, etc. Les collectivités locales et les acteurs des territoires en disposant des leviers d'action nécessaires ont à cet égard un rôle central à jouer. L'État devrait quant à lui se cantonner à la définition des grands objectifs et au cadrage des concertations. Les citoyens doivent en outre pouvoir prendre part aux réflexions. Cela signifie qu'il faut réfléchir au niveau territorial, par une approche populationnelle. Si nous faisons de la prévention « à l'insu du plein gré » des personnes, cela ne fonctionnera pas. Je ne suis donc pas un adepte du « nudge » très infantilisant. Il est selon moi préférable d'accompagner les citoyens pour leur permettre de faire des choix éclairés. La nécessité de déployer une approche intégrée de la santé publique, animale et environnementale de la santé n'est plus à démontrer. Nous savons que l'environnement a un impact sur la santé et inversement, comme en témoignent les trajectoires du réchauffement climatique et les potentielles épidémies à venir. Nous devons être volontaristes en la matière, voir quels sont les choix et les alternatives possibles. Cela nous oblige à la responsabilisation. Par ailleurs, les impacts du réchauffement climatique vont accroître les migrations de population, ce qui induit de repenser en profondeur notre prisme d'analyse sur ces questions et enjeux. Les questions de transition écologique et de décarbonation concernent bien le Monde dans sa globalité, nous devons collectivement changer de logique et rapidement puisqu'il y va de la survie de l'Humanité. Renoncer à certains de nos modes de vie apparaîtrait alors dérisoire.

LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES PRÉVOIENT UNE AUGMENTATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES. ESPÉRANCE DE VIE QUI DEVRAIT CEPENDANT ALLER DE PAIR AVEC L'AUGMENTATION D'INCAPACITÉS, IMPLIQUANT UNE AUGMENTATION

DES BESOINS DE SANTÉ. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR LA PLACE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA SOCIÉTÉ ? COMMENT APPRÉHENDEZ-VOUS LE CONCEPT DU “BIEN VIEILLIR” ?

Le regard de la société sur les personnes âgées doit changer. Nous devons sortir du dogme du jeunisme et nous questionner sur la manière dont nous faisons fonctionner les solidarités dans notre pays. Nous posons souvent la question des solidarités des jeunes envers les plus âgés, mais beaucoup moins en sens inverse. La question du partage du patrimoine est donc globalement absente des débats. Pourtant, alors que l'on hérite en moyenne à 63 ans, âge auquel sa vie n'est plus à construire, la concentration du patrimoine devrait nous interroger. Une société civilisée se mesure plus largement à son aptitude et son appétence à prendre soin des plus vulnérables. Nous devons donc réfléchir aux moyens qu'il faudrait déployer pour permettre à nos aînés de mener leur projet de vie dans de bonnes conditions chez elles lorsque cela est possible. Leur permettre de rester à domicile suppose cependant de disposer des ressources humaines nécessaires, ce n'est pas le cas aujourd'hui. Le virage domiciliaire ne pourra donc pas être pris si nous ne l'anticipons pas suffisamment. Par ailleurs, tout comme pour le handicap, si nous invisibilisons les personnes âgées parce que l'espace public n'est pas pensé pour qu'elles puissent s'y rendre cela ne fonctionnera pas. Nous devons donc revoir l'aménagement urbain (bancs, trottoirs accessibles, etc.). Nous aurions tout à gagner puisque si les personnes âgées sont en mesure de sortir et de se déplacer, elles continueront d'entretenir leur capacité musculaire et seront moins sujettes aux chutes. C'est un cercle vertueux.

LES DÉBATS - NOMBREUX - CES DERNIÈRES ANNÉES CONCERNANT LE DROIT DE MOURIR, L'EUTHANASIE AC-

TIVE OU LE SUICIDE ASSISTÉ, TÉMOIGNENT D'UNE PRÉOCCUPATION SOCIALE FORTE. QUEL DEVRAIT ÊTRE SELON VOUS LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ DANS LA RÉFLEXION SUR LA FIN DE VIE ? CONSIDÉREZ-VOUS QUE LE DISPOSITIF LÉGISLATIF ACTUEL SOIT SUFFISANT ?

Il y a deux sujets sur la fin de vie, celui de l'accès aux soins palliatifs et celui de l'accompagnement actif à mourir, suicide assisté ou euthanasie selon les situations. En ce qui concerne les soins palliatifs, on constate que dans un certain nombre de territoires la population n'y a pas accès faute d'offre. Chacun devrait pouvoir accéder aux soins palliatifs lorsqu'il est à l'hôpital, dans un établissement médico-social ou à domicile. Nous devons garantir l'accessibilité à ces soins partout et pour tous. Cela suppose un plan de rattrapage en termes de moyens, de formation et de recrutement. Concernant l'accompagnement actif à mourir, je suis à titre personnel un militant de la liberté et de l'émancipation. Je ne vois pas à quel titre nous devrions priver les personnes de ce choix. Je considère qu'il doit appartenir à chacun, pour ce moment ultime, dans le fort de ses convictions intimes, de décider sereinement de sa fin de vie. Cela ne veut évidemment pas dire qu'il ne faut pas mettre de garde-fous et être très attentif aux questions éthiques et déontologiques que cela pose. D'un point de vue législatif, la loi Claeys-Léonetti est une avancée importante, mais elle ne permet pas de répondre à toutes les situations. Certaines pathologies ne donnent pas droit à la sédation définitive et continue et cela ne permet donc pas à certains d'être accompagnés alors qu'ils savent que l'issue est inéluctable et ne bénéficient donc pas du droit à la dignité. De façon plus générale, la société doit se réinterroger sur ces questions. La mort est avant tout un moment humain qui fait partie de notre vie auquel nous ne pourrions pas échapper. À cet égard, il me semble important de



LA DÉMOCRATIE SE DÉLITE LORSQUE NOUS N'ARRIVONS PLUS À LA CULTIVER. IL FAUT VEILLER À NE JAMAIS OUBLIER QUE LA DÉMOCRATIE EST UN HORIZON QUE NOUS DEVONS AMÉLIORER EN PERMANENCE. CE N'EST JAMAIS ACQUIS !

parler dans les familles des directives anticipées pour dire ce que l'on souhaiterait lorsque le moment sera venu. Aujourd'hui, un peu comme c'est le cas de la naissance que nous avons hyper médicalisée, beaucoup plus que dans d'autres pays, nous sommes en train de médicaliser la mort. Cela doit nous questionner sur la société que nous voulons et sur la manière dont nous souhaitons traiter ces moments spécifiques de la vie que sont l'arrivée et le départ.

LE PLFSS 2024 A ÉTÉ ADOPTÉ LE 4 DÉCEMBRE DERNIER, SANS VOTE, EN APPLICATION DE L'ARTICLE 49 ALINÉA 3 DE LA CONSTITUTION. COMME L'ANNÉE DERNIÈRE, LE GOUVERNEMENT A VOULU ÉVITER LE RISQUE D'UN VOTE DÉFAVORABLE. QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR L'USAGE DE CE PROCESSUS DE « BLOCAGE POLITIQUE » ? PLUS LARGEMENT, LES ALERTES DÉMOCRATIQUES RENOUVELÉES SONT INQUIÉTANTES COMME LE MONTRENT LA PROGRESSION DE L'ABSTENTION ET LA DÉFIANCE TOUJOURS PLUS VIVE À L'ÉGARD DES DÉCIDEURS. PEUT-ON ENCORE INVERSER LA TENDANCE ?

Nous ne cultivons pas suffisamment la démocratie sociale et ne débattons pas comme il se devrait avec la société, que ce soit les partenaires sociaux ou les associations de patients. Si nous ne tenons pas compte de la parole des corps inter-

médiaires alors que le dialogue social fonctionne, cela conduit à des situations de blocage où les gens se replient sur des certitudes et sont en proie à la radicalité. La démocratie ne se vit pas en pointillé, c'est un processus continu. Si nous voulons que les parlementaires puissent faire leur travail et trouver des compromis, il faut avant tout que la démocratie ne soit pas une confrontation permanente de radicalités exacerbées où chacun campe sur ses positions. La démocratie, c'est respecter que ce ne soient pas nos convictions qui aient convaincu, c'est faire un pas vers l'autre. Force est de constater cependant qu'elle recule dans notre pays et que les citoyens sont trop peu associés aux décisions qui sont prises. Être citoyen dans une démocratie ce n'est pas seulement voter une fois tous les cinq ans. C'est s'intéresser à la chose publique, c'est jouer son rôle de vigie dans la cité. C'est pour cela que miser sur la démocratie en santé est un impératif. Nous devons permettre aux citoyens de s'élever vers la pleine citoyenneté pour faire des choix éclairés. Je suis un fervent défenseur de la démocratie pleine et entière, dans laquelle on responsabilise la population, dans laquelle on leur explique l'utilité et le sens de leurs cotisations, dans laquelle nous arrivons à trouver un juste équilibre entre solidarité et responsabilité individuelle et collective permettant l'émergence de comportements vertueux pour soi, et pour les autres. C'est par-

ce que notre pacte républicain repose sur cet équilibre subtil que la population doit contribuer aux réflexions et aux débats sur notre modèle social. Toutefois, progressivement, réformes après réformes, nous glissons vers une étatisation de notre système de protection sociale et nous laissons in fine le citoyen seul face à l'État pour sa protection sociale. Je pense que c'est une erreur profonde. La façon d'élaborer les réflexions et d'éclairer le débat doit être repensée pour permettre d'avoir différentes options et alternatives, pour que nous fassions des choix éclairés. C'est à travers la pratique démocratique que l'on redonnera du sens et du souffle. C'est une urgence si nous ne voulons pas arriver à des catastrophes démocratiques dans quelques années.

L'OPPROBRE JETÉ SUR LES CORPS INTERMÉDIAIRES, LE FAIBLE TAUX DE SYNDICALISATION ET UNE ADMINISTRATION FORTE ONT MUSÉLÉ D'UNE CERTAINE MANIÈRE LE DIALOGUE SOCIAL, TANT PAR LE RÉTRÉCISSEMENT DE SON CHAMP D'ACTION QUE PAR LES PROCESSUS DE SA SAISINE. OR, NOTRE DÉMOCRATIE A BESOIN DE CES CORPS INTERMÉDIAIRES, DE CETTE REPRÉSENTATION DES ASSURÉS SOCIAUX. LA PROTECTION SOCIALE EST-ELLE TOUJOURS L'ÉTENDARD DE NOTRE COHÉSION SOCIALE ? COMMENT REDONNER UN SOUFFLE NOUVEAU À NOTRE PACTE SOCIAL ?

Nous ne pouvons pas revenir à ce que nous avons construit en 1944, aux « jours heureux », puisque le contexte a changé, mais nous devons continuer à cultiver la philosophie qui a inspiré la création de notre modèle social pour que chacun puisse entreprendre, mener sa vie personnelle, familiale et professionnelle... tout en étant assuré que la collectivité, constituée de tous les citoyens, dans leur multiplicité et leur pluralité, jouera son rôle de filet de sécurité si un aléa sur-

vient. Nous consentons collectivement à être là pour les autres, à nous protéger mutuellement pour ne laisser personne au bord de la route. C'est ce que je trouve exceptionnel dans la promesse de la protection sociale, dont l'existence est conditionnée par la cohésion sociale. Nous devons avec l'appui des associations, des mutuelles, des acteurs de l'économie sociale et solidaire, des partenaires sociaux, des syndicats comme patronat et des politiques, restaurer une forme de citoyenneté sociale. Comme je le disais, le contexte a changé. Cela suppose de faire des choix en matière de prise en charge et de composer avec les marges de manœuvre dont nous disposons actuellement au regard des besoins et des pathologies qui émergent et qui nécessitent des moyens importants. Nous devons donc réinterroger nos priorités au regard des défis qui s'annoncent. Cependant, ces priorités ne doivent pas être décréetées. Il faut en débattre collectivement et expliquer aux citoyens que nous devons faire des choix et définir ce qui devrait ou non relever de la socialisation. C'est comme cela, selon moi, que nous pourrions réenchanter la démocratie. C'est d'ailleurs dans cette optique que je suis engagé avec la Mutualité Française au sein du Pacte du pouvoir de vivre. Plus la population comprendra la complexité des sujets, des enjeux et se posera les bonnes questions, plus il sera aisé de lui donner envie de recréer des liens de solidarité. Les citoyens subiront de surcroît moins violemment les grandes transformations dans lesquelles nous sommes engagés. Nous pourrions de cette manière recultiver la nuance qui nous fait défaut et permettre l'émergence de consensus. La démocratie se délite lorsque nous n'arrivons plus à la cultiver. Il faut veiller à ne jamais oublier que la démocratie est un horizon que nous devons améliorer en permanence. Ce n'est jamais acquis ! ■

PROPOS RECUEILLIS PAR FABIEN BRISARD, DIRECTEUR GÉNÉRAL, ET ANAÏS FOSSIER, DIRECTRICE DES ÉTUDES ET DES RELATIONS PUBLIQUES DU CRAPS

INTERVIEW

**PR. LIONEL
COLLET**

*PRÉSIDENT DE LA
HAUTE AUTORITÉ
DE SANTÉ*

VOUS ÊTES DEPUIS QUELQUES MOIS À LA TÊTE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS), POUR UN MANDAT DE 6 ANS. QUELS SONT LES GRANDS TRAVAUX QUE VOUS SOUHAITEZ ENTREPRENDRE DURANT CELUI-CI ?

La Haute Autorité de santé (HAS) a une mission singulière dans le paysage des organismes publics d'expertise en santé puisqu'elle a pour mission d'expertiser la qualité du système de santé et qu'elle a été créée à des fins de régulation de ce système par la qualité et l'efficacité. C'est une autorité publique indépendante, caractérisée par son indépendance, sa transparence et sa rigueur scientifique, sur laquelle repose l'ensemble de ses avis et décisions. La Haute Autorité de santé a donc pour mission d'évaluer les produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux...) à des fins de régulation, de faire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le domaine sanitaire, social et médico-social, de certifier les établissements de santé et d'évaluer les établissements sociaux et médico-sociaux.

Mes objectifs sont très clairs. Je souhaite garantir la qualité, la rigueur scientifique des expertises et répondre à des attentes sociétales qui portent notamment sur la réduction des délais d'évaluation des produits de santé en vue de leur remboursement. L'innovation thérapeutique est en plein essor, avec une augmentation significative du nombre de traitements disponibles. Cependant, l'introduction de ces innovations sur le marché dépend

d'une évaluation approfondie devant tenir compte du niveau de risque pour les patients et de l'évaluation de la qualité, l'efficacité et l'efficacité des médicaments et traitements.

Nous savons par ailleurs que l'intelligence artificielle (IA) et les outils numériques dans le champ de la santé occupent une place de plus en plus centrale. La HAS est très investie dans le secteur de la e-santé et l'essor croissant des nouvelles technologies implique de pouvoir rendre des avis sur la qualité et la sécurité des outils pouvant modifier les organisations.

Nous souhaitons aller encore plus loin en interrogeant la place que pourrait occuper l'intelligence artificielle dans le fonctionnement de la HAS, et plus singulièrement sur ce qui, dans nos travaux, pourrait relever de l'IA. Nous souhaitons également interroger la place de la santé et de l'environnement dans nos évaluations. En effet, lorsque nous évaluons un médicament ou un dispositif médical, nous devons nous

questionner sur son devenir une fois qu'il n'a plus d'utilité. La feuille de route « santé et environnement » de la HAS qui vient d'être publiée ouvrira ainsi la voie à de nouveaux critères d'évaluation de nos produits en ajoutant des critères d'ordre environnemental.

Enfin, le troisième chantier que je souhaiterais voir évoluer concerne la place de la HAS au niveau européen et international. Un règlement européen de 2021, qui entrera en application en 2025, va modifier l'instruction des demandes d'évaluation des produits de santé. Au-

**JE SOUHAITE
GARANTIR
LA QUALITÉ,
LA RIGUEUR
SCIENTIFIQUE
DES EXPERTISES
ET RÉPONDRE À
DES ATTENTES
SOCIÉTALES**

jourd'hui, chaque industriel disposant d'un médicament doit demander à chaque pays de l'Union européenne de l'évaluer. L'entrée en application de ce règlement va changer la donne puisque l'évaluation sera désormais commune. Chaque pays devra bien sûr continuer à apprécier les produits étant donné que la santé n'est pas une compétence européenne, mais l'instruction sera partagée. Cela signifie plus globalement que la HAS sera davantage sollicitée.

Il me paraît essentiel que la France soit plus présente dans l'élaboration des procédures et des méthodes de l'évaluation clinique commune. La loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a en outre permis à la HAS d'entreprendre des actions de coopération internationale. C'est une très bonne chose. La HAS doit faire connaître ses méthodes, les promouvoir et encourager d'autres pays à les adopter. Son modèle est d'ailleurs reconnu, qu'il s'agisse de son référentiel, son organisation et sa formation des experts-visiteurs. À cet égard, son positionnement au niveau international et européen doit être renforcé. L'expertise de la qualité ne peut pas se limiter aux frontières de notre pays ou de l'Europe.

L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET PLUS LARGEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EST UNE NÉCESSITÉ. QUELLES SONT LES PRIORITÉS DE

LA HAS EN LA MATIÈRE ?

Si nous raisonnons en matière de qualité des soins, nous sommes bien au-delà du champ sanitaire, puisque nous évaluons également l'accompagnement des personnes dans le secteur social et médico-social faisant ainsi écho à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui l'appréhende comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Nous ne sommes donc pas simplement dans une logique d'évaluation du soin, mais dans une logique de parcours de santé dans nos évaluations. Nos recommandations se fondent par conséquent sur des parcours comme c'est le cas par exemple pour notre dernière recommandation visant à optimiser le parcours de santé des personnes atteintes d'épilepsie en France et plus globalement sur tout ce qui relève des dispositifs d'amélioration de la qualité. Nous devons avoir une vision très globale allant du soin au social et au médico-social.

CERTAINES INQUIÉTUDES SUR LE DÉFICIT DE MOYENS ET DE RESSOURCES AUQUEL EST CONFRONTÉE LA HAS ONT ÉTÉ FORMULÉES. QUEL EST VOTRE REGARD SUR LE SUJET ? A-T-ELLE ENCORE LES MOYENS D'EXERCER SES MISSIONS ?

En matière de moyens financiers, la HAS a une particularité puisque ces derniers proviennent pour l'essentiel de la Loi de

financement de la Sécurité sociale (LFSS). Cette année, il y a eu dans le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) un re-basage nous permettant d'assurer nos missions, mais nous devons prendre des mesures internes au regard de la baisse de budget que nous connaissons. Il est donc indispensable que la dotation prévue dans la Loi de financement de la Sécurité sociale soit augmentée. Outre la question du budget, nous avons un déficit de moyens humains. Le plafond d'emplois dont nous disposons s'avère insuffisant même si cette année le Projet de loi de finances (PLF) prévoit une augmentation, puisque 5 équivalents temps plein ont été ajoutés. C'est un bon début, mais il est crucial que cette dynamique se poursuive les prochaines années.

Nous allons dans la bonne direction, mais nous ne disposons pas encore de tous les moyens nécessaires. Pour rappel, lors de la création de la HAS en 2004, seul un article de loi dans le Code de la sécurité sociale définissait ses missions. Cet article en est aujourd'hui à sa trentième version, principalement en raison de l'attribution de nouvelles missions. Missions qui sont donc de plus en plus nombreuses, mais avec des moyens qui n'ont pas nécessairement été ajustés. Ces ajouts successifs révèlent l'attente des pouvoirs publics et c'est très positif. Toutefois, si la HAS en tant que garante de la qualité de système de soins et de santé en général a le devoir de promouvoir un haut niveau de qualité, le manque de moyens pourrait conduire à une dégradation de son activité.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES ONT VOCATION À FAIRE PROGRESSER L'ÉTAT DE LA CONNAISSANCE ET À DIFFUSER L'INFORMATION, NOTAMMENT SCIENTIFIQUE. COMMENT LES ASSOCIER DE FAÇON PERTINENTE À LA CONDUITE DES TRAVAUX DE LA HAS ?

Les recommandations de bonnes pratiques sont aujourd'hui élaborées par la HAS ou

par les sociétés savantes. Je considère que les sujets soumis à fortes controverses doivent rester l'apanage de la HAS du fait de l'indépendance des experts et du contrôle très strict des conflits et liens d'intérêts. S'il s'agit d'un sujet d'importance ne faisant pas l'objet de controverses, les sociétés savantes peuvent s'en saisir. Si le sujet n'est pas soumis à controverses, mais pouvait le devenir, nous pourrions fonctionner dans une logique de partenariat. Je suis convaincu qu'il est nécessaire que les recommandations se multiplient. Cela pourrait se concrétiser en déléguant aux sociétés savantes des travaux labellisés par la HAS sous réserve que ces instances respectent un cahier des charges très strict en matière de liens et de conflits d'intérêts.

En clair, l'idée est de travailler de concert avec les sociétés savantes pour que leurs recommandations répondent aux critères d'exigence de la HAS sur le plan notamment de l'indépendance et qu'elles soient in fine labellisées par la HAS. Je vois cette possibilité avec un grand intérêt à la fois en termes de qualité, d'augmentation du nombre de recommandations et de simplification pour les professionnels qui ne verront ainsi qu'une seule recommandation validée et labellisée et non plusieurs recommandations conduisant parfois à une complexité préjudiciable. Je considère plus globalement que développer le dialogue et les partenariats avec les acteurs présents dans l'écosystème naturel de la HAS - dont les sociétés savantes - est indispensable. Indépendance ne veut pas dire absence de dialogue !

QUELLE EST LA STRATÉGIE DE LA HAS POUR RÉPONDRE AUX DÉFIS IMPOSÉS PAR L'ESSOR TRÈS RAPIDE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET DES AVANCÉES TECHNOLOGIQUES NOTAMMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ?

Il faut tout d'abord rappeler que nous évaluons ce que les lois et les règle-

ments prévoient que nous évaluons. Nous n'évaluons par exemple pas les dispositifs médicaux, les objets connectés ou les solutions d'IA à usage exclusif des professionnels de santé. Toutefois, ce n'est pas parce que nous ne l'évaluons pas que cela ne nous intéresse pas. Nous avons d'ailleurs proposé il y a quelques mois un guide d'aide au choix des dispositifs médicaux numériques à usage des professionnels de santé. Ce guide a vocation à éclairer le praticien sur la manière de choisir des logiciels d'aide au diagnostic ou à la prescription pour éviter des erreurs médicamenteuses. Nous sommes donc présents sur ce champ, mais nous ne sommes pas tenus de l'évaluer.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux numériques, une disposition légale prévoit entre autres la prise en charge anticipée d'un dispositif médical numérique (PECAN). Nous le faisons, notamment en oncologie, et nous avons mis en place une technique d'évaluation. Il a également été prévu par la loi que nous devions évaluer les dispositifs de télésurveillance, ce que nous faisons actuellement. En résumé, la HAS met en œuvre les missions prévues par les textes législatifs et réglementaires tout en étant opérationnelle sur les évolutions relatives aux outils numériques, et à l'IA en santé. La véritable difficulté étant que ce domaine connaît un essor rapide et que les dossiers à évaluer seront de plus en plus nombreux, nous devons donc être en mesure de les traiter et donc d'avoir

suffisamment de moyens.

L'ACCÈS PRÉCOCE AUX MÉDICAMENTS INNOVANTS EST ACCORDÉ PAR LA HAS DEPUIS LE 1^{ER} JUILLET 2021, APRÈS AVIS DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ (ANSM). QUEL EST LE BILAN AUJOURD'HUI ?

Le bilan du nouveau mécanisme d'autorisation d'accès précoce, deux ans après sa mise en œuvre, est très positif puisque 80 % des médicaments soumis à ce dispositif ont reçu un avis précoce. Au total, plus de 100 000 personnes en situation d'impasse thérapeutique ont pu bénéficier de ces traitements. Ces demandes concernent principalement des médicaments présumés innovants qui répondent à des besoins thérapeutiques non couverts, destinés à des patients atteints de maladies graves, rares ou invalidantes, dont le traitement ne peut être différé. Ce dispositif d'autorisation d'accès précoce est de plus en plus sollicité par les industriels comme en témoignent les plus

de 250 demandes déposées en 2 ans et le nombre de dossiers en augmentation chaque trimestre. J'espère que ce sera également le cas des sociétés savantes et des associations de patients. Je tiens par ailleurs à souligner que nous arrivons à respecter, malgré un laps de temps court, le délai d'instruction réglementaire des dossiers fixé à 90 jours.

LA HAS MET EN ŒUVRE LES MISSIONS PRÉVUES PAR LES TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES TOUT EN ÉTANT OPÉRATIONNELLE SUR LES ÉVOLUTIONS RELATIVES AUX OUTILS NUMÉRIQUES, ET À L'IA EN SANTÉ

L'INFORMATION, NOTAMMENT SCIENTIFIQUE, N'A JAMAIS CIRCULÉ AUSSI LIBREMENT. TOUTEFOIS, IL EST SOUVENT COMPLIQUÉ D'AVOIR ACCÈS À DES INFORMATIONS FIABLES. À CET ÉGARD, LA HAS PEUT-ELLE JOUER UN RÔLE DANS L'ÉDUCATION SCIENTIFIQUE DES CITOYENS ?

La HAS travaille aux côtés des pouvoirs publics dont elle éclaire la décision au bénéfice des usagers et des patients dont elle renforce la capacité à faire des choix.

Elle a en effet vocation à aider les citoyens à rechercher une information scientifiquement validée par des données probantes et par des experts exempts de tout lien ou conflit d'intérêts, sur un vaccin, un dispositif médical ou une prise en charge par exemple.

La HAS, en promouvant les bonnes pratiques et le bon usage des soins, participe à l'information du grand public et à améliorer la qualité de l'information médicale.

UN DERNIER MOT ?

Le nom de la HAS est généralement assez connu, mais son rôle et ses missions le sont moins, alors même qu'elle est au service de tous. Il est important que les usagers prennent conscience que s'ils peuvent bénéficier d'un médicament remboursé par l'Assurance maladie c'est parce qu'il a été évalué au préalable par la HAS et que si les prises en charge sont de grande qualité c'est parce qu'elles reposent sur des recommandations qu'elle a élaborées. De la même manière, si les patients peuvent bénéficier d'une innovation thérapeutique par un accès précoce, c'est bien parce que la HAS l'a décidé.

PROPOS RECUEILLIS PAR FABIEN BRISARD, DIRECTEUR GÉNÉRAL, ET ANAÏS FOSSIER, DIRECTRICE DES ÉTUDES ET DES RELATIONS PUBLIQUES DU CRAPS

Enfin, c'est parce que la HAS rend accessibles les résultats de la certification des établissements de santé qu'il est possible d'être informé sur la qualité d'un établissement. Il me paraît donc fondamental, au regard de son rôle central, que la HAS gagne en notoriété et notamment auprès des usagers et des patients que nous associations d'ailleurs très fréquemment à la conduite de nos travaux ■



Avec plus de 20 millions de passages par an, les urgences accueillent chaque année près d'un Français sur six au sein des centres hospitaliers. Ce volume de patients est à comparer aux près de 18 millions d'hospitalisations, ou aux 100 millions de consultations réalisées par les médecins généralistes pour se rendre compte de toute l'importance que revêtent les urgences dans la prise en charge quotidienne de la santé des Français.

Et la tendance générale du poids des urgences dans la prise en charge est à l'augmentation. Avec 3,5 % de croissance moyenne par an depuis 20 ans, cette progression générale va bien au-delà des seuls besoins liés à l'évolution démographique de la population française, ce qui tend à indiquer qu'il n'y a aucune raison pour qu'elle ralentisse spontanément au cours des prochaines années.

Face à cela, le temps médical disponible aux urgences stagne depuis 10 ans voire diminue en lien notamment avec la réforme du temps de travail des urgentistes de 2014 tant et si bien qu'on observe un décrochage total entre le volume de patients accueillis, qui a doublé ces vingt dernières années, et les capacités de prise en charge.

La situation devient progressivement explosive avec des personnels dont les conditions de travail se détériorent au point de devenir insupportables et des services qui organisent leur fermeture face à un afflux massif estival qu'ils ne peuvent prendre en charge dans des conditions de sécurité satisfaisantes¹.

L'État a, bien sûr, pris la mesure du problème et tente d'endiguer le phénomène de fermeture et de désamour du corps médical vis-à-vis des urgences. La réforme du temps de travail visant à



1- Durant l'été 2023, au moins 163 services d'urgence sur les 691 ont été contraints de fermer « faute de ressources humaines », dont 43 % à plus de dix reprises.

L'URGENCE DES URGENCES ?

PAR
EUROGROUP-CONSULTING

MANON FALQUET
SUPERVISING SENIOR SECTEUR SANTÉ SOCIAL SOLIDARITÉ

CÉLINE BARBOTIN
MANAGER SECTEUR SANTÉ SOCIAL SOLIDARITÉ

ANATOLE DUFOUR
MANAGER SECTEUR SANTÉ SOCIAL SOLIDARITÉ

ARNAUD MORIGAUT
ASSOCIÉ SANTÉ PUBLIQUE

pha et l'oméga d'un système de santé où chaque professionnel se recentre sur le cœur de son activité faute de pouvoir absorber tous les besoins et soucieux de préserver un confort de vie conforme aux nouveaux équilibres de notre société.

Dans ces conditions, l'équation semble relativement insoluble et l'on est en droit de s'interroger s'il est encore possible de sauver les urgences d'une noyade annoncée ?

LE BESOIN DE PRISE EN CHARGE ET LA NOTION D'URGENCE CONSTITUENT LE PREMIER PROBLÈME DES URGENCES EN FRANCE

S'il est complexe d'identifier précisément les causes de l'augmentation de la fréquentation des urgences, les facteurs démographiques ne semblent pas suffisants pour expliquer en totalité le phénomène.

encadrer la charge de travail des médecins urgentistes, les nouvelles modalités de rémunération plus favorables afin de limiter le recours à l'intérim, les investissements majeurs notamment en post-Ségur afin de remettre à niveau des infrastructures devenues inadéquates au regard de l'explosion du nombre de prises en charge sont autant d'efforts réalisés par la collectivité pour pérenniser les urgences.

Mais, ouvertes en continu avec l'obligation de prendre en charge tout patient qui se présente, les urgences sont progressivement devenues l'al-

Certes, l'accroissement de la population engendre mécaniquement une augmentation continue du besoin de santé et de la fréquentation des urgences. Néanmoins, si la croissance d'activité des services d'urgences se situe autour de 3,5 % par an depuis 20 ans, la population française, elle, ne croît que de 0,5 % par an en moyenne sur cette période.

De même, si le vieillissement de la population a un impact sur la consommation de soins² et la pression sur les services d'urgences, cette tendance ne permet pas d'expliquer la totalité des

2- Près de 40 % des personnes âgées de plus de 84 ans ont fréquenté un établissement de santé MCO en 2020 contre 19 % pour la population générale - Rapport d'évaluation des politiques de Sécurité sociale 2023, annexe 1 – Maladie.

passages supplémentaires. En effet, entre 2013 et 2019, la hausse des passages aux urgences est de 5,4 millions³ (16,6 millions en 2013 contre 22 millions de passages en 2019 soit +32 %). Or, sur ces 5,4 millions supplémentaires, seulement 436 000 sont liés à des patients âgés de plus de 80 ans. Si les passages aux urgences des personnes âgées augmentent plus rapidement qu'en population générale (+22 % contre +19 %), avec un impact attendu important, le vieillissement ne permet pas seul d'expliquer la pression accrue sur les urgences.

Pour expliquer l'augmentation observée, il convient donc de s'interroger sur nos comportements, notre rapport à la santé et donc considérer le sujet comme un phénomène de société.

Un meilleur accès à l'information médicale (cf. le succès des différents sites d'informations médicales), une sensibilité plus fine aux questions de santé accompagnée par des campagnes renfor-

cées de prévention en santé publique font évoluer le rapport des Français à leur santé. Les indicateurs de santé publique sont ainsi en amélioration depuis plusieurs années (baisse du tabagisme, de la consommation d'alcool...).

Ce mouvement en faveur de la santé s'est accompagné d'une augmentation importante de la consommation de soins par les ménages entre les années 1980 et le début du siècle. Ainsi, en 1980, un Français avait en moyenne 4 contacts par an avec un médecin contre 7 au début des années 2000⁴.

Outre l'effet volume généré par ce changement de comportement des Français, un facteur sociologique lié à l'offre de soins intervient dans l'augmentation du volume des urgences : les médecins libéraux d'aujourd'hui n'exercent plus de la même manière qu'hier.

Suivant une évolution globale de la société plus sensible aux enjeux d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, aux questions de qualité de vie... la pratique des médecins évolue. Ainsi, les visites à domicile sont en diminution, le volume de travail annuel diminue et les prises en charge urgentes de jour comme de nuit baissent au profit des consultations programmées. Cette transformation de la médecine de ville est un élément explicatif complémentaire à l'activité des urgences qui, ce faisant, a abandonné progressivement l'activité non programmée dans les cabinets de ville.

Pour éclairer pleinement le débat, d'autres facteurs, plus complexes à objectiver, sont couramment évoqués par les professionnels de terrain, au contact des patients dans les différents SAU du territoire et ne sont pas à écarter :

- Le système consumériste dans lequel la santé tend à devenir

un bien de consommation comme un autre, devant répondre aux mêmes exigences que le secteur marchand : il nous faut désormais notre prescription à n'importe quelle heure du jour et de la nuit ;

- L'évolution maintenant consommée du modèle familial avec la disparition des familles élargies qui pouvait apporter un soutien et un support, notamment pour les personnes âgées ;
- L'augmentation de la dimension « hors soins » dans les prises en charge, avec une part de patients précaires relevant davantage de l'urgence sociale que médicale⁵.

Enfin, la gratuité des services d'urgences, régulièrement avancée dans le débat public, a pu constituer une incitation à la fréquentation des hôpitaux, partiellement inopérante depuis l'instauration du Forfait patient urgences (FPU) qui prévoit une participation du patient aux frais médicaux⁶. L'effet de ce mécanisme peut néanmoins être interrogé, les mutuelles prenant en charge la totalité du forfait, de plus en plus souvent de manière transparente pour le patient grâce au tiers payant.

L'ensemble de ces phénomènes conduisent dès lors des services d'urgence à accueillir une majorité de patients souffrant de pathologies simples et non vitales qui pourraient être prises en charge dans un cabinet de médecine générale ou un centre de santé équipé d'un plateau technique réduit (prélèvements sanguins simples, radiologie). En 2022, ces patients, finalement non urgents, représentaient 80 % des passages aux urgences, part relativement stable depuis plusieurs années⁷.

FACE À CE TABLEAU, LA TENTATION DE RÉGULER L'ACCÈS AUX SERVICES

D'URGENCES EST GRANDE

Dans un premier temps, plutôt que d'imposer une solution coercitive qui risquerait d'être mal vécue par les malades et les médecins, l'État a privilégié un système incitatif via le Service d'accès aux soins (SAS).

Nouveau service d'orientation de la population dans leur parcours de soins en France, il permet aux patients confrontés à un besoin de soins urgents ou non programmés, et lorsque l'accès à leur médecin traitant n'est pas possible, d'accéder à tout moment et à distance à un professionnel de santé. Les patients peuvent ainsi bénéficier d'un conseil médical, d'une téléconsultation, d'une orientation vers une consultation de soins non programmée en ville, ou vers un service d'urgence. Le SAS est accessible 24 h/24 et 7 j/7 via une plateforme téléphonique.

Instauré en 2022 et avec 31 SAS opérationnels en France, il est encore trop tôt pour pouvoir conclure quant à l'efficacité du dispositif. Néanmoins, force est de constater que si l'idée est ingénieuse, sa mise en œuvre se confronte toujours à

la problématique de la démographie médicale. Pour réorienter une partie du flux de patients légers (« bobologie ») vers la ville, encore faut-il qu'il y ait des médecins en capacité d'absorber des consultations supplémentaires non programmées : un chiffre parlant, un tiers des Français vivent dans une zone considérée par les pouvoirs publics comme fragile en termes de densité médicale⁸.

Autre mesure envisagée, celle de la régulation pure et simple de l'accès aux urgences. Relativement soutenue par la profession, cette mesure vise à permettre aux services de réguler l'entrée en filtrant les passages, principalement par le SAMU ou par une réorientation en amont de la

80 %
DES PASSAGES
AUX URGENCES,
EN 2022,
ÉTAIENT FINALEMENT
NON URGENTS

3- Source SAE enquête 2022 et 2013.

4- Source OCDE – consultations médicales tout professionnel et tout mode d'exercice.

5- Voir notamment le rapport d'information sur les urgences hospitalières du Sénat du 26 juillet 2017.

6- Forfait standard fixé à 19,61 €.

7- Panorama des urgences – FEDORU : les CCMU 1 & 2 représentent 79,2 % des passages aux urgences enregistrés.

8- 30 % des Français sont installés dans une Zone d'intervention prioritaire. Ces zones sont définies au niveau régional par les ARS, selon des critères nationaux. Source : rapport d'information du 29 janvier 2020 du Sénat sur les déserts médicaux.

prise en charge. Ce dispositif expérimenté par le CHU de Bordeaux durant la crise de 2022 s'est généralisé sur une quarantaine d'établissements particulièrement en difficulté. Les volumes de patients accueillis ont immédiatement diminué de 25 à 30 %.

Le dernier décret relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence paru en décembre 2023 officialise cette possibilité et l'étend sous condition, avec dorénavant la possibilité pour un hôpital de mettre en place un tri physique à l'entrée des urgences assuré par un infirmier, sous la responsabilité d'un médecin.

En dépit des questionnements naturels sur le recours des Français aux urgences, une réflexion sur l'organisation des urgences doit être menée.

Au-delà de la question de l'augmentation perpétuelle du flux de patients accueilli dans les urgences, il est indispensable de s'interroger sur la bonne organisation de notre réponse aux besoins liés à l'urgence médicale.

Un service d'urgences accueille en moyenne 32 000 patients par an.

Néanmoins, ce chiffre masque des disparités importantes en termes d'activité, avec 18 % des services d'urgences (125) recevant moins de 15 000 patients par an, soit 40 patients par jour. Ces structures prévoient généralement la présence simultanée H24 et 7 jours sur 7 de deux médecins (dont un affecté aux sorties SMUR) pour une activité moyenne d'un patient par heure en nuit profonde (minuit-8 h), et deux par heure en journée (hors sorties SMUR évoquées ci-dessous). À l'opposé, 26 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an, soit au minimum 110 patients par vingt-quatre heures. Ces services les plus importants assurent près de 48 % de l'ensemble des passages aux urgences⁹.

Face à ces disparités, il est indispensable de s'interroger sur les choix réalisés dans l'organisation et le maillage territorial des soins urgents, afin d'assurer une affectation optimale des ressources médicales, particulièrement rares. Pour poser le problème explicitement, ne faudrait-il pas rationaliser l'offre et limiter le nombre de services de petite taille, dont la présence est certes rassurante, mais aussi très consommatrice en médecins, afin de renforcer les services plus importants qui voient leurs conditions de travail et leur attractivité se détériorer ?

Cette question naturelle, mais épineuse doit être regardée à l'aune du service rendu à la population. Elle revêt un caractère éminemment politique dans la mesure où les élus voient dans ces services d'urgence un outil indispensable, dont la disparition dans certaines zones faiblement peuplées pourrait faire peser un risque pour les populations. La réalité est cependant un peu différente.

Tout d'abord, et cela a déjà été évoqué, 80 % de l'activité aux urgences ne relève pas de l'urgence. Les urgences vitales sont très majoritairement régulées en amont par le SAMU, qui déclenche alors l'envoi d'un camion SMUR avec un médecin qui se déplace au plus près du patient. Le nombre d'urgences vitales qui arrivent sans régulation et transport médicalisé par la porte d'entrée des urgences est extrêmement faible, quelle que soit la taille de l'hôpital. D'autre part, ces petits SAU sont implantés dans des établissements dont le plateau médico-technique est modeste et qui ne disposent donc généralement pas des compétences et équipements adéquats pour prendre en charge les urgences les plus graves. Dans l'intérêt du patient, les ambulances SMUR orientent les patients les plus graves vers des services d'urgence de taille plus conséquente. Des filières spécifiques sur les pathologies les plus graves (ex. grands traumatisés, AVC, etc.) sont

d'ailleurs formalisées sur les territoires avec des établissements clairement identifiés pour assurer ces prises en charge de pointe.

Les SAU, ayant une activité faible, adressent donc, en dehors de leur unité SMUR, des prises en charge très majoritairement modestes faites de bobologie et de décompensation du sujet âgé en provenance du domicile ou des EHPAD et qui peinent à trouver des solutions en ville.

Si l'enjeu de la proximité dans la réponse aux besoins de santé ne doit pas être oublié, un nouvel équilibre entre proximité et rationalisation de l'expertise de médecine d'urgences doit donc être réfléchi afin d'assurer la pérennité du système. Il est ainsi probable que l'on se dirige de plus en plus vers une concentration des services d'urgences avec une logique de taille critique à atteindre, un adossement à des établissements disposant de plateaux techniques étoffés, et une réduction des SAU de taille plus modeste ou a minima leur transformation en unités SMUR ou en antennes médicales ouvertes uniquement en journée dans des zones faiblement peuplées.

C'est d'ailleurs tout le sens du dernier décret 2023-1376 du 29 décembre 2023 qui introduit la notion d'antenne médicale d'urgence, nouvelle structure à mi-chemin entre le centre de soins non programmés et le Service d'accueil des urgences. Ces antennes seront dotées d'un SMUR sur le même site pour les urgences vitales, d'une équipe commune avec les services d'urgences du territoire, et d'une amplitude d'ouverture d'au moins 12 heures de service continu, tous les jours de l'année.

Au-delà de la prise en charge au sein des services d'accueil des urgences, la question de l'organisation des SMUR mérite également une attention particulière. On décompte 427 sièges de SMUR en France qui en moyenne sortent 1 243 fois par an, soit 3,5 fois par jour, pour prendre en charge des urgences sur les territoires. Chaque SMUR possède en moyenne 6 médecins pour assurer cette permanence des soins. Cette activité indispensable est néanmoins consommatrice de ressources et, dans la période de pénurie médicale que nous connaissons, il est indispensable

d'utiliser le temps médical de ces médecins SMURISTES de manière optimisée. Or, à l'instar des SAU, toutes les sorties SMUR ne relèvent pas de l'urgence vitale, voire d'une prise en charge médicale.

En effet, la France a historiquement basé son modèle de secours préhospitaliers sur une médicalisation des prises en charge, avec des SMUR embarquant systématiquement un médecin urgentiste, envoyés après une régulation médicale assurée par le SAMU, afin de prodiguer les premiers soins et stabiliser le patient sur place avant de le transporter vers l'hôpital (modèle Stay & Play). Le modèle anglo-saxon repose en revanche sur une vision « secouriste » de la prise en charge des patients, c'est-à-dire l'envoi d'un véhicule non médicalisé, mais embarquant des secouristes paramédicaux en charge de ramener rapidement le patient vers les urgences où les médecins le prendront en charge (modèle Scoop & Run).

Aujourd'hui, la tension sur les ressources conduit à remettre en question ce dogme et à mettre en place des équipes d'interventions paramédicales envoyées en lien avec les SMUR médicalisés et dans l'attente de son arrivée ou seules lorsque la situation clinique ne nécessite pas obligatoirement l'intervention d'un médecin urgentiste. C'est le sens des EPMU, mises en place de manière dérogatoire depuis 2021, et des UMP-H introduites par le décret de décembre 2023.

Par ailleurs, émerge également la possibilité de renforcer le rôle des héliSMUR, qui pour certains sont relativement peu mobilisés, alors même qu'ils peuvent apporter un gain de temps notable pour les longues elongations.

Les Services départementaux d'incendie et de secours qui ont pour missions d'assurer le secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation doivent être associés à ces réflexions. En effet, l'objectif d'optimisation des ressources doit conduire collectivement les acteurs du transport à renforcer les coopérations SAMU, SDIS, voire ambulances privées pour construire une approche globale.

9- Source DREES.

DES URGENCES PRISES EN ÉTAU ENTRE DES BESOINS DE SANTÉ ET UNE OFFRE HOSPITALIÈRE QUI N'EST PLUS ADAPTÉE

La presse, les associations de patients, les professionnels eux-mêmes se font tous l'écho de la saturation récurrente des services d'urgence. Nombreuses sont les images de services débordants de brancards installés dans les couloirs, ou dans des zones logistiques non équipées pour l'accueil des patients.

Derrière cette réalité, où parfois plus de 50 patients s'agglutinent au sein des urgences, se cache une question profonde d'organisation du système hospitalier. Car, aujourd'hui, si les urgences sont en difficulté pour accueillir l'ensemble des patients à leur porte, elles le sont encore plus pour prendre en charge ceux d'entre eux qui nécessitent d'être hospitalisés et suivis par un spécialiste.

Alors, certes, les questions de démographies médicales touchent la communauté médicale dans son ensemble, mais ce phénomène d'embolisation des urgences trouve également ses racines dans une organisation des lits et des services défailante.

Défaillante d'une part, car le nombre de lits dans nos établissements de santé a largement diminué ces 20 dernières années, en lien avec la mise en place du virage ambulatoire. Pour forcer un système à adopter ce nouveau mode de prise en charge conforme aux pratiques modernes, l'État a réduit drastiquement les lits au sein des établissements.

Défaillante, d'autre part, en lien avec l'absence

de soignants en nombre suffisant pour assurer les soins autour des lits installés. L'épidémie de la COVID a poussé une communauté soignante usée en dehors de l'hôpital. Dans le même temps, l'augmentation de la charge de travail s'est traduite par un renforcement du nombre de soignants par patients. Ce double phénomène conduit les établissements dans une impasse, incapables sur le plan des ressources à ouvrir les lits autorisés par l'administration par manque de personnels.

AU CŒUR DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR NOS URGENCES, SE CACHE LE DÉCALAGE ENTRE LE TEMPS MÉDICAL DISPONIBLE AUX URGENCES ET LES BESOINS DES PATIENTS. CERTES, DES OPTIMISATIONS D'ORGANISATION SONT POSSIBLES, MAIS LA QUESTION DU MÉTIER ET DU STATUT D'URGENTISTE EST UNE PROBLÉMATIQUE À PART ENTIÈRE

Défaillante, enfin, car la répartition des lits par spécialité ne correspond plus aux besoins de prise en charge des patients accueillis par les urgentistes en 2024. L'organisation des services consacre la majeure partie des capacités d'hospitalisation aux médecines de spécialité quand aujourd'hui le patient en post-urgence est avant tout âgé et polypathologique. Ce décalage s'explique à la fois par la jeunesse de la gériatrie¹⁰, qui n'est sans doute pas reconnue au même titre que les autres disciplines, mais également par une difficulté plus profonde de transformation de l'hôpital public qui s'appuie toujours sur un modèle organisationnel des années 80.

Conscient de cette difficulté, et dupliquant le modèle américain, l'État met progressivement en place des gestionnaires de lits pour optimiser l'utilisation des capacités d'accueil indépendamment des spécialités. Cette logique d'optimisation hôtelière rencontre néanmoins des difficultés de mise en œuvre. Elle nécessite d'abord un changement important des mentalités, l'hébergement nécessitant de faire évoluer les pratiques des équipes médicales qui peuvent y voir une perte de chance pour le patient. Mais pour être pleinement effi-

10- La gériatrie n'est reconnue comme spécialité que depuis 2004.



LE MANQUE DE RENOUVELLEMENT GÉNÉRATIONNEL PLONGE ALORS LE SYSTÈME DES URGENCES DANS UNE SPIRALE INFERNALE OÙ LES JEUNES PRÉFÈRENT SE DÉTOURNER DE L'HÔPITAL PUBLIC AU PROFIT DU PRIVÉ ET LES MÉDECINS LES PLUS ÂGÉS, NE SUPPORTANT PLUS LA PÉNIBILITÉ DES GARDES ET EN L'ABSENCE D'UNE GESTION DES CARRIÈRES AU SEIN DE LA FILIÈRE, SE RÉORIENTENT VERS D'AUTRES DISCIPLINES

cace, la question de la frontière entre les services devra être interrogée remettant en cause profondément l'organisation du travail médical au sein de l'hôpital quitte à déplacer le médecin au chevet du patient plus que le patient dans le service du médecin.

MAIS SI LES URGENCES DOIVENT PRENDRE EN CHARGE LES FRANÇAIS, LA COLLECTIVITÉ DOIT AUSSI S'OCCUPER DE SES URGENTISTES !

Au cœur des difficultés rencontrées par nos urgences, se cache le décalage entre le temps médical disponible aux urgences et les besoins des patients. Certes, des optimisations d'organisation sont possibles, mais la question du métier et du statut d'urgentiste est une problématique à part entière.

La spécialisation en médecine d'urgence a connu une reconnaissance récente. En effet, précédemment assurée majoritairement par des médecins généralistes, la médecine d'urgence fait l'objet d'un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) depuis 2004 et, depuis 2015, d'un Diplôme d'études spécialisées (DES) lui permettant d'accéder au rang des médecines de spécialité.

Cette reconnaissance progressive est le fruit d'un long travail des représentants de la discipline pour professionnaliser l'exercice et valoriser l'exercice d'un métier jusqu'alors mal reconnu au sein de la sphère hospitalière.

Pour autant, si la médecine d'urgence représente l'une des spécialités avec le plus grand nombre de postes ouverts (487 aux ECN de 2023¹¹), elle reste l'une des moins prisées par les futurs internes de médecine (rang 37/44). Comment expliquer ce phénomène ?

Cette situation est certainement plurifactorielle. La profession met souvent en avant l'exigence de disponibilité qu'impose l'exercice du métier. Avec une permanence des soins organisée 24 h/24 365 jours par an sur la quasi-totalité des postes au sein des urgences, le médecin urgentiste fait partie de ces professionnels de la médecine hospitalière qui tout au long de sa carrière devra intégrer l'exercice de son métier quotidiennement dans sa vie personnelle : exercice de nuit, travail le week-end, congés limités en nombre et en décalé. Ces modalités de travail, que quelques autres spécialités comme la réanimation notamment connaissent, sont tout à la fois exigeantes pour l'organisme, mais imposent également une certaine forme de charge mentale dans la vie personnelle.

La question de la pratique médicale réalisée au sein des urgences peut également être un facteur

limitant l'intérêt pour la discipline. À l'opposé du médecin empathique qui a embrassé la médecine pour prendre soin du patient, l'urgentiste est plongé dans un système productiviste par nature où le tri, l'évaluation et le diagnostic sont au cœur d'une pratique qui laisse peu de place au suivi et aux soins au long cours. En outre, la dérive observée en termes d'accès aux urgences le conduit progressivement à assurer une médecine générale et sociale sans rapport avec son engagement initial dans la filière et dans un cadre inadapté (absence de suivi, connaissance imparfaite des antécédents...).

L'organisation interne de l'hôpital constitue enfin un troisième facteur de défiance. À l'interface entre un flux de patient inévitable et des services d'hospitalisation organisés de manière diurne, les urgentistes jouent un rôle tampon sous la pression des familles d'une part et des médecins de spécialités d'autre part. Cette situation d'interface crée de la frustration dès lors que les processus de prise en charge dysfonctionnent : saturation du service, attente allongée, incapacité d'hospitaliser les patients... Les urgentistes sont dès lors au cœur d'un conflit permanent que seul le respect de toutes les parties prenantes peut permettre de contenir.

Dès lors, une fois conjugués, ces 3 facteurs conduisent à rencontrer dans les services d'urgence des praticiens essorés par des années de pratique professionnelle qui s'interrogent sur le sens de leur métier et sur leur capacité à tenir dans la durée. Les urgentistes sont ainsi les plus vulnérables au risque d'épuisement professionnel en raison « des troubles du rythme provoqués par la répétition des gardes de nuit, l'alternance de périodes calmes et de coups de chaud, ainsi que l'exposition à des situations de violence et de grande détresse sociale ».

Et la question du renouvellement générationnel pour pérenniser le système est entière. Les jeunes médecins qui s'engagent dans la spécialité ne souhaitent plus subir l'hôpital et les urgences à l'instar de leurs prédécesseurs. L'équilibre vie professionnelle - vie personnelle est en enjeu majeur tout comme d'ailleurs l'intérêt des fonctions exercées. Nouvellement DESC, les plus

jeunes exigent d'avoir un exercice diversifié mêlant accueil aux urgences, SMUR et SAMU, ce qui limite de facto leur lieu d'implantation avec seulement 100 SAMU sur les quelque 700 services d'urgence. En outre, les organisations actuellement en place ne mutualisent pas systématiquement les fonctions avec des services qui séparent les postes entre SMUR et urgences. Quant à la question des rémunérations, la pénurie actuelle induit une croissance hors norme des exigences en termes de rémunérations conduisant certains jeunes à bénéficier de rétributions supérieures à celles de leurs collègues proches de la retraite, en total décalage avec les équilibres des établissements publics.

Le manque de renouvellement générationnel plonge alors le système des urgences dans une spirale infernale où les jeunes préfèrent se détourner de l'hôpital public au profit du privé et les médecins les plus âgés, ne supportant plus la pénibilité des gardes et en l'absence d'une gestion des carrières au sein de la filière, se réorientent vers d'autres disciplines. Une étude menée sur la profession a démontré que 23 % des urgentistes arrêtaient d'exercer après 6,9 ans en moyenne¹³.

Malgré une reconnaissance progressive de la spécialité au cours des 20 dernières années, la médecine d'urgence est confrontée à un fort enjeu d'attractivité. Face à la pénibilité de la fonction, aux revendications et attentes des dernières générations, il est nécessaire de repenser en profondeur l'organisation des services d'urgence, qui n'est aujourd'hui plus tenable. Si l'augmentation des effectifs semble coûteuse et peu réaliste, une réflexion sur la gestion des carrières hospitalières et la possibilité d'allers-retours ou de reconversion après une partie de carrière aux urgences pourrait être une piste à développer. Pourquoi ne pas imaginer un décroisement des parcours avec la réorientation des anciens urgentistes vers des services conventionnels de médecine polyvalente qui permettraient d'offrir des débouchés pour les patients polypathologiques ? Et, à l'inverse, la participation (quelques années ou sur une quotité du temps de travail) aux gardes d'urgences de médecins de certaines spécialités pour améliorer les prises en charge (accès précoce à l'expertise médicale, limitation des hospitalisations...) ■

11- Rangs limites et statistiques des ECN par spécialité - Conférence Cartesia (conference-cartesia.fr).

12- Étude publiée le 7 janvier par deux psychiatres de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, dans la revue Journal of Affective Disorders.

13- Abandons de carrières en médecine d'urgence - Annales françaises de médecine d'urgence (springer.com)



**FRANCK
DEVULDER**

**PRÉSIDENT DE LA
CONFÉDÉRATION DES
SYNDICATS MÉDICAUX
FRANÇAIS**

**LA CSMF EXPRIME DES INQUIÉ-
TUDES CONCERNANT LA FINAN-
CIARISATION CROISSANTE DE LA
MÉDECINE LIBÉRALE, METTANT EN
GARDE CONTRE SES RISQUES PO-
TENTIELS ET SES DÉRIVES. QUEL-
LE EST VOTRE VISION SUR CE SU-
JET, ET QUELLES CONSÉQUENCES
PENSEZ-VOUS QU'ELLE POURRAIT
AVOIR SUR LA PRATIQUE DES MÉ-
DECINS LIBÉRAUX ?**

C'est évidemment une source d'inquiétude. Cela nous inquiète à tel point que nous en avons fait le thème central des Universités de la CSMF 2023. Il faut bien distinguer le nécessaire investissement dans la santé, dont nous avons besoin, et la financiarisation qui consiste pour des acteurs financiers tels que les fonds de pension ou d'investissement à prendre le contrôle sur certaines activités au détriment des médecins qui n'ont, in fine, plus la main sur leurs organisations. On constate malheureusement que l'application de logiques financières gagne de plus en plus le secteur de la santé. C'est déjà majoritairement le cas de la biologie médicale, détenue aujourd'hui par 7 principaux acteurs qui sont des fonds de pension et d'investissement. Un autre exemple illustre ce phénomène : 77 % de l'activité médicale produite en France dans un établissement de santé privé est réalisée dans un établissement appartenant à des fonds

financiers. On constate globalement qu'une véritable OPA est menée par des acteurs nationaux ou extranationaux sur des spécialités jugées rentables à l'instar de la radiologie ou de l'anatomopathologie. Le risque est alors immense que l'indépendance de notre système de santé, financé par les cotisations des Français, soit mise à mal. Plus encore, c'est la Nation qui risquerait de perdre une partie de son indépendance si les ac-

teurs majoritaires venaient à être des fonds de pension nord-américains ou australiens, pour n'en citer que deux. Je ne dis pas que la santé ne doit pas répondre aux règles économiques élémentaires, mais nous savons pertinemment que ces investisseurs visent ce secteur au regard de sa grande rentabilité.

Les conséquences ne sont pas sans incidences puisque les bénéfices et les dividendes issus de cette rentabilité sont rétri-

bués aux actionnaires qui se trouvent parfois à l'étranger. Ces fonds ne sont donc pas réinjectés dans notre système, au bénéfice de nos concitoyens. Cette recherche effrénée de rentabilité conduit en outre les investisseurs à faire des choix stratégiques dans la gestion des entreprises médicales, cliniques, cabinets de radiologie, etc., alors que la santé ne peut pas être gérée comme une entreprise classique. Il s'agit de la santé des Français ! Si la rentabilité devait par ailleurs devenir la bous-

**LES OBJECTIFS
NE PEUVENT
ÊTRE PUREMENT
FINANCIERS. SI
C'EST LE CAS,
NOTRE SYSTÈME
DE SANTÉ ET
L'ACCÈS AUX
SOINS S'EN
TROUVERONT
GRANDEMENT
DÉGRADÉS !**

sole de l'activité médicale, en ayant pour seul objectif les actes les plus rémunérateurs, nous délaierions un pan entier de notre médecine dont la qualité serait fortement compromise. Les acteurs financiers ne doivent pas être exclus du système, mais ils doivent respecter des règles établies. S'il est normal qu'un investissement soit source de rentabilité, la décision et la stratégie médicale doivent appartenir aux médecins qui exercent dans les établissements ou les sociétés médicales. Des règles existent puisque la loi prévoit qu'un actionnaire non-médecin ne peut pas posséder plus de 25 % des actions de la société. Cependant, dans un certain nombre de cas, on constate que ces 25 % d'actions génèrent la quasi-totalité des dividendes de la société sous forme d'actions prioritaires préférentielles. Au final, détenir le capital et les dividendes revient à détenir la décision stratégique. Il est donc impératif qu'un cadre soit respecté. Les objectifs ne peuvent être purement financiers. Si c'est le cas, notre système de santé et l'accès aux soins s'en trouveront grandement dégradés !

VOUS VOUS ÊTES PRONONCÉ EN FAVEUR D'UN « OPTAM POUR TOUS ». EN QUOI CELA CONSISTE-T-IL ET QUELLES EN SERAIENT LES IMPLICATIONS ?

Le monde a évolué, la population française a augmenté et en trois générations nous avons gagné 20

ans d'espérance de vie. C'est positif, bien sûr, mais nous n'avons pas pris - et nous ne sommes pas les seuls -, la mesure de ces transitions démographiques et nous n'avons pas pris les décisions qui s'imposaient lorsqu'il le fallait. Finalement, nous sommes aujourd'hui confrontés à une augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques et l'évolution des besoins de santé de la population est estimée à 4 % par an. Toutefois, comment allons-nous répondre à cette demande de soins croissante alors que les finances publiques accusent un déficit de 3 000 milliards d'euros ? Comment peut-on redonner à la médecine de ville l'attractivité nécessaire pour exercer sa mission et relever les défis qui s'imposent au bénéfice des citoyens avec un sous-Ondam pour 2024 annoncé à 3,5 %, en deçà donc de l'inflation ?

Je pense que la solution se trouve dans un espace de liberté tarifaire solvabilisé tout ou partie par les complémentaires santé. Il ne s'agit pas de remettre en cause le rôle de la Sécurité sociale, mais de proposer aux assureurs complémentaires d'Assurance maladie, qui évoluent sur un marché concurrentiel et qui se différencient les uns des autres par des spécificités de branche ou le remboursement d'exercice au niveau de preuve aléatoire, de jouer un rôle différent à travers la valorisation de l'expertise médicale et de l'exercice du médecin, au service d'un meilleur accès aux soins. Notre

pacte social est grandement altéré par le fait que nos concitoyens, alors qu'ils cotisent, sont confrontés à des inégalités d'accès aux soins selon leur lieu de vie et leur réseau. Ce pacte social doit être renouvelé. L'« Optam pour tous » incarne cette volonté ambitieuse de renouveau !

QUELS SONT, SELON VOUS, LES CARENCE ET LES LEVIERS D'AMÉLIORATION POSSIBLES POUR UNE PERFORMANCE GLOBALE DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Il est fondamental que le virage préventif que le président de la République appelle de ses vœux soit pris. C'est un enjeu clé de l'amélioration de l'accès aux soins de demain. Nous devons passer d'un système purement curatif à un système de soins beaucoup plus axé sur une médecine préventive. Toutefois, nous avons aujourd'hui un Ondam déconnecté des besoins de santé de la population et qui ne permet pas sur un an d'avoir suffisamment de visibilité pour engager des transformations nécessaires, notamment pour la prévention. C'est pour cela que j'appelle de mes vœux un Ondam pluriannuel. On constate, par ailleurs, que nous ne sommes pas suffisamment performants sur la prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins. C'est pourtant l'affaire de tous, des médecins (ville et hôpital), des autres professions de santé et des patients ! Lorsque l'on regarde les pays du nord de l'Europe, par exemple, il est intéressant de constater - comme c'est le cas aux Pays-Bas -

que les médecins, à leur initiative et en lien avec les patients, examinent et valorisent la réussite du soin et la façon dont celui-ci est vécu par les patients. Cela doit rentrer dans nos mœurs.

Il y a du progrès puisque la valorisation de la pertinence et de la qualité figure dans le champ des négociations conventionnelles comme le prévoit la lettre de cadrage du ministre et sera donc discutée prochainement. La pertinence et la qualité ont vocation à faciliter la pratique des médecins. C'est donc une très bonne chose, s'il ne s'agit pas d'une maîtrise comptable déguisée. Plus globalement, nous devons être attentifs à notre responsabilité écologique puisque nous savons que la santé est responsable de 8 % de la facture carbone. Au vu des prévisions alarmistes du GIEC, il y a urgence à



agir. Pour conclure, pertinence, qualité, écologie et prévention doivent être pensées comme un continuum. Plus nous préviendrons, moins nous utiliserons de dispositifs médicaux et de médicaments et plus nous réaliserons d'économies qui pourront être réinjectées dans le système de santé. C'est un cercle vertueux dans lequel tout le monde gagne !

LES DÉLÉGATIONS SONT AU CŒUR DES ÉVOLUTIONS DE L'ORGANISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ. COMMENT APPRÉHENDEZ-VOUS LE PARTAGE DES TÂCHES ET DE FAÇON PLUS LARGE L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS ?

Penser que les médecins arriveront à régler seuls les problématiques d'accès aux soins et de prises en charge n'est pas réaliste. Le travail en coopération et en coordination avec les autres professions de santé est indispensable, mais ce n'est ni facile ni naturel notamment parce que les médecins sont sélectionnés sur un individualisme forcené et font face à une concurrence accrue pendant leurs études. Cela ne favorise pas l'approche collective. Ensuite, et c'est un vrai regret, ils ne sont pas formés à l'aspect managérial. Je pense que les fondations de la coordination résident en la convention médicale et en sa réussite. Si nous continuons de rémunérer les médecins 25 ou 26,50 euros, il ne faut pas s'attendre à ce qu'ils partagent et délèguent à d'autres professions de santé pour se retrouver à assurer la prise en charge de patients lourds, complexes, avec des pathologies chroniques. Je pense, par ailleurs, que le terme employé est important. Si l'on parle de délégation de tâches, cela convient très bien aux médecins, mais ce n'est pas le cas par exemple des infirmiers qui, loin de vouloir une activité déléguée, aspirent à une autonomie dans le périmètre de

leur métier. Si l'on parle en revanche de transfert de compétences, ce sont les médecins qui s'y opposeront puisqu'une compétence s'acquiert et ne se transfère pas. Le terme le plus approprié est le partage de compétences, visant à améliorer la prise en charge sur un bassin de vie, au niveau des territoires.

On constate par ailleurs que le transfert brutal de la prise en charge à un autre acteur, comme ça a été le cas dans les PLFSS précédents, se traduit par des échecs. Je pense à cet égard que le transfert de la prise en charge totale du diagnostic et du traitement des cystites et des angines aux pharmaciens est une erreur. Cela peut être une solution dans les territoires où l'on ne trouve plus de médecins. En revanche, si les patients peuvent avoir un rendez-vous avec leur médecin généraliste ou qu'ils sont en mesure de contacter le 15 pour échanger avec un médecin régulateur pouvant établir un diagnostic, il n'y a pas de raison qu'ils s'orientent en premier lieu vers le pharmacien. Le diagnostic doit rester la compétence du médecin. Pour les cas où les patients ne pourraient pas trouver de médecin, nous avons proposé à travers un amendement, qui n'a pas été retenu, la possibilité pour les pharmaciens de faire des prescriptions et des dispensations dans le cadre de protocoles. Nous devons évidemment travailler ensemble, mais pour cela le médecin doit recouvrer son statut d'expert avec une rémunération adaptée.

EN QUOI CONSISTE « L'ENGAGEMENT POPULATIONNEL » QUE VOUS APPELEZ DE VOS VŒUX ?

Je tiens à préciser en premier lieu que contrairement aux dires de certains, la CSMF n'a jamais incité la CNAM à mettre en place le Contrat d'engagement territorial (CET). Nous

avons exprimé, il y a un an, dans le cadre des négociations conventionnelles, la nécessité de rémunérer le médecin comme un expert, de façon différenciée selon la complexité de sa consultation. En effet, toutes les consultations ne se valent pas, certaines sont beaucoup plus longues notamment lorsqu'il s'agit de personnes âgées en ALD qui n'ont plus de médecin traitant et qui se présentent chez un autre médecin. Ensuite, nous avons proposé de valoriser la rémunération forfaitaire de celles et ceux qui par leur organisation arrivent à voir plus de patients. Chez les généralistes, il s'agit du forfait patient médecin traitant. Nous avons également suggéré un forfait file active pour celles et ceux qui arrivent à voir plus de patients différents. J'espère que cela sera abordé dans le cadre des négociations. Nous avons par ailleurs bien souligné que ce sujet ne devait pas être envisagé de façon coercitive. Cela passe par un changement de méthode. Force est de constater, en effet, qu'en début d'année, la CNAM avait posé un certain nombre d'obligations. Un respect des obligations qui valait un tarif nouveau pour les actes habituels et qui a bien sûr été très mal perçu par les médecins.

Toutefois, celui qui par son organisation participe aux soins non programmés, à la permanence des soins, organise des consultations avancées, met en place des dispositifs d'équi-

pes de soins primaires ou spécialisés, propose de la téléconsultation et de la téléexpertise au service du lieu où il exerce, doit être valorisé pour son engagement. En ce qui concerne les astreintes et les gardes, donc la permanence des soins, nous devons arrêter de considérer que parce qu'ils ont fait médecine, les médecins aspirent tous à travailler à 4 h 00 du matin et les dimanches. Cela fait évidemment partie de notre métier, mais si la rémunération est dérisoire, ils n'y participeront pas que ce soit à l'hôpital ou en ville. L'engagement populationnel ne doit pas être coercitif, car on ne peut pas mettre sous contrainte une profession ayant un tel déficit démographique, au risque de perdre tout le monde en chemin. Cet engagement doit par conséquent être incitatif et la responsabilité doit être collective. Laissons les médecins et leur Conseil de l'ordre s'organiser. Si cela ne fonctionne pas, il sera alors temps de siffler la fin du match !

MALGRÉ UNE VOLONTÉ DE CHANGER DE PARADIGME, FORCE EST DE CONSTATER QUE LE SYSTÈME DE SANTÉ RESTE TRÈS CENTRÉ SUR L'HÔPITAL. DANS UN MONDE IDÉAL, COMMENT DEVRAIENT S'ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE L'HÔPITAL ET LA MÉDECINE LIBÉRALE ?

Je suis convaincu que la médecine de ville est l'avenir de l'hôpital. Il est indispensable que la fonction de

PENSER QUE LES MÉDECINS ARRIVERONT À RÉGLER SEULS LES PROBLÉMATIQUES D'ACCÈS AUX SOINS ET DE PRISES EN CHARGE N'EST PAS RÉALISTE

l'hôpital dans notre système de santé soit redéfinie. Sa vocation est de prendre en charge les cas graves, il ne doit pas faire de la médecine de ville. La place de la médecine de ville en tant que porte d'entrée du système de soins doit être réaffirmée avec force. Pourtant, on constate aujourd'hui que sur 87 000 médecins généralistes diplômés, seuls 44 000 d'entre eux sont installés comme médecins de famille. Je ne pense pas qu'ils soient tous partis à l'étranger ou en reconversion professionnelle. Certains sont sur des plateformes de téléconsultation, d'autres exercent dans des centres de soins non programmés ou sont salariés de la fonction publique hospitalière (au sens large). La vocation d'un généraliste est de faire de la médecine de ville, il est donc impératif que le métier soit rendu plus attractif et que la fonction hospitalière soit redéfinie. Chacun doit être dans son rôle, en coopération. Les systèmes ne sont pas concurrentiels, mais complémentaires.

Prenons l'exemple de ce que le Conseil de l'ordre des médecins dénomme la « diagonale du vide ». Les médecins y sont rares. Nous devons trouver des solutions rapides pour améliorer l'accès aux soins. La population de ces territoires ne peut plus attendre. Dans ce cas de figure, l'hôpital et la ville doivent véritablement travailler de concert. Je ne pense pas qu'il faille créer des CHU dans toutes les villes de France, mais plutôt créer des antennes universitaires territoriales. C'est la seule façon pour que les étudiants découvrent un territoire et qu'ils aient envie d'y rester. S'ils viennent d'une grande ville éloignée, ils n'iront jamais ou très difficilement s'installer dans ces territoires en tension. Au regard de ce constat, je crois beaucoup en la création de communautés hospitalo-libérales de territoires. Dans cette logique, les médecins du public et du privé travailleraient en coopération avec d'autres professions de santé au sein des territoires et seraient en mesure d'identifier les besoins de la

population et l'évolution démographique. Nous devons nous baser sur toutes les forces en présence.

PLUS LARGEMENT, LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES SONT -ELLES TOUJOURS, SELON VOUS, UN OUTIL VECTEUR DE PERFORMANCE POUR L'ACCÈS AUX SOINS ET POUR LE FINANCEMENT DE LA MÉDECINE LIBÉRALE ?

J'en suis convaincu. Si la convention échoue, ce serait une profonde erreur de la part de tous, car cela nous conduirait à un virage législatif et les élus multiplieront les projets et propositions de loi sans aller dans la subtilité de l'exercice de nos métiers et de l'accès aux soins, ce que permet la convention. Si les parlementaires sont évidemment légitimes à se saisir des questions relatives à notre système de santé, ce n'est pas leur rôle de définir la finesse de l'organisation d'une profession comme la nôtre. Ensuite, nous aurons un virage réglementaire pour les sujets qui n'auront pas abouti dans le cadre des négociations conventionnelles. Je pense en revanche que la convention doit être rendue plus dynamique et responsabilisante. Il serait en effet pertinent que les besoins nationaux soient identifiés et prennent en compte les spécificités des différents territoires. Les besoins financiers seraient évoqués dans un second temps. En résumé, une fois les besoins identifiés, nous irions

expliquer à la puissance publique et aux complémentaires santé le projet pour améliorer l'accès aux soins et le budget que cela nécessite. Ensuite, le politique arbitre. Nous inverserions le processus qui consiste à attribuer un budget avec lequel les acteurs doivent s'arranger.

Il n'est sûrement pas souhaitable d'être en négociation permanente. Cependant, la convention médicale doit être plus dynamique qu'aujourd'hui. Ne pas tenir compte de

l'évolution du coût de la vie, de l'évolution des besoins de santé et de l'innovation médicale revient à geler les acquis issus de la convention pendant 5 ans. Chacun comprendra que le tarif de la consultation ne peut pas être le même qu'en 2016. Que dire des nombreux actes techniques valorisés au même niveau qu'il y a 30 ans. Par ailleurs, le financement de la vie conven-

tionnelle des syndicats médicaux est aujourd'hui conditionné par la signature de la convention. Il y a un manque de transparence. Si un syndicat est en désaccord et ne signe pas, alors qu'il n'en reste pas moins représentatif, on lui coupe à peu de chose près « les vivres ». Il est important que les corps intermédiaires soient en mesure de fonctionner et de faire ce que l'on attend d'eux. Plus globalement, je suis convaincu que la convention médicale reste l'avenir de la médecine de ville et que ce n'est pas en période de crise qu'il faut tout remettre en cause ! ■

LA CONVENTION MÉDICALE RESTE L'AVENIR DE LA MÉDECINE DE VILLE [...] CE N'EST PAS EN PÉRIODE DE CRISE QU'IL FAUT TOUT REMETTRE EN CAUSE !

PROPOS RECUEILLIS PAR ANAÏS FOSSIER, DIRECTRICE DES ÉTUDES ET DES RELATIONS PUBLIQUES DU CRAPS





Il existe un dispositif de protection sociale et de reconnaissance de la Nation : la Retraite Mutualiste du Combattant (RMC). Pour ses 100 ans, elle a fait l'objet d'un passionnant colloque à l'École militaire, co-organisé par La France Mutualiste qui en est un distributeur historique : « Engagement patriotique : quel avenir ? quelle reconnaissance ? ».

Un dispositif de reconnaissance demandé par les combattants

Petit rappel de la genèse. Au terme de la terrible Guerre de 14-18, les combattants réclament plus de reconnaissance à leur égard. La classe politique, sous l'impulsion notamment du président Raymond Poincaré, du ministre André Maginot et d'autres, s'attache à rechercher les solutions pour cette génération de jeunes citoyens arrachés à leurs occupations et à leur famille pendant plusieurs années pour défendre leur pays. La situation des anciens combattants de la Grande Guerre devient une cause nationale.

C'est alors que germe l'idée de mettre au point des subventions, au profit des anciens combattants, dans la constitution d'une rente complémentaire auprès des sociétés de secours mutuels.

Le projet de loi est rédigé. Le rapporteur est désigné en la personne de Paul Doumer, qui fut un véritable défenseur du texte.

Adoptée par le Parlement selon la procédure d'urgence, la Retraite Mutualiste du Combattant naît le 4 août 1923. La France Mutualiste, qui existait alors depuis plus de 30 ans, et avait déjà créé une caisse de prévoyance pour les combattants et leur famille en 1915, devient naturellement l'une des premières à distribuer la RMC.

Petit à petit, la RMC sera ouverte par les gouvernements successifs aux combattants de la Seconde Guerre mondiale puis à l'ensemble des conflits sur les théâtres d'opérations extérieures (Indochine, Corée, Afrique du Nord...) jusqu'aux Opex d'aujourd'hui.

100 ans après, 3 enseignements pour la protection sociale

En effet, la longévité de la RMC - toujours ouverte en 2024 - mérite d'être saluée à plus d'un titre :

- Elle est l'expression du caractère imprescriptible de la reconnaissance de la Nation envers ceux qui

RECONNAÎTRE L'ENGAGEMENT DES COMBATTANTS

PAR
DOMINIQUE BURLETT
PRÉSIDENT DE LA FRANCE MUTUALISTE
COLONEL (2S)

**RÉSERVÉE AUX COMBATTANTS EN OPÉRATION
EXTÉRIÈRE, LA RETRAITE MUTUALISTE DU COMBATTANT
NE POURRAIT-ELLE PAS INCLURE LES NOUVEAUX
THÉÂTRES D'OPÉRATIONS INTÉRIEURES ?**



Aujourd’hui, 57 % des Français considèrent que l’engagement dans les armées n’est pas suffisamment reconnu.*

C’est une préoccupation d’aujourd’hui que fait ressortir ce sondage mené par l’IFOP à l’occasion des 100 ans de la RMC en septembre 2023. Si l’armée reste la 2^e institution régalienne en qui les Français placent leur confiance (à 89 %) juste après les pompiers (97 %), s’ils sont 81 % à afficher une forme de respect et de reconnaissance pour les combattants, nos compatriotes ont conscience que leur engagement n’est pas récompensé à sa juste valeur. Est-ce la raison pour laquelle seulement un jeune sur dix de moins de 30 ans

pourrait « certainement envisager de s’engager » et les armées ont tant de difficultés à recruter (un manque de 2 000 à 2 500 postes dans l’Armée de Terre, chiffre d’octobre 2023) ?

Et demain, la reconnaissance des forces de l’ordre engagées sur les théâtres d’opérations intérieures ?

Avec par exemple les attentats de 2015 ou les émeutes consécutives à la mort du jeune Nahel en 2023, force est de constater que certaines situations sur le territoire national s’apparentent fortement à du combat pour les forces de l’ordre qui y sont engagées. Ces « combattants », dont la vie est également en danger, n’ont-ils pas droit eux aussi à notre reconnaissance, et à celle de la Nation ?

« La Retraite Mutualiste du Combattant vient rappeler ce que notre pays doit, au sens premier du terme, aux combattants, aux associations qui sont les leurs, et à leur famille », affirmait Patricia Mirallès, secrétaire d’État auprès du ministre des Armées, chargée des Anciens combattants et de la Mémoire, en ouverture du colloque des 100 ans de la RMC. Souhaitons qu’elle puisse apporter encore longtemps la reconnaissance de la Nation à ceux qui s’engagent pour la défendre ■

se sont directement investis dans la Défense.

- Elle rappelle le rôle historique du mouvement mutualiste dans la visibilité donnée à la question de la protection sociale au début du XX^e siècle ainsi que dans la généralisation d’un modèle propre de prévoyance reposant sur des cotisations individuelles.

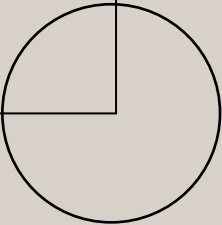
- Elle valide enfin la pertinence du financement de la retraite reposant sur un dispositif individuel d’épargne par capitalisation, véritable complément aux régimes obligatoires par répartition.

Pour moi, c’est aussi un produit typique de la « condition militaire » :

- La RMC est « sécuritaire » : elle permet de bénéficier d’un complément de revenu garanti et d’assurer éventuellement la transmission d’un capital à ses proches.

- La RMC est « solidaire » : elle repose à la fois sur le principe de la mutualisation des risques entre les assurés, et sur la solidarité de la nation qui apporte son soutien financier.

- Enfin, la RMC est « universelle » : des militaires du rang aux officiers généraux, elle profite à toutes les couches sociales.



*dans la limite d’un plafond défini chaque année, en l’état de la réglementation actuellement en vigueur.



LFSS 2024 : « ENTRE SORTIE DE CRISE ET MAÎTRISE DES DÉPENSES »

PAR ANAÏS FOSSIER
DIRECTRICE DES ÉTUDES ET DES RELATIONS PUBLIQUES DU CRAPS

Le 4 décembre dernier - après un parcours tumultueux au Parlement marqué par de multiples recours à l'article 49.3 de la Constitution - le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 a été définitivement adopté. Comme l'année dernière, le Gouvernement qui n'a pas souhaité prendre le risque d'un vote défavorable a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale. Face à un hémicycle pratiquement vide, Élisabeth Borne, las, a défendu un budget « de 640 milliards d'euros pour notre modèle social, des

moyens en hausse pour notre santé, pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ». Quelques jours plus tard, le 21, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur la loi de financement dont il avait été saisi par deux recours (étaient notamment en cause la trajectoire financière du texte, des prévisions économiques jugées insincères, et le creusement du déficit de la branche maladie) et a validé la quasi-intégralité de son contenu. La majorité des mesures figurant dans le projet de loi initial et des mesures adoptées lors de l'examen parlementaire ont donc été confirmées.

Publiée au Journal officiel le 27 décembre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 s'inscrit pour l'essentiel dans une volonté affichée de redresser les comptes sociaux compte tenu des déficits attendus. Le ministre de la Santé et de la Prévention, Aurélien Rousseau, a d'ailleurs rappelé - avec

vigueur - lors des débats, la nécessité de « renforcer la pertinence des dépenses et la responsabilité de tous les acteurs face à la croissance des dépenses de santé ». Stéphanie Rist, rapporteure du texte, a quant à elle insisté sur le caractère transitoire de ce budget de « responsabilité » entre « sortie de crise et maîtrise des dépenses » rappelant que la situation des comptes sociaux, notamment celle de l'Assurance maladie et de l'Assurance vieillesse, « reste trop fragile à moyen terme ». Le redressement des comptes devra in fine « se poursuivre et exigera de nouveaux efforts ».

« MAÎTRISER LES COÛTS SANS PÉNALISER L'ACCÈS AUX SOINS »

Les grands équilibres budgétaires sont donc actés : le budget de la Sécurité sociale pour 2024 est fixé à 640 milliards d'euros et le déficit toutes branches confondues devrait atteindre 10,5 milliards d'euros cette année. Après avoir atteint en 2020 un niveau inégalé avois-

nant 40 milliards d'euros, le déficit de la Sécurité sociale s'est réduit les années suivantes, pour atteindre 19,6 milliards d'euros en 2022. En 2023, le déficit est resté élevé, à 8,8 milliards d'euros. Pour rappel, en 2018, le déficit de la Sécurité sociale était de 1,2 milliard d'euros. L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie, comme à l'habitude, très attendu est en hausse de 3,2 % et atteindra ainsi 254 milliards d'euros. Plus en détail, le sous-objectif des soins de ville est fixé à 3,5 %, tandis que celui des établissements de santé évolue à hauteur de 3,2 %. Les dépenses des établissements et services pour personnes âgées augmenteront de 4,6 %, et de 3,4 % pour les établissements pour personnes handicapées.

Bien qu'en deçà de l'inflation, le président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), Franck Devulder, a salué le « courage du Gouvernement » qui « pour une fois n'a pas pénalisé la médecine de ville par rapport à l'hôpital », insistant néanmoins sur les effets délétères induits par le déséquilibre entretenu pendant des années en défaveur de la médecine libérale. Constatant un financement largement insuffisant, les fédérations hospitalières n'ont en revanche pas tardé à monter au créneau. Une situation dramatique pour le président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), Lamine Gharbi, qui induira « un plan d'économie majeur » que le secteur de l'hospitalisation ne pourra supporter. Le Président de la Fédération hospitalière de France (FHF), Arnaud Robinet, considérant que « le temps où l'hôpital public était la variable d'ajustement des débats sur la dette doit s'arrêter » a quant à lui appelé à « ne surtout pas confondre la légitime recherche de

plus d'efficacité avec une méthode du rabot dont l'hôpital est sorti essoré avant la pandémie » soulignant au passage que des leviers d'économies existent, notamment sur la prévention et la pertinence des soins. La Fédération a par ailleurs insisté sur la nécessité d'aller vers un pilotage pluriannuel de la santé, au moyen d'une loi de programmation.

Alors que l'Ondam reste, pour la deuxième année consécutive, inférieur à l'inflation, que la hausse naturelle des dépenses est estimée à 4,6 % et que l'urgence d'engager des transformations nécessaires semble avoir été ignorée, le président de la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF), Éric Chenut, a de son côté vivement déploré une approche purement comptable sans cohérence avec les besoins, « ni en termes de niveaux de financements ni de renforcement des dispositifs indispensables pour assurer un accès aux soins de qualité et pour tous ». Finalement, « ce budget, s'il était respecté - ce qu'à peu près personne ne croit - financerait moins de soins en 2024 qu'en 2023, car le coût de ceux-ci progresse plus vite que l'enveloppe allouée¹ ». Nous sommes, en résumé, face à un budget « cadenasé par la contrainte budgétaire² ».

Le Gouvernement qui n'a eu de cesse de réaffirmer sa volonté de « maîtriser les coûts sans pénaliser l'accès aux soins des Français » et de « poursuivre l'investissement et la transformation du système de santé » attend par ailleurs un effort d'économie sur les dépenses d'Assurance maladie à hauteur de 3,5 milliards d'euros, « non pas pour le principe, mais au service de l'efficience », a toutefois assuré Aurélien Rousseau pendant les débats. Si cet effort est important, a concédé le ministre et qu'il sera vraisemblablement « plus difficile à réaliser dans un contex-

te de tensions, notamment dans le secteur hospitalier et sur l'offre de médicaments » estime le Haut Conseil des finances publiques (HCPF), il n'est cependant « pas sans précédent ». Ces économies passeront par « un effort de maîtrise des dépenses de soins de ville et par une responsabilisation de l'ensemble des acteurs » a précisé le ministère des Comptes publics.

« LES DÉFICITS SE CREUSENT D'ANNÉE EN ANNÉE »

Le 20 octobre, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a rejeté le projet de loi de financement pour 2024, dénonçant « l'insincérité » du budget et le manque de financement de la santé. Imperturbable, le ministre délégué aux Comptes publics, Thomas Cazenave, a quant à lui salué un budget s'inscrivant « pleinement dans la trajectoire de maîtrise des dépenses publiques » du Gouvernement, sans être toutefois « synonyme d'austérité ». Cinq jours plus tard, sans surprise, Élisabeth Borne a engagé - quelques heures après le début des débats - comme c'était le cas lors de l'examen parlementaire du texte l'année dernière -, la responsabilité de son Gouvernement par le recours à l'article 49 alinéa 3 sur la partie recettes du projet de loi, reprochant comme à l'habitude le comportement des oppositions.

Le 30, puisqu'aucun groupe d'opposition n'a « souhaité dévier de sa ligne : refuser de voter un budget, quel qu'il soit », la Première ministre a engagé une nouvelle fois la responsabilité de son Gouvernement, sur la partie dépenses et sur l'ensemble du projet de budget. Dans la nuit du 15 au 16, le Sénat a rejeté la trajectoire du financement de la Sécurité sociale pour les années 2023-2027 au motif que le « trou de la Sécu » devrait



ARNAUD ROBINET
PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION
HOSPITALIÈRE DE FRANCE

**« LE TEMPS
OU L'HÔPITAL
PUBLIC ÉTAIT
LA VARIABLE
D'AJUSTEMENT
DES DÉBATS SUR
LA DETTE DOIT
S'ARRÊTER »**

1- Sénateur de Paris, Bernard Jomier.

2- Jérôme Guedj, député de l'Essonne.

se creuser et atteindre 17 milliards d'euros en 2026 et 2027. Sans compter que les prévisions de recettes seraient, d'après l'analyse du Haut Conseil, surestimées. Le message s'est voulu symbolique et politique. « Nous sommes avant tout dans une démarche politique parce que c'est le seul outil que nous avons ici », a d'ailleurs concédé Philippe Mouiller, président de la commission des Affaires sociales. Élisabeth Doineau, s'est de son côté montrée sans concession : « Nous ne pouvons pas accepter que les déficits se creusent d'année en année ».

La sénatrice de la Mayenne a en effet vivement dénoncé « l'abandon affiché de l'objectif de retour de la Sécurité sociale à l'équilibre » ou même « d'un simple objectif de stabilisation du déficit ». Un constat qui révèle la volonté du Gouvernement « de financer durablement la santé par le déficit ce qui est vraiment contestable ». La sénatrice de la Charente-Maritime, Corinne Imbert, a, dans la même lignée, fustigé un « aveu d'impuissance du Gouvernement » qui a fait le choix de transmettre la dette aux générations futures et d'accroître l'endettement social « sans l'once d'un embarras ». Une allégation aussitôt réfutée par le ministre de la Santé puisque si « la ligne de crête est tenue » Aurélien Rousseau a exprimé une vive opposition à « l'idée selon laquelle le gouvernement laisse filer les dépenses ». Une prise de position qui n'a pas convaincu.

La lecture de ce projet de loi a finalement révélé que la dette tend à devenir l'une des modalités de financement de notre modèle social. Elle a révélé qu'une stratégie structurelle de réduction des déficits fait cruellement défaut. Preuve en est : la France est l'un des pays européens dans lequel les dépenses de santé ont le plus progressé sans qu'y aient été

menées des réformes structurelles suffisantes pour mieux dépenser³. À l'heure où la question de l'équilibre des comptes sociaux est au cœur du débat public, il est utile de rappeler qu'un déficit permanent ne peut pas constituer une politique viable sur le long terme. Pour reprendre les mots de l'ancien député du Loiret, Jean-Pierre Door, il est fondamental et urgent de « renoncer au poison mortel de cette dette perpétuelle » qui remet en cause la pérennité de notre système de protection sociale, largement conditionnée par un retour à l'équilibre !

« LA FRAUDE EST UN POISON POUR NOTRE CONTRAT SOCIAL »

Depuis une dizaine d'années, les dépenses relatives aux indemnités journalières ont connu une forte augmentation, de l'ordre de 3,8 % par an en moyenne. En 2022, l'indemnisation des arrêts de travail aura ainsi représenté un coût de 16 milliards d'euros (non liés au covid) pour l'Assurance maladie. Une augmentation qui s'est de surcroît accompagnée d'une augmentation de la durée des arrêts de travail. Pour 2024, l'objectif pour l'Assurance maladie vise à repérer et éviter 500 millions d'euros de dépenses frauduleuses (contre 316 millions en 2023). Conformément à la volonté gouvernementale, le texte s'inscrit dans une logique de lutte contre la fraude sociale - dont le montant est évalué entre 6 et 8 milliards d'euros - pour répondre à « un enjeu d'équilibre des comptes sociaux et d'équité entre les contribuables ». Le ministre de la Santé a été clair : « La fraude est un poison pour notre contrat social, il faut la combattre ». Dans cette logique, le PLFSS prévoyait notamment la possibilité de suspendre automatiquement le versement des indemnités journalières suite à un contrôle d'un salarié

en arrêt de travail à son domicile par un médecin mandaté par l'employeur, si l'arrêt de travail paraissait injustifié.

Le Conseil constitutionnel ayant cependant observé que cette mesure avait pour effet de « priver du versement des indemnités journalières à l'assuré social alors même que son incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail a été constatée par un médecin qui lui a prescrit un arrêt de travail pour une certaine durée » a censuré l'article.

En dépit de cette censure du Conseil constitutionnel, une réflexion de fond sur le sujet doit être initiée par les pouvoirs publics pour apporter des réponses adaptées. La protection sociale est un bien commun qui doit être protégé des abus et de la fraude. Pour autant, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'allongement de la vie professionnelle, on constate que les arrêts de travail des seniors s'avèrent plus coûteux, avec en moyenne des arrêts « trois à quatre fois plus longs et des rémunérations indemnisées supérieures en fin de carrière ». Un phénomène qui s'amplifiera très certainement les prochaines années avec un départ d'âge légal à la retraite repoussé à 64 ans. Il s'y ajoute une forte croissance des arrêts de travail chez les jeunes, dont les causes restent pour l'instant partiellement identifiées. Si la lutte contre les abus est une nécessité que plus personne ne conteste, il est impératif de mettre en œuvre un véritable accompagnement

des travailleurs en renforçant les mesures de prévention et en améliorant les conditions de travail. Le ministre de la Santé a d'ailleurs lui-même reconnu que limiter les arrêts de travail « renvoie aux questions de la qualité de vie au travail, de la prévention et de la reconversion professionnelle ».

Toujours dans une logique de lutte contre la fraude, la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation sera par ailleurs limitée et la prise en charge des prescriptions sera restreinte. Pour rappel, en 2021, 450 000 arrêts de travail (non liés au covid-19) ont été prescrits en téléconsultation. Sur la période de janvier à octobre 2022, la durée moyenne des arrêts prescrits était de 18 jours et 27 % des arrêts de travail issus d'une téléconsultation sont aujourd'hui prescrits par un médecin qui n'est pas le médecin traitant de l'assuré. Une consultation physique sera donc désormais obligatoire pour tous les arrêts de travail de plus de trois jours ou pour un renouvellement. Il est toutefois fait exception à cette règle lorsque « l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant (ou la sage-femme référente) ou en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un professionnel médical compétent pour obtenir une prolongation de l'arrêt de travail ». La prise en charge des traitements, examens ou soins prescrits par l'Assurance maladie obligatoire sera quant à elle désormais conditionnée à la réalisation d'une vidéotransmission ou d'un contact

LA LECTURE DE CE PROJET DE LOI A FINALEMENT RÉVÉLÉ QUE LA DETTE TEND À DEVENIR L'UNE DES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE NOTRE MODÈLE SOCIAL

3- Cour des comptes.

téléphonique avant toute prescription réalisée en téléconsultation ou en télésoin. L'ambition vise à remédier aux abus de certaines plateformes qui prescrivent des produits, prestations et actes aux patients, remboursés par l'Assurance maladie après de simples réponses données à un questionnaire ou un outil de conversation en ligne sans consultation avec un médecin.

« RENDRE IRRÉVERSIBLE LE VIRAGE DE LA PRÉVENTION »

Conformément à la volonté du ministre de la Santé de « rendre irréversible le virage de la prévention », des rendez-vous de prévention à certains âges de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans, 70-75 ans) visant entre autres à promouvoir l'information, l'éducation à la santé, la promotion de la santé et de la prévention seront mis en œuvre. L'objectif étant de réduire la morbidité et notamment la mortalité évitable, par la prévention des comportements à risque, des maladies non transmissibles et par la promotion d'actions de dépistage de certaines pathologies ou de facteurs de risque et l'amélioration de la couverture vaccinale. La mortalité évitable par une réduction des comportements à risque représente à titre d'exemple 30 % de la mortalité des personnes de moins de 65 ans⁴. Déjà prévus par la LFSS 2023, notons tout de même que ces rendez-vous prévention en sont déjà, avant leur mise en œuvre, à leur deuxième modification législative, sans compter le manque de cohérence des discours sur le dispositif.

Toujours est-il que si l'ambition est louable, l'efficacité d'un tel dispositif risque de se heurter à une problématique de taille : l'adhésion. En effet, comment convaincre les Français de se rendre à ces rendez-vous

alors que les programmes nationaux de prévention relatifs à la vaccination ou au dépistage n'ont pas les effets escomptés, comme le montre par exemple le faible taux de dépistage du cancer colorectal (de l'ordre de 30 %), alors qu'il s'agit de la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme ? Les modes d'organisation de ces rendez-vous, leur intégration dans le parcours de vie et de santé des personnes, les ressources mobilisées pour ce faire conditionneront par conséquent l'efficacité et l'efficience de cette mesure.

Par ailleurs, si « proposer des visites gratuites va dans le bon sens, nous en connaissons déjà les limites », explique le professeur Olivier Saint-Lary, président du Collège national des généralistes enseignants, puisque « ce sont toujours les mêmes patients, autrement dit ceux déjà bien suivis, qui en tirent les bénéfices ». Sans actions ciblées et personnalisées, les messages de prévention ne bénéficieront donc que très peu aux personnes les plus éloignées du système. Un constat qui appelle à initier une véritable démarche d'« aller vers » pour aller à leur rencontre au sein de leurs lieux de vie, avec un enjeu de repérage de ces personnes souvent « hors des radars », avant que les difficultés ne soient ancrées. Il est alors indispensable de promouvoir une approche populationnelle, afin que les personnes à risque puissent être repérées et que les inégalités face à la santé soient prises en compte. L'implication de structures de proximité, que ce soit des collectivités territoriales, des mutuelles ou des branches professionnelles, semble indispensable, comme l'a notamment montré l'expérience danoise.

Les politiques de santé territoriales doivent ainsi être adaptées pour répondre aux besoins spécifiques

de chaque territoire, en prenant en compte les différences de contexte économique, géographique, démographique, environnemental, culturel et social. Les collectivités territoriales (et les acteurs des territoires) ont un rôle majeur à jouer en ayant dans leur périmètre de nombreux leviers qui concernent la santé et la prévention (écoles, transports, logement...). Nous savons en effet que le système de soins ne contribue que pour 20 % environ à la santé de la population, l'essentiel se passe donc ailleurs. Il s'agit in fine de rassembler tous les acteurs d'un territoire autour d'un objectif commun : la santé et le bien-être de la population ! Plus largement, si la crise sanitaire a montré l'importance de « l'aller vers » dans une stratégie globale de prévention, elle a également révélé celle de la médiation en santé, notamment au travers des équipes de médiateurs de lutte anti-Covid.

Toujours dans une démarche préventive, une campagne de vaccination doit être déployée dans tous les collèges pour les élèves en classe de 5^e, afin de lutter contre le papillomavirus. L'enjeu est considérable puisque 1 100 personnes décèdent chaque année de ce type de cancer évitable et que la France accuse un retard conséquent pour le dépistage (seulement 22 % des femmes éligibles - âgées de 30 à 59 ans - ont effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus contre une moyenne de 50 % dans l'ensemble de l'Union européenne). En France, plus de 6 300 nouveaux cancers sont causés chaque année par les papillomavirus humains, dont environ 3 000 cancers du col de l'utérus.

Par ailleurs, alors que près de quatre millions de Françaises

étaient victimes de précarité menstruelle en 2023 - un chiffre deux fois plus élevé qu'en 2021 -, le remboursement des protections menstruelles réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans ainsi que pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans limite d'âge est prévu dès cette année. Les assurées de moins de 26 ans bénéficieront ainsi d'une prise en charge à hauteur de 60 % par l'Assurance maladie et leur participation pourra être « compensée par les organismes complémentaires ». Les bénéficiaires de la C2S bénéficieront, quant à elles, d'une prise en charge à 100 %. Le coût de la mesure devrait représenter « 97 millions d'euros en 2025, et 56 millions d'euros en 2027 en fonction de l'évolution du taux de recours au dispositif et du renouvellement des produits ». Le droit à la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des préservatifs délivrés

« RENDRE IRRÉVERSIBLE LE VIRAGE DE LA PRÉVENTION »



en pharmacie pour les moins de 26 ans est également acté. La mesure proposée devrait représenter « une dépense annuelle de 3,9 millions d'euros chaque année » et contribuer à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles dont la prévalence est particulièrement élevée chez les jeunes. Son inquiétante augmentation rappelle la nécessité de développer une véritable culture de la santé publique, mais aussi l'intérêt d'agir précocement en la matière, notamment à l'école.

Côté complémentaire santé solidaire, celle-ci sera désormais « automatiquement » attribuée aux bénéficiaires des minima sociaux. L'absence de couverture complémentaire santé impacte en effet fortement les allocataires qui sont davantage exposés au renoncement aux soins pour des raisons financières. Il s'agit notamment des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). On constate, par exemple, que 13 % des bénéficiaires de l'AAH sont sans couverture complémentaire santé et supportent en conséquence des dépenses de soins très élevées (3 800 € par an en ville, 6 500 € à l'hôpital).

Plus largement, les expérimentations issues de l'article 51 qui au terme de leur évaluation auront démontré leur intérêt entreront dans le droit commun. L'article 51 qui a, pour rappel,

introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations dérogatoires aux modes de tarification de droit commun, connaît un bilan positif puisque « plus de 140 innovations ont été accompagnées au bénéfice d'1,2 million de patients ». Les premières évaluations des expérimentations révèlent en outre que « ces dispositifs innovants permettent d'accroître la qualité des parcours de soins, mais aussi de fidéliser les professionnels en améliorant la satisfaction au travail ». Toutefois, pour les deux tiers des expérimentations ayant permis la mise en place de parcours coordonnés renforcés de prise en charge mobilisant plusieurs acteurs issus de différents secteurs, une modification du cadre législatif s'impose.

Un cadre générique permettant la mise en place de parcours coordonnés renforcés, au travers d'un financement collectif d'une équipe pour être adaptable aux besoins des patients et pouvant se déployer entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social est donc prévu. Si le développement de nouvelles formes de parcours et de rémunération est « pertinent face aux nouvelles pathologies et au développement des affections de longue durée (ALD), l'impact monétaire pour les Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) n'a cependant pas encore été estimé par l'Assurance maladie » a souligné le Centre technique des instituts de prévoyance (CTIP) dans un communiqué, invitant alors les or-

ganismes complémentaires à la prudence, pour que cette « forfaitisation des dépenses » ne conduise pas aux mêmes travers que pour « le Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) ». Le président de la FNMF, Éric Chenut, s'est également montré vigilant sur les paiements au forfait, évoquant la « nécessité de bien répartir cette charge avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), de manière lisible, pour les assurés comme les professionnels » et appelant de ses vœux des forfaits « personnalisables, c'est-à-dire affectés à un patient puisqu'en tant qu'assurance complémentaire, il nous faut rattacher ce paiement par forfait à une personne. Ce n'est donc pas automatique ».

Pour conclure, si les mesures actées par le Gouvernement vont « dans le bon sens » elles manquent pour certaines d'ambition. Quels que soient leur intérêt ou leur pertinence, elles ne constituent pas à elles seules une politique de santé. Elles « ne suffisent pas à faire une politique de santé et de protection sociale à la hauteur ». Globalement, la priorisation des mesures opérées par le Gouvernement a de quoi « laisser songeur, voire dubitatif au regard des besoins de notre système de santé⁵ ».

« UN CHAMBOULE-TOUT LÉGISLATIF »

Côté hôpital, le texte pose les premiers jalons de la réforme du financement à travers la fin du « tout T2A » au profit d'une « part structurante de la rémunération fondée sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle d'un territoire et permettant une rémunération effective des missions réalisées par chacun ». Malgré des effets positifs en termes de connaissance et de maîtrise des coûts, d'équité, de transparence dans la distribution des financements et

d'efficience du système de santé, la T2A est contestée. Son financement, décorrélé des objectifs de santé publique, a en effet conduit à une recherche de rentabilité, parfois contraire à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. Si des évolutions sont alors indispensables, notamment pour réduire une complexité technique, la Cour des comptes a rappelé la nécessité de ne pas « mettre à mal l'ensemble des avancées qui résultent de la mise en place de la T2A ». Lutter contre ses « effets négatifs » en la « diluant dans un financement où elle ne sera que marginale », serait, selon certains, dramatique puisque cela reviendrait à « condamner ce mode de financement qui donne aux établissements publics des règles analogues à celles des établissements privés, dans ce que les économistes appellent un « quasi-marché » c'est-à-dire un marché régulé par l'autorité administrative⁶ ».

Le texte prévoit donc de revenir sur le caractère central de la tarification à l'activité dans le financement du champ « Médecine Chirurgie Obstétrique » (MCO) amplifiant ainsi la part de financement par dotations ou sans lien direct avec l'activité. L'objectif général vise à évoluer vers un modèle de financement permettant de valoriser les trois grandes catégories de soins suivants : a) les soins répondant à des prises en charge « protocolées », organisées et standardisées, pour lesquels une tarification à l'activité est pertinente, b) les soins aigus et les prises en charge spécifiques dont le coût est substantiellement indépendant du volume de l'activité réalisée, pour lesquels un financement mixte par dotation, en complément d'une part de tarification à l'activité, est le plus indiqué, c) la prévention et la coordination des parcours des patients, relevant d'objectifs de santé publique

5- Corinne Imbert, lors des débats sur le projet de loi.

6- Véronique Guillotin, Sénatrice de la Meurthe-et-Moselle.

qui peuvent être en partie propres à certains territoires, pour lesquels un financement par dotation apparaît nécessaire. Les établissements de santé seront ainsi financés selon trois compartiments : « financement à l'activité » ; « dotations relatives à des objectifs de santé publique » ; « dotations relatives à des missions spécifiques ». L'application du nouveau modèle de financement se fera à compter du 1^{er} janvier 2025.

Si pour la sénatrice de la Charente-Maritime, cette réforme est « attendue et, reconnaissons-le, nécessaire » d'autres appellent à la vigilance car, si « définir des dotations partant des besoins de santé est un très bon principe » « il faut absolument que le même modèle s'applique à l'hôpital public comme au secteur privé, pour éviter un système à deux vitesses, délétère pour les patients et les soignants, comme nous l'avons connu dans les années 1970 » a vivement insisté Arnaud Robinet, président de la FHF. La Cour des comptes a d'ailleurs souligné les inconvénients du système de « dotation globale forfaitaire », qui prévalait auparavant : « il ne récompensait pas les hôpitaux travaillant beaucoup et constituait une rente pour ceux travaillant peu ». Finalement, « le Gouvernement a réalisé ici une formidable opération de chamboule-tout législatif à droit quasi constant, dont la principale prouesse est d'avoir « rangé » en trois compartiments les

modalités de financement du MCO ». La sénatrice a vivement reproché au Gouvernement de lancer des « chantiers techniques sans que la question des activités de maternité ou de pédiatrie, par exemple, soit arbitrée ». Pire encore, « pour une réforme du financement, aucune évaluation de l'impact financier n'est livrée ». « Cette improvisation n'est pas raisonnable ». « Nous devons refuser de jouer avec l'hôpital pour répondre à un effet d'annonce ! » a martelé Corinne Imbert, qui avait préconisé lors de l'examen du texte de reporter cette réforme au 1^{er} janvier 2028 et de prévoir une expérimentation de trois ans, à partir de 2025.

Pour conclure, comme chaque année, on constate que le PLFSS n'a pas permis de vision d'ensemble réclamée à cor et à cri par les acteurs de la santé, qu'il n'est pas « un levier porteur de priorités hiérarchisées et affichées et de réelle vision pour notre avenir collectif en san-

té ». En matière de santé, les choix ne peuvent pas se faire à l'aune d'une année budgétaire. Le vote tel qu'il est proposé ne permet pas de faire les choix de moyen et long termes qui s'imposent. Le cadre actuel, avec des ajustements permanents à la marge, ne permet plus d'avoir une capacité de projection pour les acteurs, ni d'adapter le système de santé au regard des besoins. Il n'est donc pas possible d'avoir des débats de fond sur les orientations que nous souhaitons donner à notre système

**LE CADRE ACTUEL,
AVEC DES
AJUSTEMENTS
PERMANENTS À LA
MARGE NE PERMET
PLUS D'AVOIR
UNE CAPACITÉ DE
PROJECTION POUR
LES ACTEURS, NI
D'ADAPTER LE
SYSTÈME DE SANTÉ
AU REGARD DES
BESOINS**



de santé. Si l'examen des projets de loi apporte chaque année son lot de mesures, le cadre de régulation du système de santé actuel nous conduit donc à nous focaliser sur des politiques de rabot budgétaire rendant impossible toute stratégie d'avenir. Un nouveau modèle qui accompagnerait les réorganisations nécessaires et déterminerait une véritable stratégie d'investissement de long terme (qui ne se résume pas à un catalogue de priorités) semble indispensable. Il y va de la pérennité de notre modèle social.

L'instauration d'une loi de programmation pluriannuelle en santé - à l'instar des lois de programmation militaire - régulièrement évoquée pourrait par exemple permettre de « s'accorder sur les grandes réformes à mener pour notre système de santé » et d'apporter la visibilité à long terme réclamée par les acteurs de terrain. Ce nouveau cadre permettrait d'identifier les risques et les opportunités à long terme, de définir une stratégie à court et moyen termes et d'en déduire le cadre financier qui s'impose. En résumé, le changement de paradigme qui nous oblige, suppose de porter une vision stratégique et politique pour notre système de santé et d'en tirer dans un second temps les conséquences en termes d'organisation et de moyens ! ■

Sources :

- DP - *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.*
- *Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 1682 pour 2024.*
- *Avis de la commission des finances sur le Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 - (n° 1682). M. Michel Lauzzana.*

RETROUVER L'ESPRIT CONTRACTUEL DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

COMME C'EST LE CAS DANS DE NOMBREUX AUTRES PAYS, NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EST EN PROIE À UNE CRISE PROFONDE, MAIS PAS IRRÉMÉDIABLE... À CONDITION D'AGIR ET DE RÉNOVER LE SYSTÈME CONVENTIONNEL ET SON FINANCEMENT.

Nous vivons une époque sans précédent d'accélération des mutations dans tous les domaines, où les défis qui se posent à notre système de santé sont plus importants et cruciaux que jamais. Dans un contexte économique tendu, ces défis – l'accès aux soins, le contexte démographique, la transition numérique – sont une formidable opportunité pour démontrer la pertinence des soins de ville et leur agilité en matière d'organisation des soins.

Depuis la crise du Covid, l'ensemble des acteurs politiques, l'Élysée, le Gouvernement, le Parlement et les élus locaux sont soumis à une pression forte de l'opinion publique sur l'accès aux soins qui les poussent à prendre de plus en plus d'initiatives, souvent à la va-vite et en dehors de toute réelle concertation. Les Français ont pris douloureusement conscience de l'inadaptation d'une organisation qui peine à répondre à leurs besoins. Pour la première fois depuis les ordonnances de 1945, l'accès aux soins recule dans notre pays.

La transformation des déterminants de santé publique liée au vieillissement de la population comme aux évolutions thérapeutiques qui ont

transformé des maladies jusqu'alors fatales en pathologies chroniques a mis en abyme une organisation des soins datée, morcelée, calcifiée dans les sédiments déposés par une réglementation prolifique et restrictive...

Début 2023, au sortir de la pandémie, le président de la République a clairement exprimé l'urgence d'une refondation de notre système de santé reposant sur la réorganisation de l'hôpital et des soins de ville – vœux de plus en plus pieux au fur et à mesure que le temps s'écoule.

UN BON CONTRAT VAUT MIEUX QUE DIX LOIS

L'absence de vision de long terme pour le système de santé, la décorrélation entre stratégie nationale de santé, projets régionaux de santé et lois de financement de la Sécurité sociale, la fuite en avant de l'administration qui cherche à apporter à chaque situation complexe une règle législative, la multiplication des propositions de loi à l'initiative de parlementaires, l'absence d'une véritable loi-cadre empêchent d'offrir un horizon aux acteurs de santé.

Pourtant, pour ce qui concerne les soins de ville,

SÉBASTIEN GUÉRARD

PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES RÉÉDUCATEURS

LE SYSTÈME CONVENTIONNEL EST UN TRÉSOR EN PÉRIL. DANS UN PAYS SOUFFRANT D'UNE VERTICALITÉ OMNIPRÉSENTE ET D'UN DÉBAT PUBLIC SATURÉ DE CONFLITS, IL FAIT PRESQUE FIGURE D'EXCEPTION

il serait possible d'aller plus vite et plus loin en créant une nouvelle dynamique conventionnelle.

Le système conventionnel est un trésor en péril. Dans un pays souffrant d'une verticalité omniprésente et d'un débat public saturé de conflits, il fait presque figure d'exception. Il a permis de transformer l'accès aux soins pour tous les Français au tournant des années 70, dans le cadre d'un pacte entre la nation et les professionnels de santé libéraux reposant sur la solvabilisation des soins. Ce dialogue singulier entre l'Assurance maladie, les syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux et le Gouvernement, malgré des désaccords et des ruptures, a contribué sur la durée à répondre à des enjeux importants : développement des bonnes pratiques, promotion, coordination et qualité des soins, et pour certaines professions, organisation d'un maillage

harmonieux de l'offre dans les territoires.

Mais depuis quelques années, les grands dossiers sont de plus en plus souvent traités en dehors des conventions, à travers des textes législatifs ou réglementaires, piégeant les négociations dans un débat tarifaire intenable. L'examen annuel des PLFSS apporte son lot de mesures non concertées avec le terrain, qui finissent bien souvent par ne pas être appliquées, voire être amendées l'année suivante faute d'avoir été bien préparées. Lorsqu'elles sont appliquées, au mieux elles le sont de façon moins efficace que des dispositions conventionnelles, au pire elles suscitent de l'incompréhension, voire du rejet.

À titre d'exemple, les rendez-vous de prévention aux trois âges clés de la vie en sont à leur deuxième modification législative dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) avant même leur mise en œuvre, et on ne compte plus les incohérences des discours ministériels au sujet de ce dispositif. Création législative, ces rendez-vous verront leur contenu et leurs tarifs fixés par voie réglementaire. L'absence de négociations avec les premiers concernés handicape d'ores et déjà leur mise en œuvre, au nom d'une soi-disant plus grande efficacité de la norme ministérielle face aux conventions négociées.

Le remplacement du contrat par la norme descendante se cache de plus en plus souvent sous le vocable de « territorialisation », qui laisse imaginer une prise en main directe par les acteurs, mais cache en réalité une inflation de dispositifs le plus souvent illisibles pour les soignants. CPTS

(Communauté professionnelle territoriale de santé), MSP (Maison de santé pluriprofessionnelle), PTA (Plateforme territoriale d'appui), DAC (Dispositif d'appui à la coordination), CTS (Communauté territoriale de santé), CLS (Collectivité locale de santé), PTSM (Projet territorial de santé mentale), GHT (Groupement hospitalier de territoire) : malgré toute la bonne volonté du monde, le terme de « territorialisation » ne permet pas aux professionnels de terrain de voir dans cette avalanche de sigles des opportunités pour mieux prendre en charge les patients. La réglementation descendante, non négociée, produit de l'illisibilité. Récemment, une CPTS bretonne a été dissoute, son président pointant du doigt une « réunionite aiguë et chronophage », et son vice-président dénonçant une « superposition des structures » et « des conflits entre les acteurs, car on ne sait pas qui fait quoi¹ ».

Ce même constat d'illisibilité s'applique aussi aux protocoles de coopération, au sujet desquels un rapport de l'IGAS évoquait l'impossibilité d'en évaluer précisément le nombre et l'efficacité². Quant aux expérimentations « article 51 », dont il n'est pas nécessaire de

revenir sur la complexité de la mise en œuvre, sur plus de 1 100 projets déposés, moins de 150 sont terminés ou en cours de déploiement³. Ces expérimentations, par nature limitées géographiquement, pourront grâce à la LFSS 2024 être intégrées dans le droit commun... Selon des modalités définies par voie réglementaire. Quand « territorialisation » et « expérimentation » riment surtout avec « bureaucratisation »...

L'illisibilité marque aussi les dispositifs de finan-

cement de la santé. À chaque difficulté observée sur le terrain semble répondre une nouvelle modalité financière : la prise en charge spécifique de l'HAD pour mieux décroiser ville et hôpital ; la dotation globale pour améliorer le fonctionnement des EHPAD ; les Fonds d'intervention régionaux (FIR) des ARS pour financer l'innovation et la coopération, quand celle-ci n'est pas poussée par les CPAM.

Finalement, les professionnels de santé libéraux ne savent même plus à qui adresser leurs factures pour des prises en charge dont les tarifications échappent à la négociation conventionnelle. Voilà la réalité de terrain des libéraux de santé.

Face à cette inflation normative, le système conventionnel se construit hélas de façon quasiment exclusive dans le cadre de la maîtrise des dépenses. Ces contraintes budgétaires, complètement décorrélées de l'évaluation des besoins de soins réels de la population et des objectifs de santé publique, augmentent significativement

lorsque l'ONDAM est inférieur à l'inflation. Il faudrait être aveugle pour ne pas constater la montée des doutes face à des conventions de plus en plus complexes, qui finissent de plus en plus par n'être perçues qu'à travers la frustration tarifaire et les contraintes qu'elles engendrent. Les négociations conventionnelles se transforment désormais en luttes de pouvoir.

Le principe du contrat national collectif devient une exception.

Cette dérive du pacte fondateur entre les professionnels de santé libéraux et la société, voulue par certains acteurs politiques qui pensaient pouvoir passer outre le dialogue avec les organisations représentatives, explique en partie certaines des difficultés actuelles.

Or, dans la période qui vient de s'écouler, les partenaires sociaux, par le dialogue et la signature d'accords, ont permis de nombreuses avancées, notamment en matière de santé au travail, de par-



tage de la valeur, alors que l'Exécutif, privé du soutien d'une majorité forte, était condamné à imposer ses projets par la force des 49-3.

Aujourd'hui, les organisations représentatives des professions de santé libérales ont fait le constat unanime que seul le dialogue social conventionnel est capable de permettre l'accélération de la transformation des soins de ville... à condition de restaurer le pacte fondateur et de moderniser la méthode.

RESTAURER LES FONDATIONS ET BÂTIR UN NOUVEAU DEAL CONVENTIONNEL ÉQUILIBRÉ ET ADAPTÉ AUX ENJEUX DE NOTRE ÉPOQUE EST POSSIBLE

Il existe ainsi une bonne nouvelle, en miroir de ce constat général plutôt négatif : les grands enjeux auxquels l'État cherche à répondre par des normes peu lisibles et peu comprises peuvent trouver des réponses négociées avec les professionnels de ville. Il est pour cela essentiel de repenser l'architecture conventionnelle pour favoriser une collaboration interprofessionnelle plus forte et engager une transformation consensuelle des pratiques.

Il conviendrait tout d'abord d'apporter une meilleure compréhension du dispositif conventionnel en apportant de la transversalité et de la cohérence entre les conventions (notamment en harmonisant les tarifs des actes, quel que soit le professionnel qui le réalise) et en favorisant les accords multiprofessionnels lorsque des actes sont partagés ou dans le cadre de certains parcours de soins.

L'architecture conventionnelle doit ainsi être repensée, en envisageant un nouvel ordonnan-

cement conventionnel reposant sur un socle interprofessionnel fort. Cela passe par le renforcement de l'Accord-cadre interprofessionnel (ACIP). Sous-utilisé, celui-ci pourrait pourtant devenir le véhicule principal des évolutions en matière de collaboration interprofessionnelle et de partage des tâches, et permettre une transformation choisie des pratiques interprofessionnelles. Dans ce cadre, rien ne nous interdit de repenser les Accords conventionnels interprofessionnels (ACI) afin d'amener cette transversalité.

L'illisibilité du système, comme nous l'avons vu, provient de la multiplication de dispositifs censés, chacun, répondre à une problématique particulière. Un socle interprofessionnel négocié doit clairement définir les financements des Équipes de soins primaires (ESP), des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou encore des Services d'accès aux soins (SAS). À l'heure actuelle, leurs financements reposent sur des accords organisés en silos, complètement cloisonnés les uns par rapport aux autres. Remettre à plat le fonctionnement de ces dispositifs doit se faire de façon négociée.

En outre, une trajectoire plus linéaire pour les conventions monoprofessionnelles est nécessaire et impose de sortir de la logique actuelle de la feuille blanche renouvelée tous les 5 ans. Il s'agirait de passer à une logique d'enrichissement régulier des conventions dans le cadre d'un cycle triennal de négociations, mais aussi d'indexer les lettres-clés sur l'inflation. En plus d'apaiser les travaux, ce changement de rythme s'inscrirait dans la trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM. Les accords conventionnels reposeraient alors sur

une dynamique financière mieux définie et plus transparente. Cela laissera aussi le temps nécessaire à la Caisse nationale d'assurance maladie et aux partenaires conventionnels pour déployer pleinement les mesures.

La réduction des délais entre la signature des accords conventionnels et leur entrée en application, afin de mieux répondre aux défis du système de santé, doit également représenter un objectif fort afin de les rendre visibles pour les professionnels. Ce serait un facteur de réconciliation entre certains professionnels tentés par le déconventionnement.

Mais un système conventionnel fort suppose de rétablir la confiance entre des acteurs forts et responsables en capacité de s'engager.

LA QUESTION DU FINANCEMENT, OU QUI PAYE QUOI ?

Attachés à un système assurantiel basé sur le copaiement qui garantit l'exercice libéral et le libre choix du patient de ses professionnels de santé, nous libéraux, devons-nous poser la question du financement du système conventionnel. Malgré le fait que la branche maladie soit financée à plus de 50 % par la fiscalité et de moins en moins par des cotisations assises sur les revenus du travail, le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques continuent de représenter un défi important pour les dépenses de santé.

Il faut ainsi urgemment clarifier la répartition des rôles entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie complémentaire (AMC), en posant clairement la question du panier de soins (qui assure quel risque ? et surtout comment financer la prévention à la large échelle ?), et en clarifiant le rôle des uns et des autres, des parlementaires, mais aussi des professionnels de santé dans l'évaluation et la construction des lois de financement.

Enfin, il s'agit de savoir comment nous sommes capables, collectivement, d'écrire une trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM, de transférer réellement la charge entre l'hôpital et la ville (entre 2012 et 2022, l'augmentation des dépenses

hospitalières était de 35 % contre 25 % pour les soins de ville, en plein virage ambulatoire !), car si l'on veut faire du domicile des patients le premier hôpital de France – ce qui est une nécessité absolue au regard du contexte démographique – il faudra être capables de transférer des moyens pour que la ville puisse absorber cette charge. Il faudra cependant être vigilants face à la tentation de faire appel à la financiarisation de l'offre de premier recours afin d'accélérer et d'industrialiser ces transformations...

Il faut donc conforter, moderniser et réformer les modalités de négociation des conventions nationales entre les professionnels et l'assurance maladie. C'est une nécessité impérieuse.

Enfin, nous devons collectivement regarder avec lucidité, le sujet de la représentativité syndicale. Les modalités actuelles, depuis la loi HPST, ont surtout concouru à affaiblir les syndicats plutôt qu'à consolider leur représentativité en conduisant à une balkanisation de la représentation ; ce phénomène étant catalysé par l'émergence de collectifs en tous genres, issus des réseaux sociaux et entretenant la confusion entre démocratie représentative et démocratie participative. Ce phénomène touche plus généralement la vie démocratique du pays dans son ensemble, et se traduit pour les professionnels de santé par une baisse de participation aux élections professionnelles, favorisant des populismes et corporatismes irresponsables. Il faut que ça change !

Les règles déterminant la représentativité des organisations syndicales doivent donc elles aussi être questionnées et sans doute mieux définies. Le chantier est ouvert ■

Sources :

- « Réunionite aiguë », expérience « chronophage » : une CPTS jette l'éponge, Loan Tranthimy, *Le Quotidien du Médecin*, 8 janvier 2024.
- « Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé », *Inspection générale des affaires sociales, rapport, novembre 2021*.
- « Rapport au Parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé », *ministère de la Santé et de la Prévention, 2023*.

IMMIGRATION : TROIS ÉCLAIRAGES SUR LES ENJEUX ÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES

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

ET
DIDIER BAZZOCCHI
VICE-PRÉSIDENT DU CRAPS

Lors de sa conférence de presse du 16 janvier dernier, le président de la République, réagissant à la forte baisse du nombre de naissances en 2023, a révélé au grand public l'enjeu démographique auquel la France est confrontée, et par là même, l'importance d'une inflexion de la natalité. Ce débat rétroagit sur celui de l'immigration. La question de l'immigration nous confronte en effet à des enjeux politiques, mais aussi démographiques et économiques fondamentaux, en France, et plus encore au sein de l'Union européenne.

L'enjeu politique de l'immigration traite du vivre-ensemble dans la cité et du maintien d'une culture commune. Cet enjeu comporte plusieurs aspects : lien avec l'ordre public, multiculturalisme ou assimilation,



laïcité et islam, intégration économique, culturelle et sociale, paix civile... Quelle société voulons-nous construire ? Le débat public sur l'immigration s'est focalisé sur ces questions d'identité et de sécurité. Nous sommes convaincus de l'importance du vivre-ensemble et de la primauté du politique. C'est le débat essentiel. N'en ignorons pas pour autant le débat économique.

Le débat a éludé le fond des enjeux économiques. Il s'est concentré sur le sujet de la régularisation des immigrés en situation irrégulière exerçant des métiers en tension.

Comme nous le voyons bien autour de nous, dans de nombreux métiers, les travailleurs sont issus de l'immigration. La France a connu une immigration de travail dès le début du XX^e siècle, d'abord d'origine européenne. Elle s'est ouverte à une immigration de travail extra-européenne après la Seconde Guerre mondiale. Certains secteurs comme le bâtiment ou les services à la personne reposent encore largement sur des travailleurs issus de l'immigration. Plus récemment, un nombre croissant de métiers ont peiné à trouver de la main-d'œuvre, parfois très qualifiée, comme les médecins ou les ingénieurs, devenant eux aussi des métiers en tension.

Mais les enjeux économiques liés à l'immigration, dans un contexte de transition démographique et de désaffection vis-à-vis du travail, et dans une

société exposée à la concurrence internationale, sont beaucoup plus larges. Ils pèsent de manière pondérante et implicite sur les décisions de politique publique, y compris de protection sociale, sans que l'on en ait souvent pleinement conscience.

Et, comme on le verra plus loin, l'enjeu économique rétroagit sur l'enjeu politique et sociétal.

*
* * *

La loi immigration à présent adoptée, il convient, à nos yeux, de nous interroger, dans la perspective de sa mise en œuvre, sur les enjeux futurs pour notre économie, et d'approfondir les relations entre économie et immigration.

Nous ne chercherons pas à être exhaustifs, mais plutôt, pour éclairer par une approche économique le débat sur la politique migratoire, à rappeler quelques éléments de

contexte, puis à analyser des évolutions en cours et les mécanismes démographiques portant sur les trois sujets suivants :

- La compensation par l'immigration d'une insuffisance de main-d'œuvre.
- La compensation par l'immigration d'une désaffection pour certains métiers.
- La compensation par l'immigration d'une décroissance de la population.

**LA LOI IMMIGRATION
À PRÉSENT ADOPTÉE,
IL CONVIENT, À NOS
YEUX, DE NOUS
INTERROGER, DANS LA
PERSPECTIVE DE SA
MISE EN ŒUVRE, SUR
LES ENJEUX FUTURS
POUR NOTRE ÉCONOMIE,
ET D'APPROFONDIR
LES RELATIONS
ENTRE ÉCONOMIE ET
IMMIGRATION**

I. LE CONTEXTE

1.1 Le contexte international et national est marqué par des tendances lourdes

La population mondiale a atteint 8 milliards d'habitants en 2022. Elle a doublé depuis 1974 et ne comptait que 1 milliard d'habitants en 1800. Elle pourrait atteindre 9,7 milliards en 2050 et 10,4 en 2100. La population de l'Afrique, Afrique du Nord comprise, passerait de 1 milliard en 2010 à 2,5 milliards en 2050 et 4 milliards en 2100, alors que celle de l'Europe déclinerait (source Nations unies).

La pression migratoire ne peut qu'augmenter vers cette Europe tempérée et dont la population diminue, notamment depuis l'Afrique voisine. Le solde naturel de la population de l'Europe à 27 est en effet négatif depuis 2012. Le nombre des décès dépasse celui des naissances de 1,3 million en 2022 et seuls 6 pays ont en core un solde naturel positif.

Les causes des migrations sont multiples. Au premier plan, la difficulté à vivre, voire à survivre dans certains pays du fait de la pauvreté, de l'insécurité, de la guerre ou de la tyrannie constitue la première motivation, légitime, des émigrants. Il s'y ajoute désormais le dérèglement climatique. L'échec de la coopération avec les pays ayant acquis leur indépendance n'a pas permis l'essor d'une économie permettant aux populations d'y

vivre de manière sereine. C'est un puissant facteur d'émigration.

Autre tendance lourde, sur le plan économique, le ralentissement de la hausse tendancielle de la productivité du travail, qui a été un soutien majeur de la croissance économique depuis le début de l'industrialisation. La productivité du travail risque fort de ne pas se poursuivre à l'avenir, du moins pendant un temps long, du fait de la transition énergétique nécessitée par le réchauffement climatique, et le renoncement aux énergies fossiles bon marché qui en résulte : l'énergie va coûter plus cher à produire, ce qui traduit le fait qu'il faudra davantage de travail immédiat, ou accumulé au travers des investissements, pour la produire ; à travail constant, le travail disponible pour les autres activités sera réduit, et leur production diminuera. Les innovations permises par la révolution numérique en cours, comme l'intelligence artificielle, vont-elles compenser cette

NIVEAU ET ORIGINE DE LA POPULATION IMMIGRÉE

		Nés hors de l'UE	Nés dans l'UE	Total
ALLEMAGNE		10%	8%	18%
FRANCE		9%	3%	12%
ITALIE		7%	3%	10%
ESPAGNE		11%	4%	15%
POLOGNE		1%	1%	2%

SOURCE : EUROSTAT

perte de productivité du travail ? Il ne nous semble pas exister de réponse étayée à cette question. À travail total constant, la production mondiale totale risque de connaître une réduction, et ainsi de provoquer un appauvrissement des peuples. Certains chercheront à compenser en important de la main-d'œuvre.

1.2 Le contexte français est en partie particulier

S'il y a des similitudes dans le concert des pays européens, plusieurs phénomènes spécifiques caractérisent notre pays :

- Le niveau et l'origine de la population immigrée dans l'UE sont hétérogènes. Dans la plupart des pays européens, le niveau de l'immigration est croissant : la part des immigrés dans la population française totale est passée de 5 % au sortir de la Seconde Guerre mondiale à 10 % à présent. Si la France se trouve à un niveau intermédiaire en Europe (niveau moyen de 12 %, source INSEE),

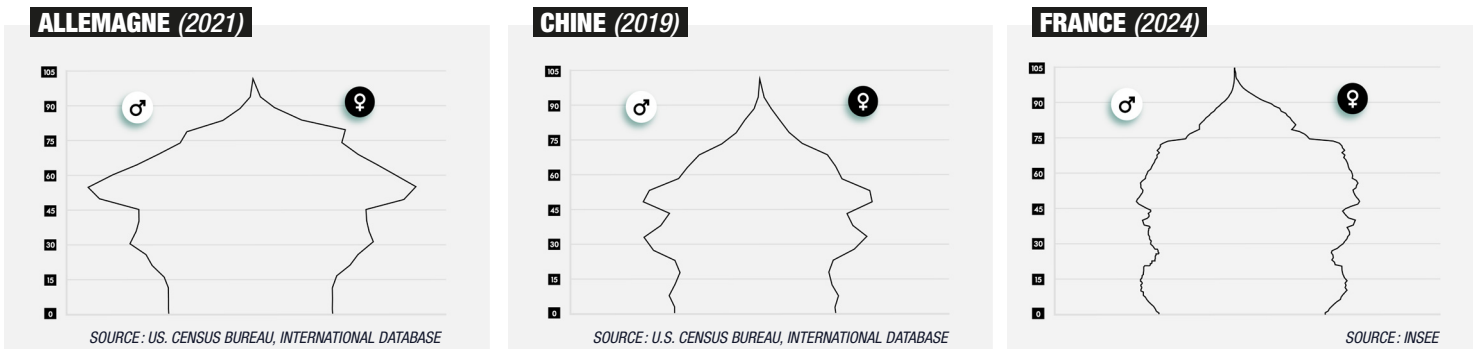
on constate de fortes disparités tant en termes de niveau de la population immigrée que d'origine (voir illustration page précédente) :

- En France, les motivations économiques ne représentent actuellement qu'une faible fraction de l'immigration officielle.

16 % en 2022, en croissance sur la période récente, comme on le voit dans les chiffres ci-dessous.

- Ceci n'est pas sans conséquences sur l'équilibre des régimes sociaux, à court, moyen et long terme. Par exemple, le chômage au sein de la population immigrée est actuellement supérieur au taux de chômage au sein de la population native (source : Insee). En revanche, la proportion des immigrés retraités est moindre.

Dans un contexte où le budget des régimes sociaux représente plus de la moitié de l'ensemble des dépenses publiques et où les 800 milliards



d'euros de prestations sociales génèrent 45 milliards d'euros de déficit réel par an, on peut moins que dans d'autres pays faire l'impasse sur cette réflexion sur l'immigration de travail.

- Enfin, bien que l'on y travaille globalement significativement moins que dans les autres pays de l'OCDE, on observe dans notre pays une forte réticence à travailler davantage, quelles qu'en soient les modalités, ce qui favorise mécaniquement une immigration de travail, légale et illégale.

1.3 Le potentiel d'importation de main-d'œuvre qualifiée est limité

De nombreuses économies ont besoin de main-d'œuvre. Avec la transition démographique, la structure démographique de nombreux pays passe d'une forme en pyramide à une forme en « kebab ». La base du « kebab » est plus ou moins étroite selon les pays. La population d'âge actif suffit de moins en moins à couvrir la demande de services (souvent non importables) et de biens (souvent importables) de tous.

Importer des travailleurs productifs venant de pays encore en croissance démographique et disposant d'une abondante population jeune est possible tant que ces pays ne sont pas plus avancés dans la transition démographique.

Certains pays assument à l'inverse le choix de la décroissance démographique. Souvent insulaires ou dotés de pouvoirs forts, des pays tels que le Japon ou la Chine sont en capacité de contrôler une immigration non désirée. En revanche, la maîtrise de l'importation de main-d'œuvre est un sujet particulièrement important pour un pays comme la France, qui a un système de protection sociale fortement redistributif et un système de retraite fondé sur la répartition.

Les situations démographiques, pour ce qui concerne les pays européens, sont assez différentes. S'il existe des éléments de politique migratoire commune, les politiques nationales sont différentes, on a en tête les prises de position d'Angela Merkel pour l'Allemagne. Les politiques publiques des différents pays européens sont déconnectées. Ceci n'est pas sans conséquences, en particulier pour les immigrants acquérant la nationalité de leur pays d'accueil, qui peuvent ensuite circuler librement en Europe.

Dans ce contexte hétérogène, c'est en pratique et dès à présent une concurrence sur l'importation de certains profils de main-d'œuvre qui s'est mise en place : travailleurs formés ou formables, motivés, intégrables. Cette concurrence sera de plus en plus vive avec l'accroissement des déséquilibres démographiques qui résultent du passage à la retraite des générations nombreuses du baby-

LA PRIMO-DÉLIVRANCE DE TITRES DE SÉJOUR EN HAUSSE DE 11,8 % EN 2022 PAR RAPPORT À 2021

	2018	2019	2020	2021 définitif	2022 provisoire	2022-2021
Économique	33 336	39 043	26 705	36 685	51 673	+40,9%
Familial	97 663	98 206	80 660	93 172	95 507	+2,5%
Étudiant	83 974	90 671	73 394	88 617	101 250	+14,3%
Humanitaire	35 710	38 861	33 801	41 966	40 549	-3,4%
Divers	16 738	20 722	14 828	22 332	27 195	+21,8%
Total (Hors britanniques)	267 421	287 503	229 388	282 772	316 174	+11,8%

SOURCE : VIE-PUBLIQUE.FR

boom, et de la baisse de la natalité dans les pays occidentaux.

1.4 La France n'est pas dépourvue d'atouts, mais sont-ils valorisés au mieux ?

La France est un pays attractif pour l'immigration : tempéré, prospère, pas très dense, avec un système de protection sociale généreux, un système de santé encore de qualité. La langue française est largement parlée dans le monde. La culture et la civilisation, d'origine judéo-chrétienne, laïcisée ou non, sont largement répandues. Tout ceci est censé favoriser l'intégration.

Étant moins en déclin de la natalité que ses voisins et disposant de larges réserves de main-d'œuvre théoriquement mobilisables (chômeurs, inactifs jeunes et seniors) en plus grande proportion que chez ses voisins, la France est moins sous le coup de l'urgence que ses voisins et compétiteurs en matière d'immigration et devrait donc être « plus manœuvrante ».

Pourtant, le taux de chômage y reste à un niveau plus élevé et l'âge de la retraite plus bas que dans de nombre de pays européens. Et le débat sur l'immigration de travail, peu ouvert.

Quel rôle peut jouer la main-d'œuvre issue de l'immigration dans les secteurs en tension, de plus en plus nombreux (environ 60 % de notre économie actuellement), et au-delà pour le soutien de plus en plus large de notre population vieillissante et de notre démographie à terme déclinante ? C'est cette problématique que nous souhaitons approfondir avec le présent dossier.

II. LA COMPENSATION D'UNE INSUFFISANCE DE MAIN-D'ŒUVRE PAR L'IMMIGRATION EST LARGEMENT UNE ILLUSION

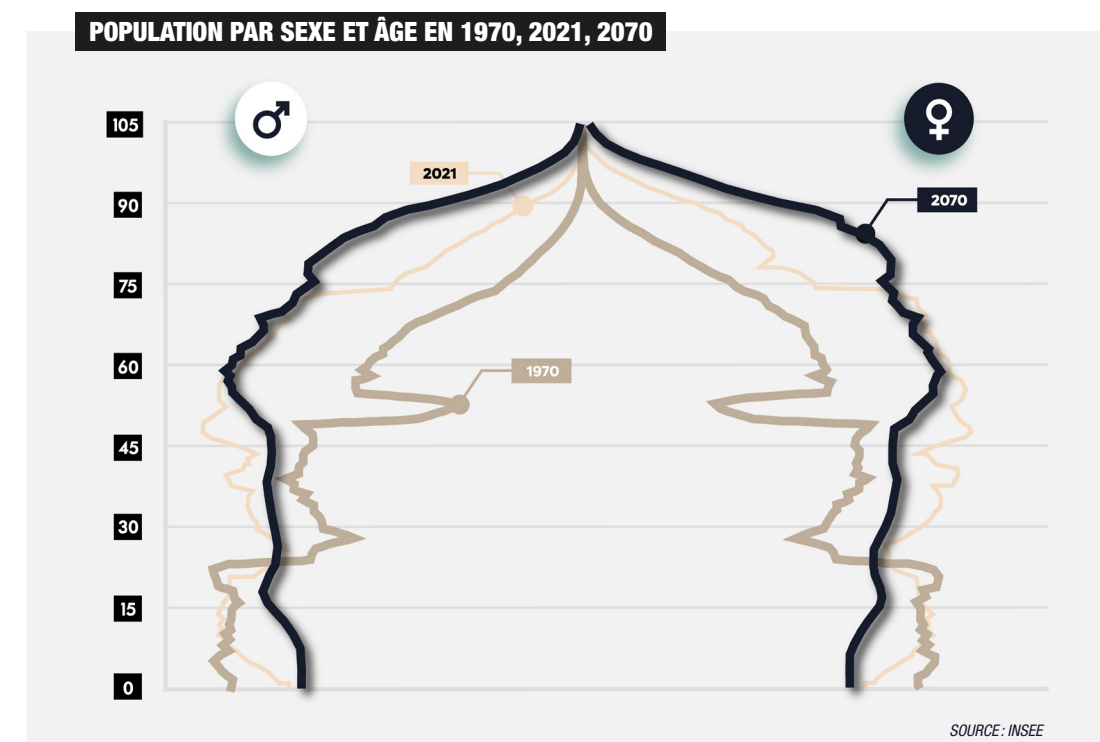
2.1 L'immigration d'une « force de travail » pour compenser une insuffisance globale de main-d'œuvre est, à court terme, à hauteur des 2/3 une illusion (immigration de main-d'œuvre)

Le référentiel est ici celui de la transformation de la structure démographique de notre population en France : sous le double effet de la transition démographique et du passage à la retraite des générations nombreuses du baby-boom (cf. article Crapslog « l'éléphant démographique »), et sur la base des flux démographiques actuels, la population d'âge actif diminue de 50 000 par an, celle des 65 ans et plus augmente de 250 000 par an. La question que nous analysons ici est : à taux d'activité constant à chaque âge, l'importation de main-d'œuvre permet-elle de produire ce qui est nécessaire pour satisfaire une demande croissante de services et de biens ?

Le scénario de référence est de mettre un actif additionnel au travail, ce qui augmente le taux d'activité. L'alternative que l'on analyse, pour évaluer l'efficacité économique d'une « immigration de main-d'œuvre », est de mesurer l'impact d'un recours à l'immigration pour une même production additionnelle.

- Mettre un inactif au travail

Plus nettement pour un chômeur ou un senior que pour un jeune qui entre sur le marché du travail, mettre un inactif au travail n'augmente que marginalement sa consommation, eu égard au financement de son existence antérieure par les régimes sociaux et la solidarité. L'intégralité de la



production de ce travailleur additionnel vient alors augmenter la production nationale et les revenus d'une part, et les biens et services à se partager d'autre part. C'est par exemple la logique de la politique publique poursuivie avec le relèvement de l'âge de la retraite. Le taux d'activité augmente. C'est efficace pour la richesse nationale, et donc pour le pouvoir d'achat et le niveau de vie des citoyens. Le débat résiduel, qui dépasse l'objet de notre propos, est alors celui de la redistribution de cette richesse collective additionnelle qui serait ainsi créée, l'ensemble du système économique s'ajustant.

- Recourir à un travailleur migrant pour subvenir à un besoin non pourvu

Pour simplifier l'analyse et faciliter la compréhension, on supposera que cela contribuera à la production globale autant qu'en mettant un inactif au travail, sans analyser les redéploiements respectifs de l'offre de travail induits par ces deux scénarios. Mais ce travailleur importé a besoin d'être

logé, nourri, soigné, transporté, etc. Il va consommer de l'ordre de l'équivalent des deux tiers de sa production, le dernier tiers étant utilisable pour les autres, essentiellement les retraités. Il va donc falloir recourir à trois personnes pour obtenir la même production additionnelle nette que celle fournie par un inactif se mettant à travailler.

Si nous avions les mêmes taux d'activité que ceux de nos voisins, nous aurions 3,6 millions d'emplois en plus (chiffre Rexecode). C'est notre déficit de main-d'œuvre pour subvenir à nos besoins de consommation de biens et de services, en d'autres termes notre insuffisance de niveau de vie et rétablir l'équilibre de nos finances publiques et de nos régimes sociaux. Les substituer par de la main-d'œuvre importée nécessiterait l'importation de près de 11 millions de travailleurs en plus ($3,6 \times 3 = 10,8$) en l'état actuel de notre démographie et de notre consommation, sans compter leur famille, ni le fait qu'une partie des immigrants re-

partira dans le flux d'émigration. On voit l'ampleur du sujet dans ses différentes dimensions.

2.2 À long terme, l'illusion devient totale

Quand les trois personnes importées prendront leur retraite et consommeront sans produire, il faudra importer une main-d'œuvre additionnelle, dans une dynamique exponentielle, et sans que ceux-ci ne contribuent aux besoins d'autres que leurs prédécesseurs, alors que ces retraités issus de l'immigration les couvriraient en partie.

En régime de croisière et à taux d'activité constant, cette immigration de main-d'œuvre augmente donc exponentiellement la population, mais ne fournit pas de production additionnelle pérenne au-delà de la période initiale. À l'inverse, à moyen et long terme, et tout particulièrement quand ces personnes prendront leur retraite, elles feront peser un coût supplémentaire sur les régimes sociaux.

La conséquence de cette analyse est que pour augmenter le pouvoir d'achat et la consommation par habitant, l'importation de main-d'œuvre ne fonctionne pas dans la durée. Au-delà des gains de productivité, incertains à l'avenir, il faut augmenter la production des effectifs existants pour améliorer le pouvoir d'achat et le niveau de vie. C'est au demeurant ce que fait le Japon.

Face à la large pénurie de main-d'œuvre en Europe, Margaritis Schinas, vice-présidente de la Commission européenne en charge notamment de la migration et des compétences, a présenté en novembre dernier un plan pour attirer des travailleurs étrangers dans les secteurs où les entreprises ne trouvent pas de salarié européen. C'est un problème rencontré par 75 % des PME, a-t-elle précisé. Pour autant que ces travailleurs

étrangers existent, à notre sens, cette approche ne fonctionne pas dans la durée : qu'advient-il quand ils prendront leur retraite ?

III. EN REVANCHE, LA COMPENSATION PAR L'IMMIGRATION D'UNE DÉSAFFECTION POUR CERTAINS MÉTIERS FONCTIONNE (immigration de spécialité), MAIS N'EST PAS SANS CONSÉQUENCES

Le référentiel est ici indépendant de la structure démographique de la population, qu'elle soit en forme pyramidale ou non.

3.1 Différents métiers sont dans notre pays délaissés par les natifs, et exercés principalement par des travailleurs issus de l'immigration

Parmi ces métiers délaissés figurent notamment les employés de maison (39 % des emplois de ce secteur sont occupés par des immigrés), agents de gardiennage et de sécurité (28 %), ouvriers non qualifiés (27 %) ou qualifiés (25 %) du gros œuvre du bâtiment, cuisiniers (22 %), employés et agents de maîtrise de l'hôtellerie et de la restauration (19 %), (chiffres DARES). En Île-de-France, cette proportion dépasse 50 % dans plusieurs métiers, et atteint 61 % pour l'aide à domicile (source INSEE). Cette situation n'est au demeurant pas propre à notre pays, mais avec une ampleur variable selon les pays. Les personnes immigrées (nées à l'étranger et ayant ou non acquis la nationalité française par la suite) occupent 10 % des emplois en France.

3.2 Ces travailleurs issus de l'immigration ont vocation à s'intégrer

Ces travailleurs peuvent avoir été attirés pour exercer ces métiers délaissés, ou être venus en France pour d'autres raisons (réfugiés, regroupement familial, migrants économiques, personnes fuyant des zones de conflit, réfugiés climatiques, étudiants, etc.) et avoir choisi ces métiers par défaut.

L'expérience et les études montrent que leurs descendants s'intègrent au moins partiellement et progressivement et évoluent vers d'autres métiers. On renverra aux études de l'INSEE, par exemple : [www.insee.fr/fr/statistiques/6793314?sommaire=6793391].

3.3 Dès lors, le mouvement d'immigration de spécialité doit-il se poursuivre pour réalimenter ces métiers ?

Tant que les mentalités ne changent pas, ce mouvement d'immigration doit se poursuivre pour continuer de pourvoir ces métiers. Il n'a pas besoin de s'amplifier de façon exponentielle, les natifs, y compris ceux qui sont issus de générations antérieures immigrées, fournissant par leur travail les ressources correspondant aux métiers « non délaissés ». Dans la situation française, les natifs peuvent, à titre d'illustration, représenter de façon stable 90 % des emplois, et les immigrés de première génération 10 %, concentrés sur ces emplois délaissés par les natifs. La population immigrée de première génération peut alors représenter une fraction stable de la population.

Ainsi, l'immigration « de spécialité » peut fonctionner, pour tout type de métier au demeurant : la même analyse pourrait s'appliquer à d'autres spécialités non pourvues par les natifs sans être pour autant à la base de l'échelle sociale. Appliquée aux métiers délaissés, elle a de plus, aux yeux de certains, une vertu d'alimentation de la hiérarchie sociale par la base. Avec ce flux d'immigrants, tous les natifs montent dans la hiérarchie sociale, sans que certains doivent « descendre » pour compenser les mouvements ascendants de la mobilité sociale. À mesure que ces immigrés se déplacent vers d'autres activités, en concurrence avec les natifs (c'est le fruit normal de l'intégration économique, significative à l'échelle des générations), ils sont remplacés par de nouveaux immigrants.



Pour les raisons politiques évoquées en introduction, la capacité à l'intégration progressive des populations immigrées est dans ce référentiel un enjeu majeur. Qu'il s'agisse d'éventuelle sélection à l'entrée, d'accueil, puis d'intégration, y mettons-nous des moyens suffisants, qu'ils soient publics ou relèvent des comportements individuels ou du bénévolat ?

3.4 Le caractère délaissé de ces métiers est-il un frein à l'intégration de ceux qui les exercent et à la variété des profils des migrants ?

On n'abordera pas, dans le cadre du présent dossier, les raisons du délaissement de ces métiers, en se contentant d'observer le peu de considération dont ils font souvent l'objet, à maints égards. Ce dédain, parfois ce mépris, à rebours de l'idée selon laquelle tout métier rémunéré est utile et mérite de ce simple fait respect et considération, - d'autant plus qu'il est moins attractif au demeurant -, déteint-il vers ceux qui les exercent ? Ce manque de respect, de considération, et même de reconnaissance, s'agissant de métiers souvent peu attractifs, mais indispensables, paraît très contre-productif en termes d'intégration, qu'il s'agisse de l'insuffisance des efforts faits à l'égard des intéressés pour les intégrer que d'attitude de repliement générée par ces comportements.

En amont, on peut se demander si le fait de privilégier en matière d'immigration économique les métiers délaissés n'est pas sans conséquences sur les profils et l'intégrabilité des migrants concernés.

Il nous semble en ce sens souhaitable de s'interroger sur la possibilité de faire évoluer le regard et les comportements vis-à-vis de ces métiers,

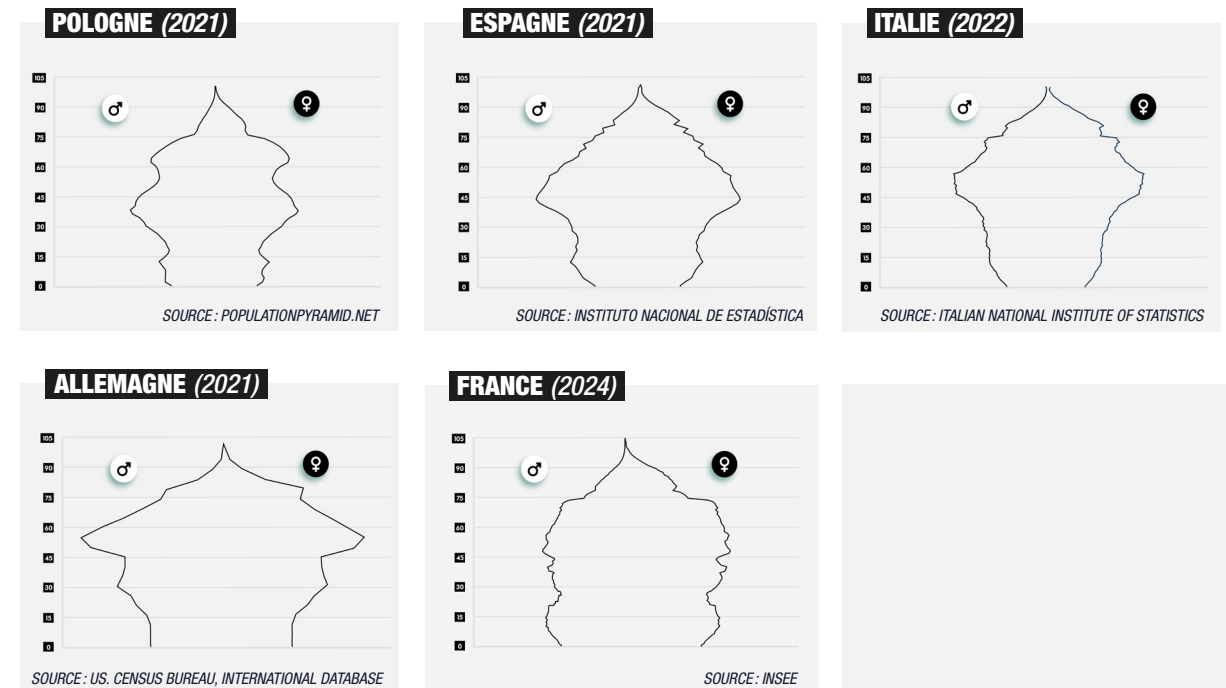
qui nous rapprocherait de ce qui existe dans des pays voisins. L'immigration de travail couvrirait alors plus largement l'ensemble des spécialités, ouvrant un champ plus large à l'immigration choisie et encouragée.

IV. UNE CERTAINE COMPENSATION PAR L'IMMIGRATION D'UNE DÉCROISSANCE NATURELLE DE LA POPULATION À VENIR VA S'IMPOSER (immigration de peuplement)

Le référentiel est à présent celui de la population totale de notre pays, et plus encore de celle des autres pays en commençant par ceux de l'Union européenne, de leurs perspectives d'évolution, et des conséquences à en tirer en matière d'immigration. On se concentrera sur l'Union européenne, qui constitue pour l'essentiel (espace Schengen) une zone de liberté de circulation interne des personnes.

4.1 Perspectives démographiques globales : la décroissance naturelle arrive et sera importante

Les structures démographiques en Europe sont durablement en décroissance. Les représentations graphiques montrent la décroissance à venir, aucun pays ne renouvelant à terme sa population. La base de la structure démographique se rétrécit d'autant plus rapidement que la fécondité est faible : il faut un taux de fécondité de 2,1 par femme pour assurer le renouvellement des générations. On illustrera la situation par la représentation graphique de la structure de la population pour les cinq pays les plus peuplés de l'Union européenne (Allemagne, fécondité moyenne sur 20 ans de 1,43, France 1,94, Italie 1,35, Espagne 1,31 et Pologne 1,34 pour une moyenne européenne de 1,52) :



Cette trajectoire en réduction s'observe par paliers, notamment pour la Pologne, du fait de la structure de la population en âge de procréer. Cette décroissance de la structure est nettement moins marquée en France, où la fécondité est la plus élevée d'Europe et de l'OCDE, ce qui peut expliquer une moindre perception du phénomène de décroissance démographique dans notre pays. Elle s'accélère dans certains pays, comme l'Italie ou l'Espagne, où la fécondité n'atteint plus respectivement que 1,25 et 1,19 en 2021.

La décroissance des structures démographiques va s'amplifier. Avec un taux de fécondité moyen de 1,5 par femme en Europe, le nombre de naissances baisse de moitié en deux générations. Il est divisé par trois en trois générations. Certes, cela prend un certain temps, mais le dépeuplement avant mouvements migratoires est très mar-

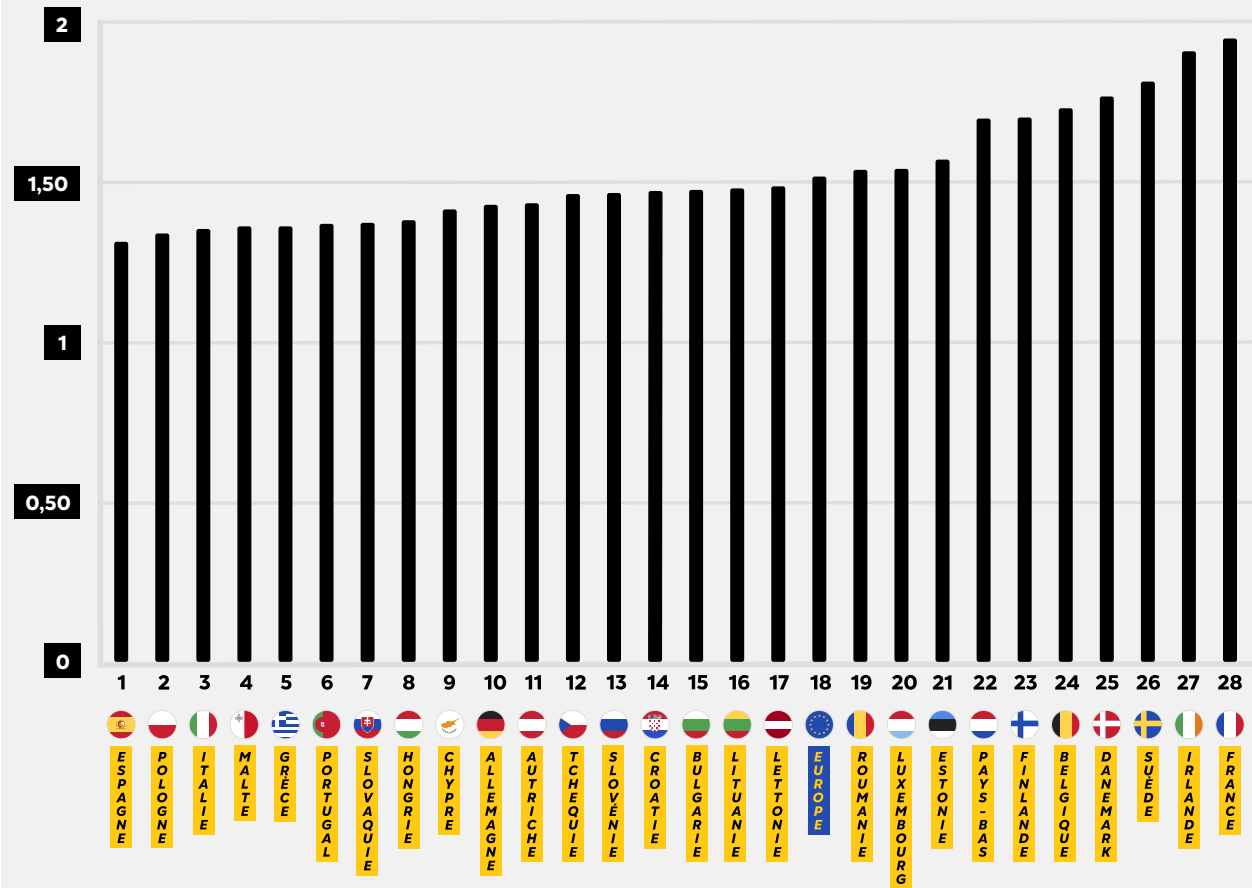
qué. Et pour les pays où la fécondité resterait à 1,2, le nombre de naissances passerait de 100 à 57 en une génération, à 33 en deux générations, et à 19 en trois générations, une véritable désertification démographique.

Pour ce qui concerne notre pays, avec une fécondité de 1,80, il manque 15 % de natalité pour assurer le renouvellement naturel des générations. Cette décroissance s'accroît depuis la crise sanitaire de 2020. En 2023, on constate une baisse de 45 000 naissances sur les onze premiers mois de l'année, soit près de 7 % par rapport à 2022. La baisse du nombre de femmes en âge de procréer n'explique pas l'ampleur du phénomène.

Cette évolution est noyée jusqu'ici dans les chiffres de population globale. L'allongement de la

FÉCONDITÉ MOYENNE SUR 20 ANS DANS CHACUN

DES 27 PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE ET DANS L'UNION EUROPÉENNE



SOURCE : EUROSTAT

durée de la vie humaine et le vieillissement de la population qui en résulte, ainsi que l'immigration, compensent une large part de cette insuffisance de natalité, et de ce fait notre population continue de croître. Au total, sur la période récente, la population de l'UE a continué d'augmenter. Dans le Scénario central des prévisions de l'INSEE pour la France, elle culminera en 2044 et se réduira lentement ensuite. Mais 21 des 27 pays de l'Union européenne ont dès à présent un solde naturel négatif. Néanmoins, leur population totale ne décroît pas systématiquement du fait d'un solde migratoire positif.

La situation globale est sur le point de s'inverser, sous le double effet de l'arrivée à l'âge de fin de vie des populations nombreuses du baby-boom et de leur remplacement par des générations significativement moins nombreuses et en décroissance. Eurostat prévoit que, sur la base de la fécondité et des flux migratoires actuels, la population européenne culminerait en 2026 et déclinerait ensuite. 2026, correspond à l'âge de 80 ans pour la première génération du baby-boom, celle de 1946, et 80 ans est l'espérance de vie moyenne en Europe.

Selon ces prévisions, le mouvement de décroissance de la population native va se prolonger pendant 35 ans environ jusqu'à l'extinction des dernières générations du baby-boom, et se poursuivre plus lentement ensuite. Les Nations unies prévoient que la décroissance de la population totale atteindrait 15 % d'ici 2050 dans une dizaine de pays d'Europe. Cela peut sembler peu, et à un horizon éloigné. Notons que 15 % de la population française, c'est tout de même 10 millions d'habitants !

Peut-on penser que nos pays d'Europe connaîtront un dépeuplement à la hauteur de l'évolution naturelle de la population ? S'agissant de pays riches, de climat tempéré, avec une population vieillissante, au sein d'une population mondiale croissante pendant encore un certain temps, et majoritairement pauvre, c'est improbable.

4.2 Peut-on dimensionner le besoin d'immigration à prévoir ?

Nous n'avons pas trouvé de référentiel communément admis sur le sujet. Nous avons cherché des éléments de cadrage macro-démographiques de long terme et retenu un référentiel simple : quel flux d'immigration faudrait-il pour stabiliser la situation démographique dans l'hypothèse d'une absence d'émigration et d'une espérance de vie stabilisée ? Dans une perspective de long terme, une situation démographique est stable si la population se reproduit. Cela correspond à un taux de fécondité de 2,1. En comparant à la fécondité observée sur les 20 dernières années, on voit l'ampleur du déficit de natalité : la fécondité en Europe y a varié selon les époques et les pays entre 1,13 et 2,06, et entre 1,43 et 1,57 pour la moyenne. (Voir tableau et graphique P72 et P74).

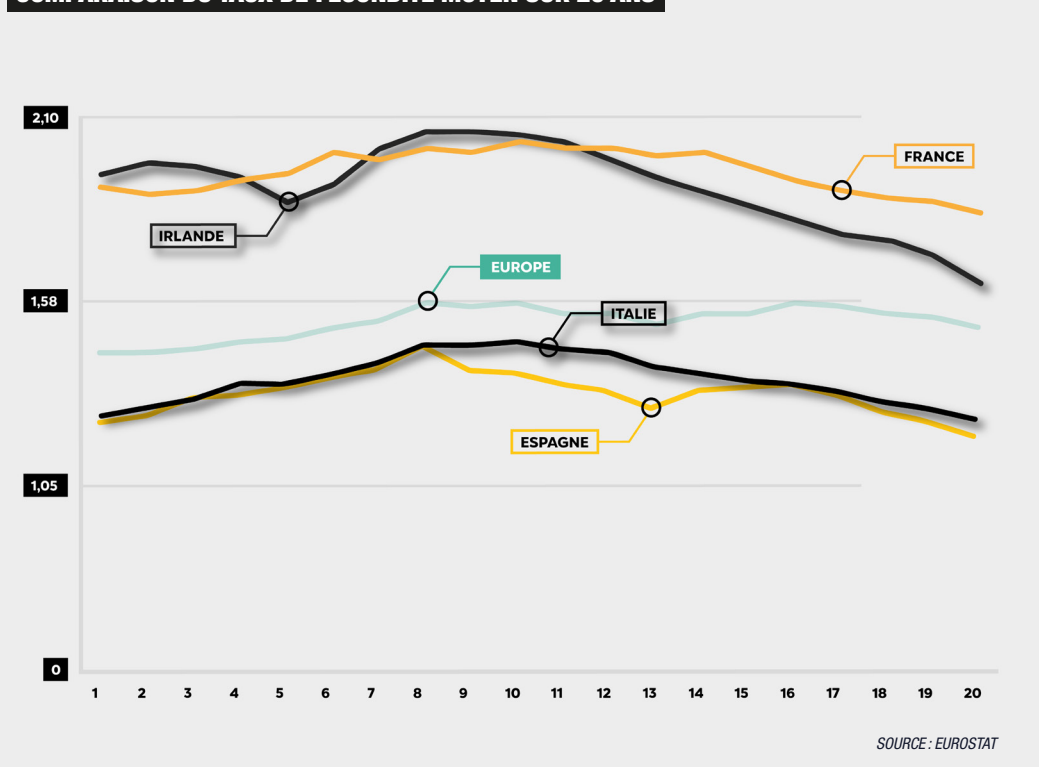
La dispersion des moyennes nationales est significative, avec une fourchette assez large : 1,94 pour la France et 1,91 pour l'Irlande, et 1,31 pour l'Espagne et 1,34 pour la Pologne sur 20 ans.

Si l'on considère que le nombre d'habitants est une composante discriminante de la croissance économique - a fortiori dans notre pays, dont la prospérité immédiate est portée par une économie de la demande, financée par la dette -, le maintien du niveau de population est une nécessité économique autant que politique et sociale. Nous n'avons pas trouvé de modélisation sur la relation entre population et croissance économique pour le modèle français. Ceci permettrait de fixer pour le moyen et long terme un niveau cible de population en fonction de la croissance recherchée, selon différents scénarios macroéconomiques.

Si l'on prend pour hypothèse le maintien de la population à un niveau stable, avec un taux de fécondité de la France de 1,80 en 2022, il faudrait importer chaque année 15 % de personnes en plus des naissances pour assurer le renouvellement des générations. Au taux moyen de fécondité européen de 1,50, et sans tenir compte de l'émigration, il faudrait importer 40 % de personnes en plus. Au taux de l'Espagne, c'est 60 % de personnes qu'il faudrait importer en plus des naissances.

Si l'on se réfère aux taux les plus bas atteints sur la période, en 1999, les taux de fécondité les plus faibles en Europe étaient de 1,13 en République Tchèque, 1,17 en Espagne, 1,21 en Slovaquie, 1,23 en Bulgarie, en Grèce et en Italie. Ces générations de 1999 sont celles qui entrent à présent sur le marché du travail et ont l'âge de procréer, et celles qui le seront au cours des 25 prochaines années sont déjà nées.

COMPARAISON DU TAUX DE FÉCONDITÉ MOYEN SUR 20 ANS



Avec un taux de fécondité de 1,2, ce sont 75 % de personnes qu'il faudrait importer en plus des naissances pour maintenir stable la population, en l'absence de flux d'émigration. À titre indicatif, le mouvement de sortie de la population immigrée représente actuellement le quart de l'immigration en France. Sur cette base, un pays dont la fécondité est de 1,2 devrait importer chaque année autant de jeunes immigrants qu'il y a de naissances dans chaque génération, pour que ceux qui restent, ajoutés à la population native, stabilisent la population totale. Avec une telle ampleur du flux migratoire, la question politique de l'intégrabilité prend toute sa dimension.

4.3 Comment aborder le besoin de population additionnelle ?

L'étude de la démographie montre que la décroissance de la population européenne native est certaine pour les 20 prochaines années, même dans le cas improbable d'un très fort sursaut de la natalité : la population en âge de procréer est dès à présent en diminution, pour les 20 prochaines années. De plus, même avec des politiques publiques qui seraient très natalistes - ce qui apporterait une contribution très utile - on ne voit pas la natalité remonter très significativement en Europe. Retrouver un niveau de fécondité de 2,1 en France, pays à la plus forte fécondité de l'UE, est

improbable, tant pour des raisons sociologiques et économiques que du fait de la perception qu'ont les jeunes générations des effets de la croissance démographique sur le dérèglement climatique, auquel s'ajoute un potentiel contrecoup de la crise Covid. Désormais, on décide d'avoir moins ou pas d'enfants en suivant les modes d'hédonisme et d'émancipation individuelle, de « *childfree* » (sans enfant par choix), de « *Gink* » (*green inclination no kid*) ou de « *Dink* » (*double income, no kid*). L'abandon par la France de sa politique familiale a produit des effets difficilement réversibles.

Cette situation pourra-t-elle être sans conséquences sur les mouvements migratoires, dans le contexte démographique et climatique rappelé plus haut ? La probabilité que le déclin démographique naturel au sein de l'UE ne soit pas au moins compensé par un flux migratoire entrant est à nos yeux voisine de zéro. Comment faire alors face à cette situation ?

Une première composante des politiques publiques face à la pression démographique entrante nous semble être la définition d'objectifs, quantitatifs et qualitatifs. Avons-nous pour ambition de maintenir la population de l'UE à son niveau actuel, environ 450 millions d'habitants, ou de la laisser décroître selon les scénarios tendanciels à politique migratoire constante (moins 32 millions d'ici 2050), ou au contraire de la faire croître pour équilibrer notre rapport de puissance avec nos voisins et les autres grandes puissances planétaires ? Faisons ici l'hypothèse d'un choix qui serait la « non-décroissance ».

Une deuxième composante est l'expression d'un choix explicite entre deux lignes directrices : d'un côté, une approche dans laquelle ce sont les candidats à l'immigration en Europe qui définissent le niveau et la nature des flux migratoires, et de l'autre, une approche dans laquelle ce sont les Européens qui choisissent qui ils veulent attirer, accueillir et intégrer. À cet égard, l'attitude des populations de la plupart des États de l'UE vis-à-vis de l'immigration, comme les ressorts qui ont conduit le Royaume-Uni à quitter l'UE, nous semblent conduire à privilégier le choix d'une immigration choisie, et pilotée pour donner da-

vantage de chances à la cohésion politique et sociale, et au maintien de l'identité des pays composant l'UE. C'est la perspective à laquelle les populations se déclarent désormais majoritairement favorables. Les exemples historiques de guerres civiles entre communautés, parfois peu différentes, comme ce fut le cas encore récemment en Irlande, montrent l'ampleur des dégâts qu'occasionnent les dérives communautaristes, et la nécessité

d'une cohésion nationale.

Si cette approche est retenue, une démarche de réalisme est d'examiner le plus objectivement possible quels sont les gisements de population « importable », d'autant plus que nous sommes confrontés à une vigoureuse concurrence sur le terrain de l'immigration choisie.

Les mesures de mise en œuvre débordent le cadre du présent dossier qui vise surtout à sensibiliser sur l'ampleur des enjeux.

RETROUVER UN NIVEAU DE FÉCONDITÉ DE 2,1 EN FRANCE, PAYS À LA PLUS FORTE FÉCONDITÉ DE L'UE, EST IMPROBABLE

V. EN CONCLUSION, QUATRE PROPOSITIONS, ET TROIS SUGGESTIONS DE DÉBATS POUR UNE ÉVOLUTION DE NOTRE POLITIQUE D'IMMIGRATION DANS SA DIMENSION ÉCONOMIQUE

Au stade actuel de la réflexion et du débat public, notre analyse nous semble conduire à suggérer plusieurs pistes pour la définition d'une politique migratoire, dans sa dimension économique. Ces propositions doivent résolument s'inscrire dans le contexte de l'Union européenne, du fait de la liberté de circulation des personnes et des réalités intangibles de l'intégration européenne, et être complétées d'une action résolue au sein des instances européennes concourant aux mêmes objectifs.

Au regard des enjeux démographiques et des enjeux économiques, nos propositions seraient les suivantes, pour la France :

- **Privilégier et amplifier les efforts en matière d'augmentation des taux d'activité à tout âge** (chômeurs, jeunes et seniors), seul véritable moyen d'augmenter durablement le niveau de vie des citoyens et de sauvegarder la pérennité des régimes de protection sociale,

- **Relancer une politique familiale réellement incitative**, condition nécessaire, mais non suffisante d'une inflexion de la natalité, politique dont on a vu par le passé les effets bénéfiques sur nos écarts de natalité avec l'Allemagne, par exemple,

- **Engager une politique volontariste d'immigration maîtrisée**, en quantité et en qualité, exigeante sur les profils et couvrant l'éventail des activités économiques, au-delà des métiers délaissés,

- **Adapter à la hauteur des besoins les conditions et moyens d'accueil et d'intégration** de cette population immigrée voulue, allant des moyens publics au bénévolat.

En regard de ces propositions, trois débats nous sembleraient mériter d'être ouverts, sur des évolutions de nature à réduire la tension entre le besoin économique et les difficultés d'intégration :

- **Débat démographique** : quelle contribution pourrait concrètement apporter une politique nataliste plus ambitieuse au redressement des taux de fécondité au sein de l'UE et en France ?

- **Débat sociétal** : dans la situation démographique de notre pays et de nos voisins, et face aux déséquilibres présents et à venir de notre système de protection sociale, ne devrions-nous pas réexaminer plus en profondeur l'ensemble de notre politique migratoire, de l'origination à l'intégration ?

- **Débat économique et culturel** : convient-il de favoriser la contribution des natifs aux travaux les moins attractifs, ou de maintenir un courant migratoire éventuellement spécifique pour les travaux que les natifs ne veulent actuellement pas exercer, en redimensionnant dans cette seconde hypothèse les moyens mis au service de l'intégration ?

*
* * *

Nous avons bien conscience que la question économique n'est pas la composante principale du débat public actuel sur l'immigration. Ce que certains nomment « l'identité » d'un peuple, et d'autres son « imaginaire », peut se définir comme « une communauté d'idées, d'intérêts,

d'affections, de souvenirs et d'espérances » expliquait l'historien Numa Denis Fustel de Coulanges. C'est le cœur du débat politique sur le vivre-ensemble. Avec une immigration constituée de peuples d'origines et de cultures diverses, les questions d'insertion, d'intégration et d'assimilation devraient être au cœur du débat et de l'action politique. Il ne nous appartient pas d'en débattre ici.

Pour autant, l'absence d'analyse et de pédagogie sur la démographie et l'économie entretient une dimension purement émotionnelle, peu propice à des décisions raisonnées sur des sujets pourtant eux aussi essentiels. Notre protection sociale fonctionne par répartition. Les actifs financent les inactifs, dont les pensions des retraités et la redistribution. Notre économie de la demande, financée par la dette publique, a touché ses limites. Qu'il s'agisse de la population immigrée ou native, la nécessité de travailler davantage s'impose. La situation démographique est claire : nous avons chaque année 250 000 personnes de 65 ans et plus, gros consommateurs de services, à prendre en charge, et 50 000 personnes de 20 à 64 ans en moins sur la base des flux de migrations actuels, en âge de produire. Les actifs natifs qui entreront sur le marché du travail pendant

les 20 prochaines années sont déjà nés. Ceci a des conséquences inexorables sur le pouvoir d'achat, le niveau de vie et les finances publiques présents, comme nous le constatons depuis plusieurs années, et plus encore à venir. Cette situation, avec plus de 3 000 milliards d'euros de dette publique, un coût de la dette estimé à 50 milliards d'euros pour 2024 et un déficit réel de la protection sociale estimé à 45 milliards d'euros, commande que l'on injecte de la rationalité.

Il s'agit à ce stade d'éclairer le peuple souverain et le débat politique. C'est ce que nous espérons avoir contribué à faire, avec humilité, espérant reprises, contestations et approfondissements nombreux et sereins ■



TRIBUNE

L'ÉTENDUE DE LA PROTECTION SOCIALE EST LA CAUSE DE LA MOITIÉ DES DÉFICITS PUBLICS EN FRANCE

PAR
**JEAN-PASCAL
BEAUFRET**

CONSEILLER POUR
RING CAPITAL

-
ANCIEN DIRECTEUR
GÉNÉRAL DES IMPÔTS

Avec un poids de 32 % dans le PIB contre 27 % dans l'Union européenne, la protection sociale est la raison principale de l'excès de dépenses publiques en France (58 % du PIB contre 51 % pour nos partenaires). En 2023, sur 1 600 milliards d'euros de dépenses publiques, 900 milliards d'euros, soit 56 %, étaient des prestations des administrations de Sécurité sociale (près de 800 milliards d'euros) ou des aides de solidarité de l'État et des collectivités locales (100 milliards d'euros)¹. Plus de 70 % de ces dépenses concernent des personnes âgées avec un évident effet d'éviction sur les dépenses publiques d'avenir.

En théorie, les dépenses des régimes financés en répartition par des cotisations et des impôts (maladie et accidents, retraites, autonomie, famille, chômage) devraient être équilibrées par des prélèvements obligatoires sur les entreprises et les personnes actives, sauf à reporter sur le futur le poids de l'entretien des générations antérieures. Pourtant, la protection sociale a commencé à être financée par la dette au début des années 1990. Et la dette des déficits sociaux passés atteint encore près de 200 milliards d'euros à la fin 2022².

Mais surtout, cet endettement est loin de décrire l'ampleur des besoins de financement du système, car une partie des dépenses sociales est financée directement par l'État et n'est pas prise en compte dans le déficit affiché de la Sécurité sociale et dans la dette sociale. De ce fait, la présentation financière des documents publics continue à affirmer, à tort, que les interventions

des administrations sociales sont excédentaires et ne contribuent pas aux déficits publics. Ceci est inexact et constitue un discours trompeur. On évalue ci-dessous cette partie non visible, masquée dans les comptes des autres collectivités publiques.

LE DISCOURS SUR LES SOLDES FINANCIERS DE LA PROTECTION SOCIALE EST TROMPEUR

LES DÉPENSES DES RÉGIMES FINANCÉS EN RÉPARTITION PAR DES COTISATIONS ET DES IMPÔTS [...] DEVRAIENT ÊTRE ÉQUILIBRÉES PAR DES PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES SUR LES ENTREPRISES ET LES PERSONNES ACTIVES, SAUF À REPORTER SUR LE FUTUR LE POIDS DE L'ENTRETIEN DES GÉNÉRATIONS ANTÉRIEURES

Dans les comptes nationaux et les lois de programmation financière, les déficits publics sont répartis entre trois catégories d'administrations, centrales (APUC : l'État et ses quelque 400 opérateurs), locales (APUL) et de Sécurité sociale (ASSO). Or, sauf pour les deux années de crise 2020 et 2021, les administrations de Sécurité sociale sont toujours présentées en excédent, de manière artificielle, la totalité des déficits publics étant imputés à l'État.

a. En effet, les ASSO ne comprennent pas le régime de Sécurité sociale des retraites des fonctionnaires de l'État³, parce que ce régime qui enregistre 60 milliards d'euros de dépenses n'est, de manière critiquable, pas géré dans une caisse de retraite distincte, mais directement

par un service et dans les comptes de l'État⁴. Il est très déficitaire du fait de sa démographie (0,9 cotisant pour 1 retraité) et des avantages de départ précoce de certaines catégories de fonctionnaires dites actives. Il est donc financé par des « surcotisations », appelées d'ailleurs « contributions d'équilibre » de l'État et de ses opérateurs⁵, calculées sur les traitements des fonctionnaires à un taux moyen de 98 %, contre 28 % maximum pour les salariés du privé. Cette

contribution est comptabilisée dans les rémunérations des fonctionnaires actifs, ce qui aboutit à l'absurdité par laquelle un employé actif de l'État ou de ses opérateurs coûte toutes charges comprises 70 000 euros par an, alors qu'un salarié d'une entreprise privée revient à 48 000 euros par an. En réalité, au-delà de cotisations de retraites normales, l'État et ses opérateurs versent une subvention annuelle d'équilibre, de l'ordre de 40 milliards d'euros, aux retraites de leurs anciens employés. Pourtant, ce chiffre n'est jamais admis publiquement et n'est pas inclus dans le solde des administrations de Sécurité sociale.

b. À l'inverse, les administrations de Sécurité sociale comprennent, à tort, un établissement public de l'État, la Caisse d'amortissement de la dette sociale ou CADES, chargée depuis 1996 d'apurer les dettes sociales en intérêts et surtout en principal, grâce à l'affectation d'impôts (CRDS et CSG, 18 milliards d'euros en 2022). Le classement, en 2005, de la CADES dans les ASSO, apporte donc des recettes fiscales au secteur social. Cette situation est artificielle puisque la dette de

l'établissement public est une obligation de l'État et non de l'institution de Sécurité sociale qui en a été débarrassée. D'autre part, il n'est pas légitime de mettre en face des dépenses courantes de prestations des recettes fiscales qui couvrent les dépenses des années antérieures, sous forme de remboursements d'emprunts, dépenses en capital.

c. Enfin, l'Insee fournit un solde des ASSO non consolidé, omettant d'en déduire les subventions entre administrations, qui sont ultérieurement éliminées par construction dans les déficits publics globaux, afin de ne pas compter deux fois la dépense publique de prestations et celle qui a servi à les financer. L'Insee ne fournit pas non plus de solde par branche⁶. En raison de la complexité des circuits de financement entre administrations, cette présentation ne permet donc pas d'établir des soldes exacts par risque, traduisant la contribution réelle de chacun au déficit public global.

d. Corrigé de ces biais, le solde des régimes de Sécurité sociale et assimilés⁷ dans les comptes

de la Nation serait de -1,5 % du PIB soit -45 milliards d'euros en 2024, proche de son niveau d'avant-crise (-2 % du PIB) sous l'effet ancien et structurel de la contribution très négative de la branche vieillesse (-2,7 % du PIB)⁸. Or, ils sont supposés être en excédent de +0,6 % du PIB.

La ventilation des comptes, déterminante pour comprendre l'origine des déficits publics, est donc erronée, voire insincère. D'ailleurs, si les recettes étaient simplement réparties au prorata des dépenses, la protection sociale contribuerait à 56 % des déficits, soit -2,7 %. En réalité, le discours cherche à rassurer sur le niveau des revenus d'inactivité en évitant la prise de conscience du caractère insoutenable des prestations dans un pays vieillissant.

LE DÉFICIT DE LA BRANCHE VIEILLESSE QUI NE SE LIMITE PAS AUX RETRAITES DES FONCTIONNAIRES EST LA CAUSE DES DÉFICITS SOCIAUX

Le Conseil d'orientation des retraites – COR, de 42 membres, dont 8 parlementaires et 9 administrations – est chargé d'apprécier la viabilité à terme de la branche vieillesse et d'établir un diagnostic de sa situation. Depuis sa création en 2000, le COR a constamment indiqué que le système de retraite était proche de l'équilibre, voire excédentaire dans le présent, même s'il restait soumis, pour l'avenir, à de fortes contraintes démographiques et économiques.

Ce constat est inexact, car il résulte d'une « convention » par laquelle les subventions d'autres administrations aux régimes de retraite (20 %) sont de même nature que les autres ressources du système par répartition, cotisations (66 %) et impôts (14 %).

Or, comme on l'a vu, dans les comptes publics globaux, les subventions internes aux comptes

publics s'éliminent avec les recettes correspondantes des caisses. Aux bornes de la branche vieillesse, cette consolidation laisse donc un déficit récurrent de -68 milliards d'euros en 2022 et non un excédent de 4 milliards d'euros comme publié, sur 361 milliards d'euros de retraites regroupées par le COR.

Ces subventions sont fournies par l'État et ses opérateurs (51 milliards d'euros) pour le régime des fonctionnaires, pour les régimes spéciaux, pour les exonérations ciblées de cotisations des autres régimes, mais aussi par les collectivités locales et les hôpitaux publics qui versent 8 milliards d'euros de surcotisations au régime de leurs agents titulaires, la CNRACL et par les autres caisses de Sécurité sociale (14 milliards d'euros), CNAF pour les avantages familiaux des retraites et UNEDIC pour les périodes de chômage. Aucune autre branche de la Sécurité sociale ne bénéficie de telles subventions. Pourtant, le COR refuse de publier un solde avant subventions qui seul refléterait la situation de la branche⁹.

En réalité, aucun grand régime de retraite, sauf ceux des professions libérales et de l'Agirc-Arrco, n'est équilibré avant subventions. Et 30 % des retraites (fonctionnaires, régimes agricoles et régimes spéciaux) sont versées par des régimes qui ont déjà une situation démographique très dégradée avec moins de 1 cotisant pour 1 retraité ou qui supportent le coût élevé d'avantages spécifiques, d'ailleurs non publiés chaque année alors qu'ils concernent 94 % des retraités. La retraite traduit bien une forme avancée de corporatisme (émiettement) et de clientélisme.

Le discours du COR sur la situation actuelle, jamais contredit, est d'autant plus trompeur qu'il a été constant au cours des 6 années de débats sur le sujet (2018-2023). Au cours de cette période, aucune consolidation rigoureuse de l'ensemble

EN RÉALITÉ, AUCUN GRAND RÉGIME DE RETRAITE, SAUF CEUX DES PROFESSIONS LIBÉRALES ET DE L'AGIRC-ARRCO, N'EST ÉQUILIBRÉ AVANT SUBVENTIONS

L'INCIDENCE FINANCIÈRE DE LA PROTECTION SOCIALE AVANT ET APRÈS CORRECTIONS RETRAITES FPE ET CADES

	2018	2019	2022	2023	2024
PIB en milliards d'euros	2363	2438	2639	2818	2931
Déficit public en milliards d'euros	-54	-75	-127	-138	-129
En % du PIB	-2,3%	-3,1%	-4,8%	-4,9%	-4,4%
PRÉSENTATION OFFICIELLE					
Administrations centrales APUC et administrations locales en % du PIB	-2,8%	-3,7%	-5,2%	-5,6%	-5,0%
Administrations de sécurité sociale ASSO en % du PIB	0,5%	0,6%	0,4%	0,7%	0,6%
Solde corrigé des ASSO en milliards d'euros	12	15	10	20	18
RÉEL CORRIGÉ DES RETRAITES DE L'ÉTAT ET DE LA CADES (HORS TRANSFERTS)					
Administrations centrales APUC et administrations locales en % du PIB	-0,3%	-1,2%	-3,0%	-3,4%	-2,9%
Administrations de sécurité sociale ASSO en % du PIB	-2,0%	-1,9%	-1,8%	-1,5%	-1,5%
Solde corrigé des ASSO en milliards d'euros	-47	-45	-49	-41	-45
Sources : Les comptes de la Nation et RESF 2024					

des caisses de retraite n’a été présentée qui aurait montré l’importance des subventions reçues par les régimes de fonctionnaires, spéciaux ou des salariés du privé, contribuant au déficit public global.

LES SOLDES VOTÉS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE NE REFLÈTENT LA RÉALITÉ FINANCIÈRE NI POUR L'ENSEMBLE NI PAR RISQUE

Les comptes des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale, audités par la Cour des comptes, sont votés dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Ce processus, qui omet d’inclure 130 milliards d’euros de prestations pour les retraites complémentaires et pour la couverture chômage, pourtant également obligatoires, est défectueux parce qu’il ne présente pas la contribution des régimes de base au déficit public global, sur base consolidée. Les soldes des comptes par branche sont établis en LFSS avec des recettes, qui constituent des dépenses pour d’autres administrations, votées dans la LFI voire dans la même LFSS pour les financements des administrations sociales. Ces flux ne sont pas éliminés.

En plus des retraites, les « transferts » importants sont, par exemple pour 2022, ceux de :

- La branche Famille, présentée en excédent de 2 milliards d’euros après contribution aux retraites alors que le solde des prestations familiales de la CNAF est excédentaire de 12 milliards d’euros.
- La branche Maladie (CNAM) présentée en déficit de -21 milliards d’euros, dont le solde négatif se réduirait si l’on en déduisait les dépenses effectuées pour le compte de l’État (11 milliards

d’euros : Agences régionales de santé – Fonds d’intervention régional, SPF France et Fonds de modernisation et d’investissement santé).

- La branche Autonomie, en équilibre, contre un excédent de 5 milliards d’euros si l’on déduisait de ses charges le financement de l’allocation personnalisée à l’autonomie et de la prestation de compensation du handicap versées par les départements.

Ces transferts ont leur justification. En revanche, l’imbrication des flux financiers entretient la confusion. Le vote des lois de financement et le contrôle de leur exécution n’informent pas correctement sur la contribution des régimes obligatoires de Sécurité sociale et de chaque branche aux déficits publics.

Si les règles en vigueur pour la communication des entreprises cotées s’appliquaient au secteur public, l’État, ses dirigeants et leur auditeur, la Cour des comptes, seraient sanctionnés par le régulateur français AMF ou américain SEC pour des comptes publiés non sincères : il ne serait pas admis qu’un groupe publie des comptes non consolidés, déplaçant les résultats entre des activités ou des entités du

même groupe et leur maison-mère.

Il serait pourtant facile d’établir, pour les comptes de la Sécurité sociale, une consolidation inter-administrations pour déterminer leur contribution au déficit public global. Le tableau suivant corrige les soldes qui en résulteraient. La Sécurité sociale ne serait pas en déficit de -20 milliards d’euros en 2022, mais contribuerait aux déficits publics à hauteur de -61 milliards d’euros.

LA TRANSPARENCE OBLIGERAIT À UNE RÉDUCTION LENTE DES PRESTATIONS ET UNE

CONTRIBUTION AU DÉFICIT PUBLIC 2022 DES BRANCHES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE – ROBSS

	Maladie	Accident	Vieillesse FSV	Famille	Autonomie	TOTAL	Elim	ROBSS
DÉPENSES	242,2	14,5	263,6	51,4	35,2	606,8	-14,7	592,1
Dont transferts versés (CNAM-État, CNAF-CNAV et Handicap)	13,3	1,7	2,1	11,1	5,4	33,6		
RECETTES	221,2	16,2	261,1	53,3	35,4	587,2	14,7	572,5
Dont impôts et cotisations	204,8	15,3	193,2	51,4	34,7	499,5	3,1	496,4
Dont autres produits	10,5	0,6	1,1	0,7	0,1	13,0	-0,1	13,1
Dont contributions de l’État (FPE, Reg. Spéciaux, exo ciblées)	3,9	0,1	54,7	1,0	0,6	60,4	-0,7	61,1
Dont transferts reçus (CNAF et CNAM pour CNAV)	1,9	0,1	12,1	0,2	0,0	14,3	12,5	1,8
SOLDE PUBLIÉ	-21,0	1,7	-2,5	1,9	0,2	-19,7	0,0	-19,7
SOLDE RÉEL AVANT SUBVENTIONS ET TRANSFERTS	-13,6	3,2	-67,9	11,8	5,0	-60,7	0,0	-60,7

Source : rapports à la Commission de contrôle des comptes de la Sécurité sociale - CCSS

N.B. : Le solde réel Vieillesse FSV avant subventions devrait être encore corrigé d'environ -3 milliards d'euros pour tenir compte. 1. Des cotisations de droit commun comprises dans la contribution totale de l'employeur État ≥ 10 milliards d'euros ; 2. Des surcotisations des opérateurs de l'État pour les fonctionnaires qu'ils emploient ≤ 5 milliards d'euros jamais explicités ; 3. Des surcotisations CNRACL des collectivités locales et des hôpitaux ≤ 8 milliards d'euros. Ces deux derniers flux, non identifiés dans les comptes publics, mais bien réels, sont en effet comptés dans les cotisations alors qu'ils devraient s'ajouter aux subventions.

AUGMENTATION DU RESTE À CHARGE

La transparence des comptes est un devoir dans une démocratie avancée, mais elle est aussi un préalable à la prise de conscience collective. Elle est simple à organiser : dans un premier temps, elle suppose de fournir, de manière informative, l’estimation du déficit des deux régimes de retraite de fonctionnaires (pensions de l’État et CNRACL) à partir de la référence aux cotisations de droit commun de tous les autres salariés. Elle consiste aussi à fournir des comptes consolidés des retraites, avant subventions des autres administrations.

C’est ce qui a été proposé au COR, dont un nouveau président a été récemment nommé. C’était aussi le sens de la réforme des retraites de 2019, votée en première lecture en février 2020 et abandonnée définitivement en 2023, qui instaurait une clarté bien supérieure des comptes de la branche vieillesse.

Elle consiste enfin à produire, dans les documents fournis à l’occasion des votes de deux lois de financement, la contribution réelle aux déficits globaux consolidés des régimes sociaux dans leur

ensemble et de chaque risque, comme le ferait n’importe quelle institution faisant appel public à l’épargne. Dans un deuxième temps, l’organisation de nos finances publiques devrait être modifiée par la loi, pour créer une caisse de retraite des fonctionnaires de l’État (réforme de 2019), en optant pour la comptabilisation d’une cotisation représentant « une fraction raisonnable des rémunérations », comme prévu par le système européen de comptabilité nationale et en reclassant la Cades dans les opérateurs de l’État.

Le deuxième acte, difficile, sera de convaincre l’opinion que l’indexation totale des prestations, notamment de retraites, n’est plus possible si l’on veut assainir la situation des finances publiques. Les lois de financement pour 2024 le montrent avec un coût en dépenses publiques 2024 de 14 milliards d’euros, pour la seule indexation de l’ensemble des retraites, soit plus que les économies projetées pour 2027 dans la réforme de l’âge obligatoire de départ à 64 ans. Parallèlement, le reste à charge maladie des ménages¹⁰ qui a constamment baissé depuis 10 ans devrait être revu à la hausse.



À défaut de cette démarche, il est clair que la crédibilité financière de la France continuera à se dégrader avec une réduction des marges de manœuvre sur les dépenses d'avenir et le surcoût d'un endettement excessif accumulé pour l'entretien des générations les plus âgées¹¹ ■

Sources :

1. 867 milliards d'euros sur 1 539 milliards d'euros pour 2022, source Insee, « Dépenses des administrations publiques ventilées par fonction en 2022, novembre 2023 ». Voir aussi « La protection sociale en France et en Europe », DREES, édition 2023 de décembre 2023.
2. Voir l'article de Philippe TRAINAR dans la revue Commentaire n° 179, automne 2022, « Quel avenir pour l'État-providence ».
3. Pourtant considéré comme un régime obligatoire de Sécurité sociale et inclus, à solde conventionnellement nul, dans les comptes de la Sécurité sociale.
4. Compte d'affectation spécial « Pensions » géré par le Service des retraites de l'État de la DGFIP.
5. Rapports annuels à la Commission des comptes de la Sécurité sociale.
6. Il est cependant possible de connaître les dépenses de prestations par fonction dans la ventilation qu'en donne l'Insee (nomenclature COFOG pour la comparabilité internationale).
7. Retraites complémentaires et chômage.
8. Cf. article de la revue Commentaire n° 182 du 15 juin 2023, « Retraites obligatoires et déficits publics ». Le besoin de financement des retraites est partiellement compensé par les excédents de la branche Famille, plus récemment par les excédents de la branche Chômage (après 10 ans de déficits) et par la contribution significative à l'État de la branche Maladie, pourtant en déficit, pour la politique de santé gérée par l'État (Agences régionales de santé et Santé publique France, principalement).
9. Voir article de la revue Commentaire n° 182 du 15 juin 2023 et intervention devant le COR du 21 septembre 2023 : https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2023-09/Doc_07_Note%20J-P.%20Beaufret.pdf.
10. 7,2 % de la consommation de soins ou 8,7 % en comparaison internationale, le plus faible de celui de tous les pays de l'OCDE, 6 points en dessous des pays comparables de l'UE.
11. Voir sur le même thème, Patrick Artus, Flash Économie Natixis du 22 janvier 2024 : « Le modèle social français pourra-t-il résister au vieillissement démographique ».

Ces dix dernières années, nous avons observé un changement important de la chirurgie grâce à l'avènement des technologies dites mini-invasives, où le chirurgien réalise l'opération en pratiquant de petites incisions. Ces nouvelles approches ont eu le mérite de permettre aux patients de récupérer plus rapidement et d'être moins pénalisés par l'acte de chirurgie. Les technologies mini-invasives ont influencé la diminution de la mortalité et des complications, cependant ce n'est pas le seul facteur qui a contribué à cette évolution favorable. Le facteur prépondérant est la modification des cancers opérés évitant de pratiquer sur les patients des interventions mutilantes. Plus récemment, la chirurgie robotique est en train de s'imposer auprès des équipes chirurgicales pour réaliser un certain nombre d'interventions.

QUELS BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ?

L'innovation chirurgicale va poursuivre sa progression par l'intermédiaire de la robotique et de l'intelligence artificielle. Dans quelques années, le métier de chirurgien n'aura plus rien à voir avec celui que nous avons pratiqué. Nous pouvons imaginer que ces technologies sont développées pour bénéficier aux patients en leur permettant d'être mieux traités et de voir leur qualité de vie améliorée. Ce point essentiel, nous avons du mal à l'observer lorsqu'on lit la littérature consacrée à toutes ces nouvelles technologies. En théorie, toute innovation technologique devrait faire l'objet de la démonstration de son bénéfice pour le patient ainsi que de sa sécurité grâce à des études probantes. Pour le moment, nous sommes dans l'attente de ce type d'étude. En revanche, nous observons une médiatisation des exploits chirurgicaux faisant croire aux patients que la technologie va les guérir de leur maladie sans avoir la moindre démonstration scientifique du bénéfice.

TRIBUNE

LE CHIRURGIEN DE DEMAIN

PAR

LE PR ALAIN BERNARD

PRÉSIDENT DE L'IRAPS

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

Nous avons l'impression que certaines équipes sont plus dans une démarche « marketing » que dans une démonstration de l'amélioration significative de la vie de leurs patients grâce à la technologie. Sur les réseaux sociaux, les mérites de la chirurgie 4.0 sont vantés en parlant de l'intelligence artificielle associée à la chirurgie robotique. Ces présentations sont magnifiques, elles font rêver, elles ne peuvent que séduire les chirurgiens et leurs patients. Ces communications évoquent de manière marginale des bénéfices potentiels pour le patient.

Pour essayer de changer le cours des événements, cela passe par la sensibilisation des jeunes chirurgiens aux méthodes d'évaluation des technologies de santé. Au cours de leur cursus de formation, le sens critique devrait être enseigné. Les méthodes d'évaluation d'une technologie innovante et de la recherche clinique sont peu enseignées à la faculté de Médecine et au cours de la formation des internes de chirurgie. L'évolution des nouvelles technologies devrait inciter les nouveaux chirurgiens à se former à ces démarches.

FORMER DES MÉDECINS AVANT TOUT

Cela peut paraître un lieu commun que de rappeler qu'un chirurgien est avant tout un médecin à la disposition de son patient pour lui proposer l'intervention la plus appropriée à son état de santé.

Nous sommes inquiets de l'évolution du métier à cause de la rapidité du changement des pratiques. La formation des jeunes chirurgiens devrait davantage insister sur la notion d'empathie qui est trop souvent peu évoquée et de l'importance du colloque singulier. Les formations dispensées au cours de l'apprentissage du métier de chirurgien sont le plus souvent focalisées sur la maîtrise de la technologie chirurgicale. Si les responsables de ces formations ne prennent pas conscience de cela, le métier de chirurgien sera de plus en plus dévalorisé pouvant aboutir à son remplacement par des techniciens ou des ingénieurs qui seront capables de réaliser des interventions chirurgicales grâce à l'intelligence artificielle et à la robotique. Nos propos peuvent paraître exagérés, cependant l'innovation chirurgicale va se poursuivre et la formation devra s'adapter si elle veut continuer de former des médecins capables de pratiquer des interventions chirurgicales. La prise en compte du patient dans toutes ses dimensions

**LA TRANSFORMATION
DU MÉTIER DE
CHIRURGIEN
DEVRA INTÉGRER
LA DIMENSION DE
LA MESURE DE LA
QUALITÉ DES SOINS,
SI L'ON VEUT QUE
LE CHIRURGIEN DE
DEMAIN SOIT AVANT
TOUT UN MÉDECIN ET
PAS UNIQUEMENT UN
TECHNICIEN**



ne pourra pas être supplantée par l'intelligence artificielle. Seul le chirurgien pourra échanger, informer et rassurer le patient, en n'oubliant pas qu'un patient n'est pas uniquement un organe à traiter.

DES PLATEAUX TECHNIQUES PERFORMANTS

Toutes ces nouvelles technologies, exigeant des investissements importants, vont contraindre de revoir l'organisation des plateaux techniques, si l'on veut que chaque patient français puisse accéder à ces innovations. La nécessité de regrouper les plateaux techniques s'impose pour obtenir des équipes ayant un volume d'activité suffisant pour maîtriser ces technologies. L'évolution du métier de chirurgien passe par le travail en équipe qui est essentiel pour offrir aux patients des soins de qualité. L'équipe comprend non seulement des chirurgiens, mais également les anesthésistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, entre autres. Les résultats d'une intervention chirurgicale reflètent le travail d'une équipe au quotidien ainsi que son organisation.

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

L'évolution du métier de chirurgien du fait de l'accélération des nouvelles technologies imposera d'évaluer les résultats de sa pratique et fera de la démarche qualité une des priorités. La demande des patients est forte d'obtenir une information sur la performance de l'équipe chirurgicale qui doit le prendre en charge. Pour répondre à cette demande légitime des patients, les chirurgiens devront accepter l'analyse des résultats de leur pratique et de la pertinence de leurs indications.

La France, comme je l'ai déjà écrit, possède un certain retard par rapport à d'autres pays dans la démarche de l'évaluation des résultats. La transformation du métier de chirurgien devra intégrer

la dimension de la mesure de la qualité des soins, si l'on veut que le chirurgien de demain soit avant tout un médecin et pas uniquement un technicien. Se poser la question de la qualité des soins qui sont pratiqués, c'est de la médecine. Cette démarche permet aux équipes de se comparer à une référence nationale, cette démarche vertueuse peut corriger d'éventuels écarts.

Enfin, d'imaginer que l'on peut demeurer chirurgien tout au long de sa carrière sans une remise en question à un moment donné, grâce à une évaluation de ses connaissances et de la qualité de sa pratique, est inconcevable. Une confirmation à un intervalle régulier du niveau de compétence et de sécurité d'un chirurgien et de son équipe est indispensable. Cette démarche devra être intégrée dans les carrières des futurs chirurgiens.

CONCLUSION

Vous avez compris que le métier de chirurgien va considérablement changer au cours des prochaines décennies. Pour rendre le futur métier de chirurgien attractif, la notion d'équipe devient essentielle. La formation à la recherche clinique et à la démarche qualité devient indispensable. Le patient doit demeurer au centre des préoccupations des futurs chirurgiens. Si tous ces principes fondamentaux de la pratique médicale ne sont pas respectés, nous aurons dans le futur des techniciens de santé maîtrisant parfaitement les outils technologiques, mais éloignés d'une médecine humaniste dont ont besoin les patients ■

Sources :

1. « *Mortality and failure-to-rescue major complication trends after lung cancer surgery between 2005 and 2020: a nationwide population-based study* ». *BMJ Open* 2023; 13: e075463. doi: 10.1136/bmjopen-2023-075463
2. « *Is the Évaluation of Robot-Assisted Surgery Based on Sufficient Scientific Evidence?* ». *J. Clin. Med.* 2023, 12, 422. <https://doi.org/10.3390/jcm12020422>
3. « *Comparaison de la mortalité des résections pulmonaires en France avec les autres pays européens* ». *Revue des maladies respiratoires*: <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2022.08.002>





TRIBUNE

ET SI NOUS FAISONS ENFIN DE LA SANTÉ UNE POLITIQUE PUBLIQUE DIGNE DE CE NOM ?

PAR ANNE DE DANNE
DIRECTRICE DÉLÉGUÉE DE LA
FONDATION FONDAMENTAL

“ Savoir pour prévoir afin de pouvoir”, trois verbes qui sont une magnifique synthèse, vue par Auguste Comte, de ce qu'est, ou devrait être, une politique publique.

Appliquée à la santé, cette maxime, dont nous pouvons tous saluer la lumineuse évidence, nous oblige à un constat d'autant plus douloureux que beaucoup d'entre nous vivent encore sur la phrase mille fois répétée que « La France a le meilleur système de santé du monde ».

Si l'on remplace meilleur par généreux, on peut encore en discuter, quoique. Mais si l'on prend « meilleur » non plus en quantité, mais en qualité, là nous en sommes très loin.

On peut en effet s'interroger sur ce que signifie concrètement être le meilleur quand plus de 6 millions de Français, qui paient pourtant leurs cotisations à l'Assurance maladie, n'ont pas de médecin traitant, quand on compte un médecin scolaire pour 47 000 élèves ou quand il faut 6 mois pour avoir un rendez-vous avec un cardiologue, un ophtalmologiste ou un rhumatologue.

Et c'est sans parler du « parent pauvre », et même

très pauvre de la psychiatrie qui est très mauvaise pour les adultes et, si l'on peut faire une telle hiérarchie, encore pire pour les enfants et les adolescents. Avec des dizaines de départements sans un pédopsychiatre, de nombreuses villes dans lesquelles il faut attendre plus de six mois pour trouver une solution à un adolescent qui a fait une tentative de suicide, 13 % des enfants de 6 à 11 ans qui, selon Santé publique France en 2023, ont un trouble de santé mentale probable, ou 34,2 % des enfants sous Ritaline qui n'ont pas un TDAH, mais souffrent de troubles de l'humeur ou d'autisme.

Si l'on y ajoute des résultats plus que médiocres en matière d'espérance de vie en bonne santé, puisque nous sommes 23^e sur 27 dans l'Union européenne, un indicateur de mortalité périnatale de 2,6 pour mille en 2019 pour 1,2 pour mille en moyenne européenne, 9 200 suicides par an, la dépression première cause de décès des femmes, par suicide, à un an du post-partum, plus de 17 % de Français obèses, 3,5 millions de diabétiques dont plus d'1 million qui s'ignorent, 7,2 naissances prématurées pour mille en 2016 pour 5,4 pour mille en 1995, et malheureusement la liste est longue de ces résultats qui tous nous éloignent de cette qualification de meilleur.

Il n'y a pas de quoi se réjouir, et les Français commencent à s'en rendre compte, avec selon une enquête Elabe d'octobre 2023, 68 % qui trouvent que le système de soins fonctionne mal.

Pourtant, pour savoir, nous savons !

Les rapports d'experts, des corps de contrôle, des inspections générales, des Académies et de beaucoup d'autres ont tout décrit, tout expliqué, tout analysé et aussi, voire surtout, fait des dizaines, des centaines, voire des milliers de propositions, solides, argumentées, chiffrées... Nous avons aussi de remarquables équipes de scientifiques, des organismes publics et privés de recherche médicale qui tiennent parfaitement leur rang.

Pour prévoir, la situation est déjà nettement moins glorieuse.

Dans un pays qui consacre seulement 2 % du budget de son Assurance maladie à la prévention, qui accumule grands plans et feuilles de route, trop souvent sans issue, qui se méfie des vaccins, qui « découvre » qu'après des années de nombreux clausus et d'absence de prise en compte des attentes des jeunes générations en matière d'équilibre vie personnelle-vie professionnelle on manque de médecins, on ne prévoit pas, au mieux, ou au pire on constate. Et, ce n'est pas pareil, tant s'en faut. Pour prendre l'exemple, encore dans tous les esprits, de la crise de la Covid-19, force est de constater qu'elle a fait exploser le mythe du meilleur système de santé du monde...

Si l'on ne pouvait probablement pas prévoir l'ampleur de la pandémie, on pouvait en revanche assez facilement imaginer, dès que les premiers chiffres chinois et italiens ont été disponibles, que, pour lutter contre des virus, qui depuis le

SARS ou le MERS n'étaient pas inconnus des scientifiques, il faudrait des masques, des gels, des blouses, et du paracétamol... Il était aussi assez facile d'imaginer que les pays qui produisaient ces molécules les garderaient d'abord pour leurs populations. Nous aurions évidemment fait de même.

À défaut de prendre les moyens de la prévention, nous avons ajouté ce mot au titre ministériel ; consacrant ainsi par la voie du Journal officiel, les louables intentions des ministres de la Santé qui depuis plus de 50 ans ont tous affirmé dans leur premier discours qu'ils seraient « Le ministre de la prévention » et que cet impératif de santé publique serait LA priorité de leur action pour, comme l'a affirmé le 4 octobre dernier l'ancien ministre de la Santé et de la Prévention, construire la « société de la prévention ».

Ce constat est tout sauf rassurant. Si l'on y ajoute le désastre financier, avec un « trou de la Sécu » que, comme le sapeur Camember, nous rebouchons chaque année en en creusant un autre, et, et c'est peut-être pire, le mal-être de soignants qui votent avec leurs pieds en quittant des métiers dans lesquels

les postes vacants se comptent aujourd'hui par dizaines de milliers, on peut même vraiment s'inquiéter.

Mais, des trois verbes d'Auguste Comte, il reste « pouvoir ». Et, il est possible de faire, à trois conditions qui toutes sont de l'ordre du politique. D'abord, avoir une vision, ensuite la durée et enfin une méthode.

D'abord, il faut reconnaître que la santé est une ressource stratégique, au même titre, voire peut-être plus encore, que notre arme nucléaire. Depuis des siècles, nous savons qu'un peuple qui ne

IL EST POSSIBLE DE FAIRE, À TROIS CONDITIONS QUI TOUTES SONT DE L'ORDRE DU POLITIQUE. D'ABORD AVOIR UNE VISION, ENSUITE LA DURÉE ET ENFIN UNE MÉTHODE

va pas bien, physiquement et/ou moralement, est incapable d'inventer, de conquérir des marchés, de faire reconnaître sa culture, sa langue ou sa littérature.

Il faut donc avoir une stratégie, de santé et pas seulement de soins, fondée sur une vision politique et à ne pas confondre avec un catalogue de soi-disant priorités dont le nombre même fait qu'elles ne peuvent en être.

Et cette vision doit nécessairement être globale. Une personne n'est pas une somme d'organes, de gènes ou de cellules. C'est un être humain, complexe, qui a une famille, un environnement, des conditions de vie, et c'est tout cela qui fait la santé au sens où l'OMS le dit depuis 1946.

Ensuite, il faut aussi raisonner en traitant la santé comme un investissement, à rendement fort, mais qui ne se mesure que dans la durée. Les bénéfices d'un acte de prévention se voient 20 ou 30 ans après, et en plus en négatif, par ce qui ne s'est pas produit. Le rendement d'un traitement à 100 000 € qui guérit un cancer ou une hémophilie se calcule en chiffrant le coût des thérapies ou des transfusions, souvent à vie, qui auront été évitées. Qui dit investissement dit temps long.

Enfin, il faut avoir une méthode. Celle de la confiance, qui n'exclut pas le contrôle, dans les hommes et aussi dans la science. Celle de l'écoute, de l'attention réelle portée à ceux qui savent, soignants, patients, mais aussi administratifs qui ont aussi une utilité. Et en n'oubliant pas les jeunes, qui seront et feront la santé de demain.

C'est à ces trois conditions, éminemment politiques, la vision, la durée et la méthode, que collectivement nous pourrions donner à notre pays la politique de santé qu'elle mérite et dont les Français ont furieusement besoin. Alors, quand commençons-nous ? ■



TRIBUNE

LE MUTUALISME DANS LA SPHÈRE SOCIALE, UNE RÉPONSE AUX DÉFIS DU MONDE ACTUEL !

PAR
FRANÇOISE-EMMANUEL BLANC
*DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE CENTRALE
DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE*

D'OÙ VIENT LE MUTUALISME ?

Le mutualisme est le plus ancien mouvement social en France et prend ses racines dans les confréries et le compagnonnage qui ont émergé à une époque où l'État social n'existait pas encore. C'est un mouvement spontané d'individus qui décident de s'associer pour faire face collectivement aux risques de la vie, dont ils ne peuvent seuls assumer les conséquences, à une époque où les risques sociaux (la maladie, le handicap, la vieillesse...) étaient laissés pour compte.

C'est avant tout un mouvement d'action : faire ensemble ce que l'on ne peut pas faire seul. Une véritable force d'action sociale, démocrate, humaniste qui a fait ses preuves dans l'histoire au regard de sa longévité.

JUSTE CE MOUVEMENT MUTUALISTE N'EST-IL PAS, PAR NATURE, SURANNÉ ?

Bien au contraire. Si le mutualisme a autant participé à la construction de notre histoire sociale, c'est justement parce qu'il a su apporter des réponses adaptées qui montraient la voie.

Le mutualisme est un véritable laboratoire d'innovations sociales. C'est donc par essence un mouvement avant-gardiste : il imagine, conçoit, propose et porte des actions qui tendent à un mieux-être social.

Prenons l'exemple des mutualités maternelles développées à la fin du XIX^e : les ouvrières ont versé une petite cotisation, complétée par une participation patronale ; en échange, elles ont eu droit à un arrêt de travail après leur accouchement. Ce dispositif est l'ancêtre du congé maternité !

OÙ EN EST LE MUTUALISME AUJOURD'HUI ?

La protection sociale est par nature un domaine mouvant, en permanente évolution. Le mutualisme, grâce à sa capacité d'adaptation, me paraît justement la meilleure réponse face aux défis et risques nouveaux.

Je rejoins Éric Chenut, président de La Mutualité Française, lorsqu'il évoque un éloignement, réforme après réforme, d'une forme de citoyenneté sociale et qu'il convient de préserver des espaces d'engagement des parties prenantes (assurances

**LES JEUNES NE CONNAISSENT PAS OU PAS BIEN LE
MUTUALISME [...] IL S'AGIT DONC EN PREMIER LIEU
DE FAIRE (RE)CONNAÎTRE CE MODÈLE. IL S'AGIT
ÉGALEMENT DE LE FAIRE ÉVOLUER : NOUS DEVONS
PROPOSER DES MODES ALTERNATIFS D'ENGAGEMENT
PLUS FLUIDES, MAIS AUSSI PLUS CONCRETS,
DAVANTAGE ANCRÉS DANS L'ACTION**

maladie, mutuelles, organisations de santé, associations de patients, professionnels de santé, collectivités locales...) et de « réinterroger le système ».

En effet, l'État doit jouer son rôle, mais sans décider de tout : il fixe les grands principes et garantit leur application, mais il m'apparaît indispensable de maintenir la capacité et la complémentarité d'action des acteurs de terrain et des opérateurs. Le modèle mutualiste est un modèle où chaque voix compte, où chaque personne, quelle qu'elle soit, égale une voix.

Notre époque, traversée par de profondes mutations (environnementales, numériques, sanitaires, développement de nouvelles inégalités, mondialisation, guerres...), n'a jamais eu autant besoin de cette « nécessité démocratique », de ces solidarités pour refabriquer du commun et retisser des liens.

ET LE MUTUALISME DANS LE MONDE AGRICOLE ?

Là où la société connaît des mutations, je parlais pour l'agriculture de révolution avec ce double enjeu vital de nourrir une population croissante tout en abaissant ses impacts sur l'environnement voire en participant à sa préservation.

Je crois sincèrement que le modèle mutualiste est une opportunité formidable pour agir au plus près des besoins de professionnels agricoles confrontés à ces défis inédits.

« Aller vers » constitue la force de ce modèle qui porte en lui cette capacité d'identifier les situations et les personnes en difficulté et de proposer un accompagnement en réponse à leurs besoins, voire d'alerter quand il y a urgence.

À la MSA, très concrètement, cet « aller vers » va du risque lourd comme détection des personnes en détresse (grâce notamment à la structuration et la formation de réseaux Sentinelles) jusqu'à la résolution d'une difficulté administrative en passant par un accompagnement lors d'un passage difficile, qu'il soit professionnel ou familial.

**QU'EST-CE QUI DIFFÉRENCIE
LA MSA DU RÉGIME GÉNÉRAL
DE SÉCURITÉ SOCIALE ?**

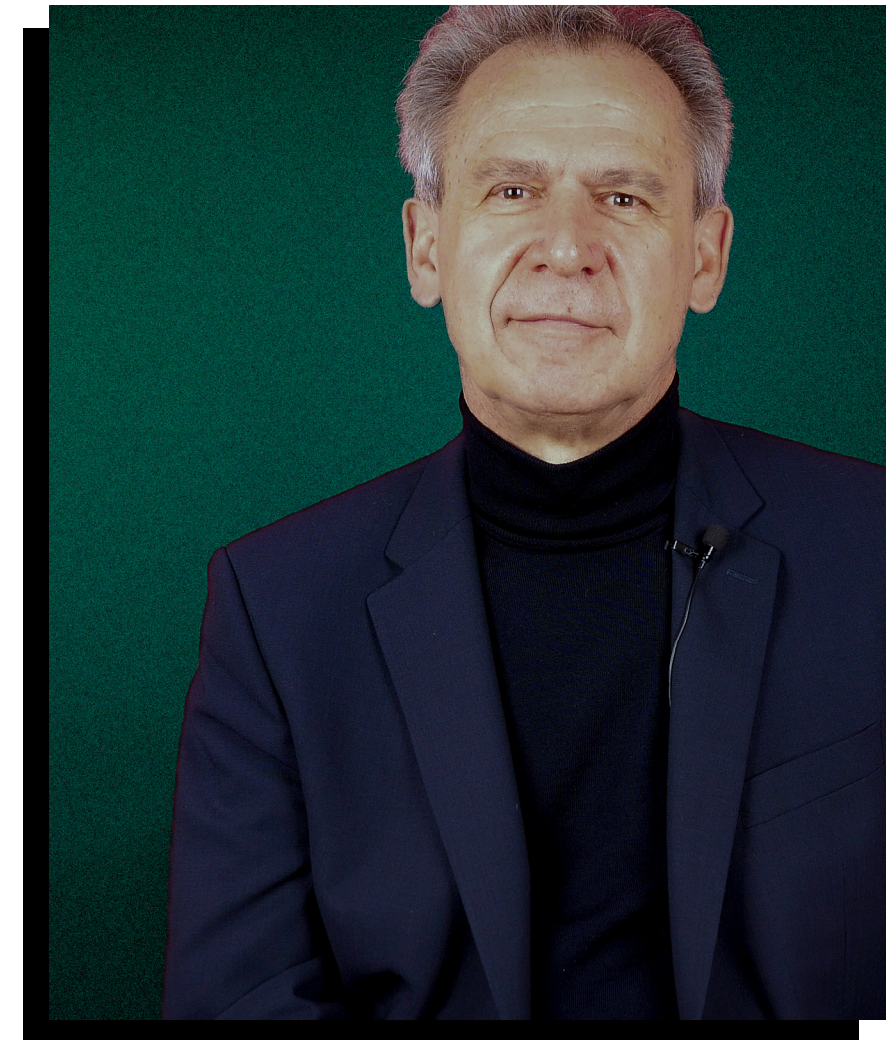
Justement, son modèle mutualiste ! La MSA est le seul régime de Sécurité sociale à disposer d'élus qui sont de véritables relais, voire des vigies, au plus près des réalités locales : près de 14 000 délégués cantonaux et plus de 200 associations constituent plus qu'une spécificité, une véritable nécessité. Il faut faire vivre cette force de l'engagement du premier kilomètre, où naissent les énergies ; faire vivre également celle du dernier, parce qu'il y a des territoires où, s'il n'y avait pas de bénévoles, il n'y aurait (presque) plus rien.

Ce réseau unique de bénévoles, qui s'appuie sur des salariés MSA engagés, permet aux pouvoirs publics de renforcer leur présence en milieu rural, d'améliorer les conditions de vie dans les territoires, en apportant des services au profit de l'ensemble du monde rural auprès des familles, des personnes âgées, en situation de handicap, éloignées de l'emploi ou d'un parcours de soins.

Interlocuteur unique de ses ressortissants, la MSA est également le seul régime organisé en guichet unique permettant une approche globale de la personne sur tous les risques (santé, famille, retraite, accident du travail et maladie professionnelle) et un accompagnement personnalisé à 360°.

ET DEMAIN ?

Soyons lucides : les jeunes ne connaissent pas ou pas bien le mutualisme alors qu'intrinsèquement il propose le principe de fonctionnement démocratique à l'instar de ce qu'ils vont chercher chez les acteurs de l'ESS (associations, syndicats, coo-



pératives). Il s'agit donc en premier lieu de faire (re)connaître ce modèle.

Il s'agit également de le faire évoluer : nous devons proposer des modes alternatifs d'engagement plus fluides, mais aussi plus concrets, davantage ancrés dans l'action. Thierry Beaudet, président du CESE, parle à ce sujet de « circuits courts de l'engagement » : accepter l'idée, et surtout permettre, qu'un jeune puisse s'engager ponctuellement sur une action qui a du sens pour lui.

J'ai écrit en début de tribune que le mutualisme était là pour innover au risque d'être en danger ; élargir et assouplir les modes d'engagement dans notre modèle sont des enjeux que nous devons relever aujourd'hui pour assurer le renouvellement des générations et ainsi la pérennité du modèle ■

SOLIDARITÉ À LA SOURCE : DU PROJET AU CONCRET !

DOSSIER DIRIGÉ PAR

STÉPHANIE ANDRIEUX
ASSOCIÉE FONDATRICE DE YCE PARTNERS

&

MARIE DEVAINE
MANAGER CHEZ YCE PARTNERS

Dans la sphère sociale et associative, la réforme du Revenu de solidarité active (RSA) fait des remous. À côté de l'obligation d'activité associée à la délivrance du RSA, cette réforme voit se concrétiser le projet de « solidarité à la source », promesse de campagne du candidat Emmanuel Macron et outil affiché pour une plus grande justice sociale. Moins médiatisée, la simplification de la délivrance de cette prestation et de la Prime d'activité (PA) constitue pourtant une première réalisation majeure de la mise en œuvre du volet « modernisation » de la

solidarité à la source. Comme nous l'expliquons dans une tribune en juillet dernier¹, la solidarité à la source vise à faciliter l'accès aux droits et ainsi lutter contre le non-recours, ce qui passe à la fois par la sécurisation du versement du juste droit, la simplification des démarches pour les bénéficiaires, mais également une approche terrain renforcée pour aller vers les publics les plus démunis et éloignés.

Concrètement, dès l'automne 2024, les demandeurs et bénéficiaires du RSA et de la prime d'activité expérimenteront un nouveau parcours

1. Voir notre tribune « Solidarité à la source : objectif "zéro non-recours aux droits sociaux" » disponible sur les sites du CRAPS et d'YCE Partners.



usager simplifié dans cinq CAF. À l'image des déclarations d'impôts préremplies, au moment des déclarations trimestrielles de ressources (DTR), les usagers n'auront plus à calculer eux-mêmes les revenus financiers rentrant dans le calcul de leurs droits : ces montants seront préaffichés à partir des données sociales déclarées mensuellement par les verseurs de revenus (employeurs, caisses de retraite, Assurance chômage, maladie...). L'objectif est également que le changement de « source » mène à davantage de fiabilité du droit et limite les indus dont les récupérations suite à contrôles peuvent conduire à des situations difficiles pour les personnes en situation de précarité. La qualité des données sociales

sources et la fiabilité des systèmes d'information constituent donc des enjeux forts pour répondre aux besoins de simplification des parcours et explorer tout le potentiel des données sociales pour le juste droit (voir l'entretien de Stéphane Seiller et Céline Scannavino de la Mission interministérielle « données sociales »).

En parallèle, des dispositifs de terrain tels que les « territoires zéro non-recours » (TZNR, voir encadré) essaient pour essayer de toucher les populations les plus fragiles. Ces actions interviennent en complémentarité d'actions plus « industrielles » de simplification des parcours et contribuent à une stratégie de lutte contre

LA DÉLIVRANCE DU RSA ET DE LA PRIME D'ACTIVITÉ : UN DISPOSITIF SIMPLIFIÉ POUR DÉCLARER SES RESSOURCES		
	DISPOSITIF ACTUEL	DISPOSITIF CIBLE À PARTIR DE L'AUTOMNE 2024 POUR 5 CAF PRÉFIGURATRICES, ET DE MARS 2025 POUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE
FRÉQUENCE DE DÉCLARATION	TRIMESTRIELLE	
PÉRIODE DE RÉFÉRENCE	MOIS M-3 À M-1 PAR RAPPORT À LA DATE DE LA DEMANDE	MOIS M-4 À M-2 PAR RAPPORT À LA DATE DE LA DEMANDE
SITUATION FAMILIALE	SITUATION FAMILIALE À METTRE À JOUR AU FIL DE L'EAU ET À VALIDER AU MOMENT DE LA DÉCLARATION TRIMESTRIELLE, DONT : - MEMBRES DU FOYER - ENFANTS À CHARGE (MAJORATION EN CAS DE PARENT ISOLÉ / PARENT DE MOINS DE 25 ANS) - LOGEMENT (MONTANT FORFAITAIRE DIFFÉRENTE UTILISÉ POUR LE CALCUL DE LA PRESTATION) - COORDONNÉES DE CONTACT	
RESSOURCES PRÉ-REMPLIES	/	RESSOURCES DÉCLARÉES PAR LES VERSEURS DE REVENUS (EMPLOYEURS, CAISSES DE RETRAITE, ASSURANCE CHÔMAGE, MALADIE...)
RESSOURCES À DÉCLARER PAR L'USAGER	TOUTES LES RESSOURCES DU FOYER	RESSOURCES NON DISPONIBLES : PENSIONS ALIMENTAIRES, ETC.
REVENU DE RÉFÉRENCE	MONTANT NET PERÇU	MONTANT NET SOCIAL (VISIBLE SUR LE BULLETIN DE PAIE ET LE PORTAIL MES DROITS SOCIAUX)

le non-recours qui s’institutionnalise. Elles répondent aux analyses portées depuis une vingtaine d’années par l’ODENORE – Observatoire du non-recours aux droits et aux services – qui a largement œuvré pour rendre cette thématique centrale dans les politiques sociales et permet d’en décrire le caractère multifactoriel (voir l’entretien de Hélène Revil de l’ODENORE). Les actions de plaidoyer menées par des associations de solidarité ont aussi eu un impact pour mettre ces sujets sur la scène médiatique en faisant entendre les voix des personnes en situation de précarité. Ce phénomène massif (les taux de non-recours aux prestations mesurés par la DREES sont fréquemment supérieurs à 30 % avec notamment

34 % de non-recours au RSA en 2018) et perçu à juste titre comme important par le grand public (voir l’encadré sur l’étude d’opinion de la DREES d’avril 2023) constitue une priorité politique au cœur de la solidarité à la source.

Aux premières loges de la mise en œuvre de la solidarité à la source, les caisses (CAF et CCMSA) sont à la manœuvre pour être au rendez-vous en 2025 en évitant les écueils de la réforme des allocations logement de 2021. La sollicitation régulière des bénéficiaires à travers des « écoutes usagers » a pour ambition d’adapter les parcours au plus près des besoins et de mettre en place toutes les mesures de sécurisation nécessaires pour ac-

compagner le changement à venir. Cette réforme présente aussi une réelle opportunité à terme pour la branche famille à travers la mise en place d’un parcours de demande unique et d’un accompagnement plus adapté au profil et au parcours de vie des bénéficiaires (cf. entretien de Jérôme Lepage et Valérie Marty de la CNAF).

Les travaux actuellement conduits par la CAF et la CCM-SA sont suivis de près par les associations de solidarité, en tant qu’évaluateurs attentifs des politiques publiques, mais aussi intermédiaires avec les usagers (voir les entretiens de Pierre Gravoin du Secours catholique et Bruno Rakedjian d’ATD Quart Monde). Les associations souhaitent également renforcer les espaces d’échange avec les pouvoirs publics pour co-construire des solutions efficaces et au plus près des besoins. À ce titre, les travaux menés dans le cadre des expérimentations territoires zéro non-recours constituent des exemples de synergies encouragées entre les différents acteurs d’un territoire (voir l’entretien avec Rollande Laureau-Laplace d’ATD Quart Monde).

Ces actions pour renforcer l’accès aux droits, que ce soit via la modernisation de la délivrance des prestations ou les actions de terrain, ont été initiées ou vont l’être dans l’année à venir : la solidarité à la source à l’épreuve du terrain, les acteurs de la solidarité nous décryptent les conditions de réussite et les enjeux pour ces projets.

INTERVIEW



STÉPHANE SEILLER
RESPONSABLE DE LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE « DONNÉES SOCIALES » (MIDS)

CÉLINE SCANNAVINO
RESPONSABLE DÉLÉGUÉE À LA MODERNISATION DES PRESTATIONS SOCIALES VIA L’USAGE DES DONNÉES SOCIALES AU SEIN DE LA MIDS



Créée par décret en décembre 2023, la MIDS a pour mandat le pilotage stratégique des systèmes de collecte et d’utilisation des données sociales et fiscales (projets DSN, PASRAU et DRM) qui sont au cœur du projet de solidarité à la source. La MIDS a également pour mission de veiller à la simplification, la rationalisation et la fiabilisation des données, notamment via l’élaboration des orientations stratégiques pluriannuelles de ces dispositifs.

QU’EST-CE QUE LA SOLIDARITÉ À LA SOURCE ET QUELS EN SONT LES ENJEUX POUR LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE « DONNÉES SOCIALES » ?

Le prélèvement à la source, tout le monde a compris de quoi il s’agit, mais qu’en est-il de la solidarité à la source ? On peut la définir par ses promesses : elle doit simplifier, réduire les démarches de l’usager, permettre à la Sécurité sociale « d’aller vers » de potentiels nouveaux bénéficiaires, mais aussi réduire les

risques d'abus et de fraude en se fiant à des « sources » réputées plus sûres.

Elle peut également être définie par son mode opératoire : calculer les prestations de solidarité en limitant la sollicitation du bénéficiaire par une mobilisation des informations nécessaires sur ses ressources en allant les chercher « à la source ». Mais quelle est cette source ? Pour le prélèvement de l'impôt sur le revenu, la « source », ce sont les systèmes de paie ou les systèmes de versement des prestations sociales, mais ce sont aussi les mêmes systèmes qui sont les sources de la solidarité à la source. Cette deuxième définition peut sembler techniciste, mais ne doit pas faire oublier les effets puissants de cette réforme à savoir un repositionnement de la relation entre la Sécurité sociale et le bénéficiaire : la première étant amenée à être plus proactive, le second à être moins sollicité tout en bénéficiant au mieux de ses droits. Le bénéficiaire reste toujours inclus dans la démarche puisqu'il devra valider sa déclaration de ressources qui sera préremplie pour le RSA et la Prime d'activité à compter de 2025, à l'instar de la déclaration de l'impôt sur le revenu de la DGFIP. La solidarité à la source, à travers ce changement de paradigme, offre ainsi une réelle promesse de simplification pour ces populations souvent en grande fragilité.

En allant chercher les informations via des systèmes automatisés et industrialisés, la réforme de la solidarité à la source

présente donc un double enjeu majeur, de fiabilité de ces systèmes et de qualité des informations véhiculées. La Mission interministérielle (MIDS) est au cœur de ces enjeux.

Elle doit d'une part contribuer à ce que les données recueillies à leur source circulent de la manière la plus fluide possible, pour éviter des périodes éventuellement longues durant laquelle la chaîne industrielle fonctionne mal pour tout ou partie du public qu'elle est censée servir. Les caisses d'allocations familiales ont su surmonter des difficultés sérieuses lors de la réforme des allocations logement de 2021, aux causes multiples : cinématiques de circulation des données très ambitieuses liées à l'objectif de l'alignement quasi contemporain des ressources et des prestations, ou interdépendance et défaut d'alignement entre les différents organismes consommant ou déclarant des données.

D'autre part, la MIDS doit faire en sorte que les données utilisées soient de qualité, c'est-à-dire conformes à l'attendu réglementaire, lequel n'est pas toujours bien compris ou est interprété de manière diverse.

Ces deux enjeux ne sont d'ailleurs pas propres à la mise en place de la solidarité à la source, on les rencontre déjà au titre de l'alimentation des bases carrières des caisses de retraite, le calcul des allocations chômage ou des indemnités journalières d'arrêt de travail par exemple.

QUELS SONT LES AXES MAJEURS À SÉCURISER POUR PERMETTRE LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME EN 2025 À TRAVERS LA MODERNISATION ET LA SIMPLIFICATION DES DÉMARCHES D'ACCÈS AU RSA ET À LA PRIME D'ACTIVITÉ ?

Nous identifions trois axes autour desquels la Mission interministérielle doit œuvrer.

Le premier axe, qui est le plus important, consiste à maintenir la confiance des usagers dans le système chargé du versement de leurs prestations. Afin de limiter l'effet « boîte noire » lié à l'automatisation des processus, il y a un réel enjeu d'intelligibilité du dispositif et de transparence sur les données véhiculées dès lors que ce n'est plus la personne qui fournit les informations utiles au calcul. La création d'un nouveau montant de référence pour le calcul des droits au RSA et à la Prime d'activité, le « montant net social », est majeure pour répondre à cet enjeu. Cette nouvelle notion, affichée sur le bulletin de paie et les relevés de prestations, vise à faciliter la compréhension du droit fondé désormais sur une valeur de référence unique. Elle sera également affichée sur le portail numérique des droits sociaux (www.mesdroitssociaux.gouv.fr) pour contribuer à la transparence auprès des usagers des données collectées et utilisées pour le calcul de leurs prestations. La qualité de cette donnée étant donc essentielle à la réussite de la réforme, des contrôles ont été mis en place pour remonter aux entreprises et organismes verseurs de prestation, à la source, des suspicions d'erreurs déclaratives.

Par ailleurs, la confiance dans le système doit s'appuyer sur la garantie du droit à l'information et à la rectification des données conformément au RGPD. La capacité de l'usager à signaler une erreur est notamment permise à travers le portail Mes Droits sociaux. Afin de traiter ces demandes, une « cellule anomalie » a été

créée et jouera un double rôle de mise en conformité des données erronées en prenant contact directement avec la source de l'information, et plus largement d'accompagnement des usagers dans l'utilisation de leurs données sociales.

Enfin, le maintien de la confiance des usagers passe également par la confiance des agents des caisses d'allocations familiales, en première ligne, car ce sont eux qui maîtrisent la technicité du calcul des bases ressources et devront accompagner l'usager dans ce nouveau mode de fonctionnement.

Le second axe repose sur la poursuite d'un effort de pédagogie autour du sens des données. Cette pédagogie est centrale pour le maintien de la confiance dans le système. En effet, on constate qu'environ deux tiers des remontées d'anomalie via le portail « Mes droits sociaux » ne résultent pas d'un manque de qualité des données, mais d'une mauvaise compréhension de l'usager. Ainsi, dans le cas de la réforme RSA/PA, la bonne appropriation du « montant net social » dans les prochains mois par les différents acteurs (bénéficiaires, entreprises, organismes verseurs de prestations, agents des caisses) est primordiale.

Enfin, le troisième axe qui va au-delà de la réforme de la solidarité à la source porte sur la promotion de l'usage des données sociales auprès de nouveaux acteurs. En effet, les projets en cours peuvent être inspirants pour d'autres organismes. Au travers de l'organisation d'instances dédiées avec l'ensemble des administrations et des organismes de protection sociale, la MIDS contribue au partage d'expérience et à l'essaimage de l'exploitation des données sociales pour la modernisation de la délivrance des prestations.

LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE POURRONT PAR LA SUITE SERVIR D'AUTRES PROJETS : QUELLE PLACE DEMAIN

POUR LES DONNÉES SOCIALES DANS LA RELATION USAGERS ET LA LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS ?

Aujourd'hui, le dispositif de ressources mensuelles (DRM) autorise l'utilisation des données pour permettre aux caisses d'identifier des profils d'individus éligibles aux prestations. Cette capacité de détection est essentielle pour mener les actions nécessaires à la lutte contre le non-recours comme des campagnes d'e-mailing ciblées. Ces usages présentent de réelles opportunités pour faciliter l'accès aux droits et impliquent systématiquement une validation préalable de la CNIL pour garantir la conformité d'utilisation des données personnelles. La MIDS a également le devoir de rappeler aux organismes leur responsabilité vis-à-vis de l'exploitation des données sociales et le cadre réglementaire qu'ils ont l'obligation de respecter.

L'usage des données sociales présente donc un potentiel énorme au service de la simplification et de l'accès au droit. C'est pour mener à bien ces ambitions que la mission interministérielle « données sociales » nouvellement créée anime et coordonne les très nombreuses parties prenantes (administrations centrales, employeurs, organismes de protection sociale) en remettant aussi souvent que nécessaire au cœur des priorités des uns et des autres, la prévention, la résolution et le traitement de tous les dysfonctionnements, même si ceux-ci n'affectent qu'une proportion très faible des bénéficiaires. Dans l'univers des données sociales qui peut devenir facilement « techniciste », il est important de ne pas réduire les problématiques à de simples pourcentages d'erreurs. Les chiffres peuvent cacher des situations humaines critiques. C'est aussi le rôle de la MIDS de tenir compte de cette dimension afin de garantir la confiance dans notre système social.

INTERVIEW

JÉRÔME LEPAGE

DIRECTEUR ADJOINT DES POLITIQUES FAMILIALES ET SOCIALES À LA CNAF

VALÉRIE MARTY

COORDINATRICE DE LA MODERNISATION DES PRESTATIONS À LA CNAF

La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), branche « famille » de la Sécurité sociale, pilote les 101 Caisses d'allocations familiales réparties sur l'ensemble du territoire. La CNAF travaille activement à la modernisation de la délivrance des prestations sociales avec la mise en œuvre de la réforme des allocations logement en 2021 et la réforme du RSA et de la Prime d'activité prévue à compter de mars 2025.

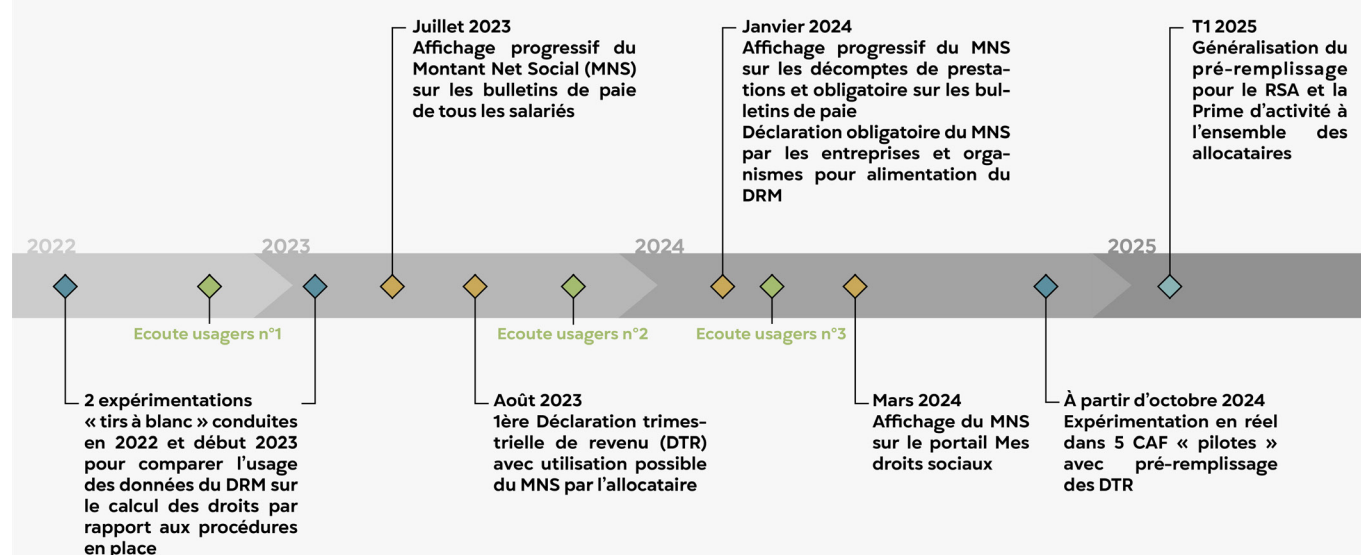
QUEL EST L'ENJEU DU PROJET DE SOLIDARITÉ À LA SOURCE DU POINT DE VUE DE LA CNAF ?

La réforme de la solidarité à la source répond à deux enjeux majeurs. Tout d'abord un enjeu de sécurisation et d'amélioration du service rendu aux allocataires pour la délivrance du RSA et de la Prime d'activité. Actuellement, les allocataires doivent déclarer manuellement leurs revenus tous les trimestres avec des risques d'erreurs importants (complexité de compréhension du montant à déclarer, oubli de certaines ressources). Les difficultés de compréhension des informations à renseigner génèrent de nombreux indus et rappels alors que ces deux

prestations s'adressent à des publics très fragiles. Cette réforme vise donc à automatiser l'acquisition des ressources pour les bénéficiaires du RSA et de la Prime d'activité afin de sécuriser le versement du juste droit. Cette réforme diffère de celle des allocations logement puisqu'elle s'appuie non pas sur un versement automatique, mais sur un préremplissage de la déclaration trimestrielle des revenus à valider par le bénéficiaire (à l'instar de la déclaration préremplie de l'impôt sur le revenu pour la DGFiP). À noter que certaines ressources ne pourront être récupérées automatiquement au démarrage et devront être complétées manuellement par les allocataires, par exemple les pensions alimentaires. Toutefois, la CNAF travaille de manière proactive et conjointe avec les autres organismes de Sécurité sociale et la DSS pour récupérer en cible le maximum d'informations : à titre d'exemple, des travaux sont en cours avec l'Urssaf Caisse nationale pour obtenir les données relatives aux travailleurs indépendants.

Faciliter l'accès au droit est le second enjeu de cette réforme, qui se traduit actuellement sur le terrain par la coordination de différents acteurs, dont les CAF, dans le cadre des expérimentations Territoires zéro non-recours (TZNR). Pour aller plus loin et favoriser l'accès aux droits, des travaux sont également en cours au niveau des systèmes de la branche famille concernant les moteurs d'éligibilités. En effet, à partir de 2024, la CNAF sera autorisée à utiliser le Dispositif de ressources mensuelles (DRM) dans une logique d'accès aux droits et de lutte contre le non-recours. La branche famille disposera ainsi d'une vision globale de la situation d'un allocataire qui effectue une demande d'aide et aura donc la capacité d'analyser son éligibilité à des droits potentiels à la fois sur les prestations légales, mais aussi, à terme, sur un bouquet de services allant au-delà de sa demande initiale (par exemple en cas de séparation, une mise en relation avec les services de médiation

SOLIDARITÉ À LA SOURCE : LES ÉTAPES CLÉS DE MISE EN ŒUVRE



familiale pourrait être proposée systématiquement). À ce jour, un allocataire ne peut effectuer qu'une seule demande de prestation à la fois, ce qui peut entraîner du non-recours sur d'autres prestations. L'ambition de la branche est donc d'orienter automatiquement l'utilisateur vers un parcours de demande unique afin d'automatiser l'accès au droit. Ce parcours unique est un chantier considérable pour la branche famille et présente une réelle opportunité d'amélioration du service dont la mise en œuvre par étapes est envisagée au plus tôt en 2026, et finir sur la COG suivante, sous réserve d'autres priorités politiques.

En parallèle, la Direction du Réseau impulse une évolution des pratiques pour permettre un traitement des dossiers suivant une approche populationnelle par les CAF : il s'agit d'organiser l'accompagnement des CAF en fonction des profils d'allocataires et de leurs parcours de vie (famille monoparentale, travailleur indépendant, situation de handicap, etc.). Face à l'hétérogénéité des situations sociales et familiales, la réglementation et la gestion de la branche famille se sont complexifiées au fil du temps pour permettre de couvrir tous les cas. La solidarité à la source, en absorbant la complexité administrative, permettra aux agents des CAF de porter l'effort sur un accompagnement plus adapté à chaque parcours de vie.



QUELS ÉLÉMENTS ONT ÉTÉ MIS EN PLACE POUR FACILITER LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME ?

À partir des retours d'expériences de la réforme des allocations logement, trois grandes étapes ont été mises en œuvre pour faciliter la construction de la solidarité à la source.

Tout d'abord, les expérimentations à blanc menées en 2022 et 2023 ont constitué une première étape importante. L'adossage aux données du DRM a été effectué pour 5 CAF puis 10 CAF expérimentatrices dans l'objectif de comparer l'usage des données du DRM sur le calcul des droits par rapport aux procédures en place. Cette première analyse croisée a permis de mieux évaluer et mesurer les impacts de la réforme et d'identifier les mesures de sécurisation nécessaires. Un complément d'analyse sera également effectué

au 1^{er} semestre 2024 sur la qualité des données du montant net social, présent sur les bulletins de paie et les relevés de prestations, qui devient la nouvelle valeur de référence pour le calcul du RSA et de la Prime d'activité.

Ensuite, une deuxième phase, entre octobre 2024 et mars 2025, visera à tester en réel le dispositif auprès de 5 CAF. Ces tests devront déterminer les besoins d'évolutions du parcours, d'accompagnement des bénéficiaires et de communication. Enfin, la généralisation de la solida-

rité à la source pour tous les allocataires du RSA et de la Prime d'activité, prévue en mars 2025, constituera la troisième et dernière étape.

La préparation de cette réforme est donc séquencée et structurée pour sécuriser au maximum sa mise en œuvre. Elle s'appuie sur plusieurs expérimentations essentielles pour adapter certaines règles de gestion et maîtriser l'ensemble des risques liés au changement. Elles ont notamment permis d'affiner le dispositif et de faire évoluer les modes de coopération de la CNAF avec les autres organismes intervenant sur la collecte des données sources. Le retour d'expérience de la réforme des allocations logement a également permis de repenser et sécuriser le parcours déclaratif afin de le rendre plus fluide, pour permettre aux allocataires de modifier les ressources préremplies en cas d'incohérence et de signaler une anomalie éventuelle aux experts des données sociales pour correction à la source dans le portail national www.mesdroitssociaux.gouv.fr directement dans leurs déclarations trimestrielles. L'enjeu, sur la période à venir, sera d'accompagner les usagers dans ce nouveau parcours en facilitant leur bonne compréhension du système.

QUELLES ACTIONS ONT ÉTÉ MISES EN PLACE POUR ACCOMPAGNER LES AGENTS DES CAF DANS CETTE TRANSFORMATION ?

Cette réforme va nécessairement modifier les pratiques et la posture de certains métiers. Un plan d'accompagnement au changement est en cours d'élaboration en lien avec les 10 CAF expérimentatrices. Un changement de paradigme est notamment attendu au niveau de la politique des contrôles de données entrantes. En effet, les dossiers RSA et Prime d'activité étant très sensibles et sources d'erreurs déclaratives, de nombreux contrôles sortants sont actuellement effectués. Avec l'acquisition de ressources par un tiers de confiance, le DRM, les agents seront de plus en plus dans un rôle d'accompagnement de la bonne compréhension du droit par les allocataires et experts des situations d'éligibilité plutôt que sur la gestion administrative d'indus ou de rappels.

Afin de faciliter ce changement, un travail a notamment été mené pour traduire les données du DRM et donner une vision enrichie et donc plus lisible aux agents des CAF.

LES USAGERS ONT-ILS ÉTÉ SOLLICITÉS DANS LA CONSTRUCTION DE LA RÉFORME ?

Tout à fait. Les expérimentations ont permis d'associer les usagers puisqu'ils ont contribué à la modélisation des parcours déclaratifs au travers d'« écoutes usagers » regroupant une cohorte d'une trentaine d'allocataires. Leurs retours ont notamment contribué à faire évoluer la période de référence du calcul¹ des droits, et donc la réglementation, pour permettre de tenir la promesse de simplification. Ils

1. Pour une déclaration trimestrielle réalisée au mois M, les ressources prises en compte initialement portaient sur les mois M-3 à M-1. Avec le préremplissage, la période prise en compte évolue de M-4 à M-2 pour permettre une alimentation des données sécurisée et une sollicitation à minima de l'utilisateur.

ont également conforté l'intérêt du préremplissage dans la facilitation de leur démarche. Une troisième écoute sera lancée prochainement et concernera le parcours en cas de signalement d'une anomalie ou de demande de modification de ressources.

Au niveau local, les CAF expérimentatrices ont eu à cœur de s'associer avec les conseils départementaux et les associations pour les informer régulièrement de l'état d'avancement des travaux. En étant partie prenante des expérimentations TZNR, les CAF ont également permis l'essaimage de l'information en travaillant conjointement avec les différents acteurs sur le terrain. Par ailleurs, les CAF étant des organismes paritaires dont les conseils d'administration sont composés de représentants des salariés et employeurs, des réponses sont apportées régulièrement sur les résultats des expérimentations.

Au niveau national, la CNAF rencontre régulièrement les têtes de réseau associatives.

Enfin, un Comité de coordination pour l'accès aux droits (COCOAD) a été mis en place par le ministre des Solidarités au lancement des travaux. Il regroupe l'ensemble des acteurs concernés (administrations, organismes, associations) pour permettre d'échanger collectivement sur ces évolutions. Il serait d'intérêt de mobiliser le COCOAD de manière plus active sur la dernière ligne droite en 2024.

AVEC L'ARRIVÉE DE FRANCE TRAVAIL, QUELLES MODALITÉS DE COOPÉRATION SONT ENVISAGÉES ?

France Travail est une autre réforme à conduire en parallèle de celle de la solidarité à la source et qui a également des incidences sur les bénéficiaires de RSA. Elle nécessitera une vigilance particulière de la branche famille au niveau de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA pour répondre à un double enjeu : réussir la réforme de France Travail en faisant évoluer les pratiques existantes entre les institutions tout en sécurisant la mise en place des nouveaux parcours déclaratifs et mode de calcul du RSA et de la Prime d'activité.

INTERVIEW

Comprendre le non-recours : causes et motifs des problématiques d'accès aux droits avec :

HÉLÉNA REVIL
CHERCHEURE ET RESPONSABLE SCIENTIFIQUE DE L'ODENORE



Fondé en 2002 par Philippe Warin et Catherine Chauveaud, l'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services) est un dispositif de recherche du CNRS rattaché à l'université Grenoble-Alpes. Il a pour ambition d'observer, d'analyser (mesurer l'importance du non-recours, caractériser les populations concernées et enquêter sur les causes de ces situations) et de diffuser des connaissances sur le non-recours.

La responsabilité scientifique de l'ODENORE est, depuis mi-2019, assurée par Hélène Revil, docteure et chercheuse en science politique. Hélène Revil est membre de l'Odenore depuis 2005.

COMMENT L'ODENORE MESURE-T-IL LE NON-RECOURS ? L'APPROCHE DE L'ODENORE EST SOUVENT PRÉSENTÉE COMME UNE « ANALYSE DYNAMIQUE » DU NON-RECOURS, POURRIEZ-VOUS PRÉCISER CETTE NOTION ?

APPRÉHENDER LE NON-RECOURS ZOOM SUR LA DERNIÈRE ÉTUDE DREES (AVRIL 2023)



QUELQUES ENSEIGNEMENTS CLEFS DE L'ÉTUDE DU BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES SUR LA PERCEPTION DU NON-RECOURS PAR LES FRANÇAIS :

Le non-recours est une problématique perçue comme importante

Près de 3 Français sur 4 (73 %) estiment que le non-recours aux prestations sociales est élevé en 2021. Cette perception est significativement plus importante pour les personnes bénéficiaires d'aides sociales ou connaissant des proches dans cette situation.

Le manque d'information reste la principale raison perçue au non-recours, mais est en recul par rapport aux années précédentes

39 % des répondants citent comme raison principale au non-recours le « manque d'information sur les aides ou les organismes à qui s'adresser », suivie des « démarches trop complexes ou trop longues » (23 %), de la « crainte des conséquences négatives » (18 %) et enfin du « souhait de s'en sortir soi-même sans dépendre de l'aide sociale ou ne pas être considéré comme un assisté » (16 %).

Notons que si le motif « manque d'information » reste la principale raison citée, il occupe une part de moins en moins importante par rapport à 2016 (-17 points de pourcentage), principalement au profit de « la crainte de subir des conséquences négatives » (ex : perte d'autres droits, problèmes administratifs, contrôles, etc.) (+10 points depuis 2016).

L'Odenore s'est créé sur le constat que les recherches sur le non-recours étaient insuffisantes en France, mais aussi assises sur des méthodologies essentiellement quantitatives (statistiques). L'approche de l'Odenore se veut davantage qualitative et s'appuie prioritairement sur les méthodes des sciences sociales : enquêtes par entretiens qualitatifs ou par questionnaires réalisés en particulier auprès de populations en situation de précarité et/ou de non-recours. Nous essayons en outre de documenter le sujet à une échelle locale.

La démarche de l'Odenore se caractérise également par une exploration dynamique du non-recours. Nous cherchons à comprendre les parcours des personnes par rapport à leurs droits dans leur ensemble, et d'identifier ce qui peut expliquer que des personnes recourent ou non à ceux-ci. En effet, une personne peut toucher

une prestation à un moment T, puis ne plus en bénéficier à la suite d'une erreur administrative, d'une mauvaise appréhension de sa situation par une institution, par exemple. Elle peut aussi percevoir une prestation, mais pas une autre à laquelle elle aurait pourtant également droit.

Enfin, l'Odenore associe autant que faire se peut toutes les « parties prenantes » dans ses recherches qui peuvent ainsi être qualifiées de collaboratives ou de participatives.

POUVEZ-VOUS PRÉCISER QUI SONT CES PARTIES PRENANTES ?

Il s'agit de personnes en situation de non-recours, plus globalement des « publics » des politiques sociales et de santé, mais également de professionnels et de bénévoles du monde sanitaire et social, issus

de structures administratives comme associatives : CAF, CPAM, CCAS, collectivités territoriales, centres sociaux, centres hospitaliers, centres de santé, associations (ex : Secours populaire, Secours catholique, Médecins du monde, etc.)...

CONCERNANT LES CAUSES DU NON-RECOURS, POURRIEZ-VOUS NOUS INDiquer LES PRINCIPAUX MOTIFS QUE VOUS AVEZ PU OBSERVER ?

L'Odenore a élaboré une grille de lecture qui distingue quatre grands types de non-recours partant des motifs explicatifs sous-jacents.

Le premier est la « non-connaissance » : les personnes ne connaissent en effet pas toujours l'existence des prestations, des services, auxquels elles ont droit, ou plus fréquemment méconnaissent les conditions d'éligibilité, les démarches à réaliser ou les acteurs auxquels s'adresser pour en bénéficier... Ce type de non-recours est

fréquent. Il est à mettre en relation avec la complexité de notre système social, mais aussi avec la manière dont les informations sur les droits et les services sont diffusées. Le fait que de plus en plus d'informations ne soient disponibles que sur Internet, que les personnes ne puissent plus nécessairement s'informer dans des lieux physiques, peut par exemple amener certaines à ne plus avoir accès aux informations utiles pour accéder aux droits.

Le deuxième type est celui que nous appelons la « non-réception ». Ce sont des cas dans lesquels les personnes ont commen-

cé à réaliser une demande pour obtenir une prestation, bénéficier d'un service, mais pour lesquelles la demande n'ira pas jusqu'au bout. Ce peut être parce qu'à un moment de cette demande, il faut passer par Internet et que les personnes n'y ont pas accès, ou parce que le dossier se perd entre différents services, parce qu'un courrier concernant leur demande ne leur parvient jamais ou que le nombre trop important de pièces justificatives à transmettre finit par les décourager... Ce type souligne que le non-recours n'est pas toujours « primaire » et que les « non-recourants » ne sont pas forcément invisibles des professionnels du social ou de la santé...

Le troisième type est celui de la « non-proposition ». Certains professionnels du social ou de la santé choisissent de ne pas évoquer certaines prestations ou services avec les personnes, selon le diagnostic qu'ils font de la situation, estimant parfois qu'il est préférable d'en proposer d'autres en priorité et/ou

que la prestation en question n'est pas adaptée au profil de ces personnes... Des recherches ont par exemple montré que certaines offres de formation à l'étranger n'étaient quasiment jamais proposées à des jeunes issus de classes sociales moins favorisées. Si cette non-proposition peut relever de logiques de protection des personnes, elles questionnent sur les représentations vis-à-vis de certains demandeurs ainsi que sur le droit à l'information et la place qui est donnée aux personnes accompagnées dans la prise de décisions qui les concernent au premier chef.

Enfin, le dernier type est celui que nous avons appelé la « non-demande ». L'idée sous-jacente est que certaines personnes, bien que connaissant les prestations, ne veulent pas en faire la demande. Ce peut être par désaccord avec les principes inhérents à certaines prestations (par exemple, le recours sur succession) ou par peur de conséquences négatives en cas de recours, notamment une forme de stigmatisation – des bénéficiaires rapportaient par exemple que leur relation avec certains médecins s'était dégradée après avoir bénéficié de la CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire, désormais C2S – Complémentaire santé solidaire). La crainte des indus est aussi très présente.

DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES, LE GOUVERNEMENT A INITIÉ LE PROJET DE SOLIDARITÉ À LA SOURCE, QUI SE MANIFESTE NOTAMMENT PAR UN PRÉ-REMPLISSAGE AUTOMATIQUE DES DÉCLARATIONS DE RESSOURCES DE CERTAINES PRESTATIONS : PAR EXEMPLE LA C2S EN 2021, ET, EN CIBLE EN 2024 OU EN 2025, LE RSA ET LA PRIME D'ACTIVITÉ. QUE PENSEZ-VOUS DE CETTE RÉFORME ?

La modernisation des déclarations de ressources, l'automatisation du versement, peuvent être des leviers pour renforcer l'accès aux droits. Concernant la C2S, par exemple, il était important d'aller vers une automatisation de l'ouverture du droit pour les personnes éligibles, le fait de ne pas avoir de complémentaire santé étant un facteur principal de non-recours aux soins pour les populations précaires.

Ces projets d'automatisation sont également essentiels afin de montrer que l'État est véritablement volontaire pour mener des actions visant à favoriser l'accès aux droits sociaux. Mais il est alors crucial qu'ils soient menés à bout : dans le cas contraire, il y a le risque d'un effet « pou-dre aux yeux ».

Une autre condition d'acceptabilité est de sécuriser la non-augmentation des indus, qui constituent une grande source d'inquiétude pour les allocataires. Il s'agit d'un risque important des projets d'automatisation, qu'il est essentiel de maîtriser.

Soulignons enfin que la population est favorable à un « degré d'automatisation mesuré » plus qu'à une automatisation complète. Ce ne doit en effet pas être la seule réponse au non-recours. Le maintien (ou la réouverture) d'espaces d'accueil physique et de temps d'échanges avec les professionnels est une attente principale des personnes. Ce qui est souhaité, c'est aussi que l'administration capitalise sur les informations déjà connues : les personnes ne comprennent pas pourquoi il est encore souvent nécessaire d'envoyer un même justificatif à plusieurs organismes différents, de donner et redonner les mêmes informations à certaines structures...

L'UTILISATION CROISSANTE DES DONNÉES SOCIALES SUSCITE-T-ELLE LA CRAINTE D'UN CONTRÔLE ACCRU PAR LES POUVOIRS PUBLICS ?

Il y a en effet une crainte que la finalité ne soit pas uniquement le renforcement de l'accès aux droits, mais aussi de nourrir des projets de contrôle et de lutte contre la fraude. Lorsque l'on est en situation de précarité, c'est vital d'accéder à ses droits pour pouvoir faire face aux difficultés ; les personnes précaires n'ont d'une certaine manière pas le luxe de pouvoir s'opposer à la manière dont leurs données personnelles sont utilisées. Cela dit, les organismes sociaux savent qu'ils doivent respecter les finalités des projets mis en place et que la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) est là pour veiller au respect de la protection des données. Il y a quelques années, la CNIL avait d'ailleurs travaillé sur le sujet des données des personnes en situation de précarité.

VOUS PARLIEZ D'UN « DEGRÉ D'AUTOMATISATION MESURÉ » : NOUS IDENTIFIONS, EN SUS DES LEVIERS TECHNIQUES, UNE OPPORTUNITÉ À RENFORCER « L'ALLER-VERS », COMME LE PRÉVOIENT LES EXPÉRIMENTATIONS « TERRITOIRES ZÉRO NON-RECOURS ». QUEL EST VOTRE AVIS SUR CES EXPÉRIMENTATIONS ?

Elles sont intéressantes, notamment parce qu'elles permettent de faire dialoguer les acteurs locaux sur ce sujet du non-recours et de créer des représentations communes sur un même territoire concernant par exemple les caractéristiques du phénomène. Il est en effet essentiel de dire que les formes prises par le non-recours ne sont pas strictement identiques selon les territoires, et les leviers d'action associés ne sont par conséquent pas exactement répliquables. Concernant les actions d'aller-vers, il me semble important de garder en tête ce que j'évoquais un peu plus tôt : les personnes en non-recours ne sont pas nécessairement invisibles, elles sont pour toute une partie d'entre elles déjà sous les yeux des acteurs du social et de la santé, il est donc pertinent de s'intéresser aussi à la non-réception, aux ruptures de droits, et à ce qui dans les fonctionnements administratifs et les pratiques professionnelles peut contribuer à produire ces formes de non-recours ou de non-bénéfice des droits.

LES PERSONNES EN NON-RECOURS NE SONT PAS NÉCESSAIREMENT INVISIBLES, ELLES SONT POUR TOUTE UNE PARTIE D'ENTRE ELLES DÉJÀ SOUS LES YEUX DES ACTEURS DU SOCIAL ET DE LA SANTÉ

VOUS INDIQUEZ QUE LA DÉMARCHE DE CO-CONSTRUCTION ÉTAIT ESSENTIELLE DANS L'ANALYSE ET LE TRAITEMENT DU NON-RECOURS. SELON VOUS, LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES ONT-ELLES ÉTÉ SUFFISAMMENT ASSOCIÉES AUX DIFFÉRENTS PROJETS (SOLIDARITÉ À LA SOURCE, TERRITOIRES ZÉRO NON-RECOURS) ?

Concernant les territoires zéro non-recours, les premières expérimentations sont nées en local, de l'initiative d'acteurs de différentes natures souhaitant avancer ensemble sur le sujet du non-recours. Et les projets actuels se caractérisent toujours par l'association des acteurs au niveau local, l'une des finalités étant précisément de faire davantage travailler les uns et les autres ensemble, d'induire des synergies... Les acteurs ont dû trouver des points d'articulation dès la réponse à l'appel à projets.

Le projet de solidarité à la source étant davantage une

approche « par le haut », j'ai l'impression que les acteurs locaux sont, pour le moment, davantage en recherche d'informations sur ce projet.

POUR FINIR, QUELS SONT LES PROCHAINS TRAVAUX QUE SOUHAITE MENER L'ODENORE ?

Plusieurs thématiques ont vocation à être traitées dans les mois et les années à venir !

Nous venons de terminer une recherche pour la Mutualité sociale agricole (MSA) sur un dispositif expérimental qui a vocation à améliorer l'accès aux soins et à la santé des agriculteurs.

Nous en avons une en cours avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'École nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S), dirigée par Dominique Libault, sur le sujet des personnes âgées et de leur rapport aux droits et services visant le maintien de l'autonomie. Elle est basée sur une enquête par entretiens sur quatre territoires ; environ 80 seront réalisés au total.

L'expérimentation « territoires zéro non-recours » fera également l'objet d'analyses, nous travaillons actuellement avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et le comité d'évaluation de l'expérimentation à la préfiguration de cette évaluation.

Nous avons aussi des projets avec des acteurs comme les unions départementales des CCAS qui souhaitent estimer le non-recours au RSA et à la C2S, à l'échelle des communes et des intercommunalités.

Nous allons continuer à creuser le sujet du non-recours en matière de santé, en particulier pour des personnes atteintes de pathologies chroniques... Et nous avons encore de nombreux autres sujets en tête, par exemple concernant le handicap.

INTERVIEW



PIERRE GRAVOINE
CHERCHEUR AU SECOURS CATHOLIQUE ET À L'UNIVERSITÉ PARIS 8

Pierre Gravoine est chercheur au sein du Secours catholique et à l'université Paris 8 sur les problématiques de non-recours et d'accès aux droits. Il est aussi membre du comité d'évaluation de l'expérimentation territoires zéro non-recours ainsi que co-auteur, avec Rémi Le Gall de l'université de Lorraine, de l'article « Automatisation de la solidarité : l'impossible réforme ? ».

QUELLES SONT LES ACTIONS DU SECOURS CATHOLIQUE, EN TERMES D'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS VERS L'ACCÈS AUX DROITS ET DE LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS ?

Historiquement, le rôle du Secours catholique est l'accueil et l'écoute pour les personnes en situation de précarité matérielle et d'isolement social ou familial.

Au départ, l'association menait principalement des actions distributives, versant des aides vestimentaires, alimentaires ou financières. Depuis la fin des années 1990, le Secours catholique cherche à accompagner les personnes davantage sur le long terme. L'association a ainsi mis en place des actions sur l'inclusion bancaire, la domiciliation, l'accompagnement vers l'emploi ou l'aide à l'accès à un logement.

Cette transition reste difficile, car la plupart des bénévoles ne sont pas des professionnels de l'accompagnement social et il n'est pas question qu'ils le deviennent. Nous pensons néanmoins qu'ils peuvent avoir un rôle complémentaire aux métiers essentiels du travail social. Or, le sujet de l'accompagnement dans l'accès aux droits peut être source de réticences pour les bénévoles : par pudeur (ne pas aller au-delà de ce que la personne exprime), par sensation de manque de légitimité ou encore par refus d'effectuer le travail de l'État.

À partir de 2016, le Secours catholique s'engage davantage dans la lutte contre le non-recours avec des actions de plaidoyer et d'études. Des chiffres sur le non-recours des populations accompagnées sont publiés dans le rapport annuel « État de la pauvreté en France ». Le rapport « Non-recours – une dette sociale qui nous oblige », co-écrit avec l'Odenore, rend compte d'élé-

ments de compréhension du phénomène. Les recommandations du Secours catholique sont notamment portées au sein de l'alliance « Pacte du pouvoir de vivre » qui fédère des acteurs majeurs engagés sur les questions sociales et environnementales. L'association engage par exemple des travaux d'estimation du non-recours au RSA auprès des personnes avec qui les bénévoles sont en contact. Les résultats sont similaires à ceux de l'enquête de la DREES, avec un tiers de non-recourants – un chiffre très important, à nuancer par un taux plus faible pour les personnes suivies depuis plus d'un an au niveau du Secours catholique, indication que l'accompagnement a un impact positif dans la lutte contre le non-recours.

UNE DE NOS CONVICTIONS EST QUE L'UTILISATION DES DONNÉES SOCIALES DOIT ÊTRE SÉCURISÉE À LA SOURCE

LE GOUVERNEMENT A ANNONCÉ LE LANCEMENT DE LA RÉFORME DE LA SOLIDARITÉ À LA SOURCE, QUI PASSE NOTAMMENT PAR LA MODERNISATION DE LA DÉLIVRANCE DES PRESTATIONS RSA ET PRIME D'ACTIVITÉ (REMPLISSAGE AUTOMATIQUE DE LA DÉCLARATION TRIMESTRIELLE DE RES-

SOURCES) : QUELLE EST VOTRE POSITION SUR CETTE RÉFORME ?

L'automatisation du versement des prestations sociales fait partie des recommandations du Secours catholique dans son plaidoyer contre le non-recours (voir à ce propos les 90 propositions du Pacte du pouvoir de vivre de 2019). Il faut en revanche vérifier ce que la réforme recouvre réellement et en quoi consiste sa mise en œuvre : les ménages pourront-ils contrôler et valider ou contester (le cas échéant) le préremplissage de leurs ressources ? Qui est responsable en cas de déclaration

erronée, la caisse ou l'allocataire ? Le Secours catholique sera notamment particulièrement vigilant aux indus qui pourraient survenir et pénaliser les allocataires : la réforme des allocations logement a laissé des traces (même si la situation des indus pour les allocations logement semble stabilisée).

Par ailleurs, une de nos convictions est que l'utilisation des données sociales doit être sécurisée à la source : ces données étant personnelles, il est impératif d'assurer des standards de protection et de processus d'accès et d'utilisation de ces données à l'ensemble des acteurs intervenant dans la chaîne de partage. Aussi, les données utilisées par les administrations ne sont pas systématiquement comparables d'une administration à une autre (par exemple de la définition de « ménage » entre les sphères sociales et fiscales), il est important que les administrations travaillent à l'harmonisation des définitions des données afin qu'elles soient compatibles entre elles en veillant également à ne pas accentuer le phénomène des personnes qui « n'entrent pas dans les cases ».

Au-delà de la modernisation de la déclaration des ressources, nous espérons que la réforme permettra aux CAF d'être davantage proactives dans l'interlocution usagers.

QUELS ENJEUX IDENTIFIEZ-VOUS SUR LE VOLET DE L'INTERLOCUTION USAGERS ? QUELS LEVIERS SONT PROPOSÉS PAR LE SECOURS CATHOLIQUE ?

Aujourd'hui, l'accompagnement des usagers ne permet pas de garantir pleinement leur accès aux droits. Par exemple, les Maisons France Service manquent souvent de moyens humains (dans certains territoires il s'agit d'une permanence assurée une fois par semaine par des personnes qui ne sont pas spécifiquement formées à l'accompagnement social) et ne sont pas non plus suffisamment équi-

pées pour répondre aux problématiques de fracture numérique.

Le Secours catholique veut renforcer les liens entre les associations et les administrations : en effet, lorsqu'ils rencontrent une personne en situation de rupture de droits, les bénévoles se retrouvent désarmés, car ils ne disposent bien souvent d'aucun contact direct avec les agents de la CAF pour traiter les dossiers. La mise en place de conventions entre les CAF et les délégations permet de cadrer des échanges réguliers et de pouvoir nouer des contacts en insistant notamment sur la parole directe des personnes concernées. L'objectif n'est pas que les associations se retrouvent à « se substituer aux travailleurs de l'État et des administrations de la Sécurité sociale », mais de privilégier la création d'un espace de discussion entre les bénéficiaires et l'administration (plutôt que d'avoir un filtre des bénévoles).

LE SECOURS CATHOLIQUE A JUSTEMENT ÉTÉ AU CŒUR DE L'INITIATIVE DES TERRITOIRES ZÉRO NON-RECOURS (TZNR), DEUXIÈME JAMBE DE LA RÉFORME DE LA SOLIDARITÉ À LA SOURCE QUI VISE À « ALLER VERS » LES USAGERS : QUELS SONT LES ENJEUX ET OBJECTIFS DE CE DISPOSITIF ?

Émise en 2018 au sein du volet « Accès aux droits » de la Stratégie pauvreté, l'idée des territoires zéro non-recours provient de l'expérience des territoires zéro chômeur de longue durée. Après 3 expérimentations lancées en 2020-2021 par des acteurs publics locaux, l'initiative est inscrite au sein de la loi 3DS de janvier 2022, suivie par un appel à projets en mai 2023. La loi prévoyait initialement un financement limité à 10 projets, le résultat est finalement de 39 projets financés, dont 28 dans le cadre du Pacte des solidarités (présenté le 19 septembre aux fédérations et associations de lutte contre la pauvreté), ce qui est une vraie réussite

(le Secours catholique avait demandé un élargissement du dispositif initial).

Étonnamment, assez peu de territoires ruraux ont été retenus dans la liste, malgré la fracture numérique plus importante dans ces territoires. Ces territoires ont particulièrement besoin de soutien, car l'accès aux droits y est difficile (peu de permanences physiques des administrations et peu de transports). Les moyens humains des associations y sont limités : au Secours catholique, par exemple, les permanences (à raison d'une ou deux par semaine en moyenne) portent davantage sur de l'orientation vers les administrations que de l'aide aux démarches.

Une satisfaction à l'inverse est que plusieurs territoires aient été retenus à l'échelle du département, plutôt que de déléguer l'accompagnement humain aux communes. En effet, dans la mesure où les départements sont en charge de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté et pour éviter une trop forte « territorialisation des politiques sociales », susceptible d'inégalité dans l'accès aux droits nationaux, il est préférable que les CAF soient en charge – au niveau du département, et pas seulement au niveau national ou au niveau des communes.

QUELLES ACTIONS DE TERRAIN LE SECOURS CATHOLIQUE A-T-IL ENGAGÉES POUR FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET LA LUTTE CONTRE LE NON-RECOURS ?

Le Secours catholique développe les démarches de « l'aller-vers » les usagers : cette pratique est nouvelle pour l'association, dont les actions portent davantage sur la permanence d'accueil. En termes d'animation spécifique pour l'accès aux droits, le Secours catholique a par exemple créé les « fraternibus » : ces bus itinérants permettent aux bénévoles d'aller dans les villes et communes dans lesquelles il n'y a pas de permanence d'accueil et ainsi de créer du lien social.

Cela peut être notamment mobilisé afin de discuter avec les personnes de l'accès aux droits et du non-recours.

Par ailleurs, nous constatons au Secours catholique que l'utilisation des outils numériques par les bénéficiaires de droits est relativement limitée. Les bénévoles se heurtent en effet aux difficultés des usagers à accéder aux outils numériques – alors même que les procédures de demande et d'actualisation des droits se font en grande partie à distance via un compte personnel. Pour y faire face, certaines délégations s'équipent de matériel informatique disponible

dans leurs permanences d'accueil. Mais une fois équipée, il se pose toujours pour une équipe de bénévoles la question des difficultés d'utilisation des plateformes.

Dans ce contexte, la création de réseaux associatifs en lien avec les administrations, au niveau local en particulier avec les territoires zéro non-recours, est un vrai facteur de succès porté par le Secours catholique pour aller vers les usagers et leur proposer un accompagnement personnalisé et adapté à leurs besoins.



INTERVIEW

BRUNO RAKEDJIAN

*RESPONSABLE ACCÈS AUX DROITS
CHEZ ATD QUART MONDE*

LA NOUVELLE ÉTAPE DE LA « SOLIDARITÉ À LA SOURCE » SE CONCRÉTISE PAR LE PROJET DE PRÉREMPLISSAGE DES DÉCLARATIONS TRIMESTRIELLES DE RESSOURCES POUR LES ALLOCATAIRES DU RSA ET DE LA PRIME D'ACTIVITÉ. SELON VOUS, QUEL SERA L'EFFET DE CETTE RÉFORME SUR LE NON-RECOURS ?

Cette évolution devrait permettre de réduire la complexité des démarches, mais ne sera pas suffisante pour réduire efficace-

ment le non-recours aux droits. En effet, la DREES a publié en mars 2023 son baromètre et la complexité des démarches n'est pas l'unique cause du non-recours. Les conclusions sont d'ailleurs intéressantes : si le manque d'information reste la raison majeure du non-recours, elle diminue de 56 % en 2016 à 39 % en 2021, ce qui est plutôt positif. En revanche, le non-recours par « crainte des conséquences négatives » augmente fortement passant de 8 % des répondants en 2016 à 18 % en 2021. Que se passe-t-il dans la société pour que ces craintes aient plus que doublé en 5 ans ? On entend notamment par « conséquences négatives » la crainte d'une intrusion des pouvoirs publics dans sa vie privée ou encore celle d'être dans une position

de rupture de droits et de devoir faire face à des problèmes administratifs.

Un rapport coordonné par le Mouvement international ATD Quart Monde et l'université d'Oxford s'est également intéressé aux « dimensions cachées » de la pauvreté, peu prises en compte par les pouvoirs publics. On observe six dimensions cachées de la pauvreté auxquelles sont confrontés les plus démunis au-delà des privations matérielles (manque de travail décent, revenus insuffisants et précaires, privations matérielles et sociales). Il s'agit d'abord des trois dimensions relationnelles, qui correspondent à la manière dont les personnes qui ne sont pas confrontées à la pauvreté affectent la vie de celles qui le sont : la maltraitance sociale (stigmatisation), la maltraitance institutionnelle (mise en œuvre des politiques pour les plus précaires) et les contributions non reconnues. En parallèle, on distingue trois dimensions fondées sur l'expérience de la pauvreté : la dépossession du pouvoir d'agir, la souffrance dans le corps l'esprit et le cœur et le combat et la résistance. On appelle « dépossession du pouvoir d'agir » le manque de contrôle sur sa vie et la dépendance vis-à-vis des autres notamment les institutions.

Afin de mettre en place des réformes efficaces pour sécuriser l'accès aux droits, il est donc essentiel d'avoir une approche globale et de s'attaquer à l'ensemble de ces dimensions et pas uniquement à

l'amélioration des procédures administratives.

SELON VOUS, QUELS SONT LES PRINCIPAUX LEVIERS D'ACTION POUR QUE LA MODERNISATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS SOIT UNE RÉUSSITE ?

Nous avons identifié plusieurs améliorations à porter dans les parcours usagers.

Tout d'abord, il faut mettre fin aux ruptures de droit brutales. Nous constatons des situations de grande injustice où des personnes se retrouvent sans ressources du fait d'un changement de situation qui amène une coupure de leurs prestations sociales, sans explication préalable ni délai de prévenance suffisant. Ces allocataires ont souvent des personnes à charge et la perte de prestations les contraint à s'engager dans un combat avec l'administration pour subvenir à leurs besoins minimums et à chercher des aides d'urgence.

Il y a donc un enjeu majeur à ce que les administrations fassent preuve de réactivité pour informer à l'avance les individus d'un risque de perte de droits et mettent en œuvre des procédures d'urgence lorsque cela est nécessaire.

Il est ensuite nécessaire d'utiliser le numérique pour faciliter l'accès aux droits des ayants droit et la compréhension des droits perçus. Les allocataires devraient comprendre pourquoi ils reçoivent telle somme pour telle prestation ou pourquoi

on leur réclame un trop-perçu. Il faut également s'interroger sur la manière de construire des algorithmes pour qu'ils facilitent l'accès aux droits et ne soient pas uniquement vus comme outils de contrôle des allocataires et de lutte contre la fraude. L'usage des outils numériques dans une démarche « d'aller vers » serait tout à fait d'intérêt.

Enfin, les ayants droit ont besoin d'accéder facilement et en direct à des agents de la CAF qui ont le pouvoir de déclencher des droits. Les parcours des plus précaires ne sont pas évidents (ex : difficulté à joindre un interlocuteur « humain » par téléphone une fois passées les réponses automatiques). La « numérisation à outrance » des services publics se heurte à la fracture numérique et les publics précaires sont particulièrement concernés. Les services des caisses doivent être améliorés pour permettre d'accompagner les usagers dans de bonnes conditions, en remettant de l'humain au cœur de la délivrance de prestation : par exemple, l'accueil dans certaines CAF pourrait être revu afin d'assurer une confidentialité des échanges entre les agents d'accueil et les ayants droit.

UN POINT MIS EN AVANT PAR LE RAPPORT SUR LES DIMENSIONS CACHÉES DE LA PAUVRETÉ EST LA NÉCESSITÉ DE CONSIDÉRER LES PLUS DÉMUNIS SUR UN PIED D'ÉGALITÉ. COMMENT CE BESOIN EST-IL PRIS EN COMPTE DANS VOS ACTIONS AUPRÈS DES PLUS PAUVRES ?

Le défi auquel nous sommes confrontés porte sur l'intégration de la voix des personnes en situation de pauvreté dans la construction des politiques publiques, qui est déterminante pour mettre en place des solutions qui marchent. Ce n'est malheureusement pas le mode de fonctionnement actuel, ce qui constitue une violence institutionnelle très forte avec des mesures imposées par le haut qui n'ont

pas été co-construites avec les principaux concernés et qui peuvent les impacter négativement.

Notre ADN chez ATD Quart Monde, c'est construire avec les plus pauvres. La proposition du mouvement est de partir de la connaissance de ce que vivent les ayants droit pour réfléchir ensemble à une politique de prestation sociale au plus près de leurs besoins. À ATD Quart Monde, nous mettons en œuvre des approches participatives comme les universités populaires et le croisement des savoirs et des pratiques. Ces approches permettent de créer les conditions pour que le savoir issu de l'expérience de la vie des personnes qui connaissent la pauvreté puisse dialoguer avec les savoirs des scientifiques et des professionnels. Notre aspiration est de réhabiliter au bénéfice de tous des méthodes d'action plus complètes et inclusives : élaborer, mettre en œuvre et évaluer avec la participation des personnes concernées permettrait ainsi d'instaurer des évolutions efficaces et durables.

Nos actions ont toujours reflété cette démarche : ATD Quart Monde a d'ailleurs contribué à l'inscription de cette participation dans la loi d'orientation de lutte contre les exclusions de 1998. Elle considère pour la première fois les personnes en grande difficulté comme des partenaires à part entière dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques. Ce point est inscrit dans l'article L115-2 du Code de l'action sociale et des familles.

CONCRÈTEMENT, COMMENT CES DÉMARCHES DE PARTICIPATION SE MANIFESTENT-ELLES DANS VOS ACTIONS ?

Un exemple concret est notre action d'universités populaires. Ce projet permet aux personnes qui ont l'expérience de la pauvreté de se réunir par groupes pour travailler ensemble. Ces personnes dites

« sans voix », souvent peu écoutées et sous-représentées dans le champ politique comme dans le champ médiatique, peuvent alors échanger sur un thème dans un cadre valorisant, prendre confiance en elles et porter une parole collective. Nous mettons également en œuvre régulièrement des approches de croisement des savoirs et des pratiques, des recherches participatives et des co-formations pour permettre aux personnes qui ont l'expérience de la pauvreté de contribuer à l'élaboration de politiques publiques et à des changements de pratiques. L'objectif est de leur restituer la parole pour changer le regard sur leur situation en travaillant par groupe des pairs pour croiser leurs préoccupations et leurs propositions.

Il est également nécessaire d'inciter davantage les institutions à mettre en place de réelles approches participatives vis-à-vis des plus précaires. Des initiatives pour réunir les administrations et les allocataires ont été prises dans le cadre d'un de nos projets autour de l'amélioration des relations avec les Caisses d'allocations familiales. Les CAF sont aujourd'hui des acteurs essentiels des politiques de solidarité. Or, nous constatons les difficultés rencontrées au niveau du parcours des ayants droit. Les paroles collectées et travaillées avec les personnes qui ont l'expérience de la pauvreté nous permettent de proposer des mesures concrètes comme celles évoquées précédemment autour de la par-

CES PERSONNES DITES « SANS VOIX », SOUVENT PEU ÉCOUTÉES ET SOUS- REPRÉSENTÉES DANS LE CHAMP POLITIQUE COMME DANS LE CHAMP MÉDIATIQUE

ticipation des personnes concernées, de la confidentialité des accueils, des algorithmes pour accélérer l'accès aux droits et leur compréhension, de l'embauche de personnes qui déclenchent des droits pour accélérer le traitement des dossiers, mais aussi la reconnaissance du droit à l'erreur, la formation des agents à la connaissance de la grande pauvreté ou encore l'harmonisation des procédures au niveau national. L'objectif est de porter ces propositions auprès des institutions pour permettre un meilleur accès aux droits. Nous ne nous contentons pas d'actions bilatérales et souhaitons élargir la démarche au-delà des institutions : nous collaborons aussi avec d'autres acteurs de la société civile experts sur le sujet, par exemple nous travaillons avec le collectif « Changer de cap » sur les questions de digitalisation et d'usage des algorithmes, le collectif « Alerte » et le Pacte du pouvoir de vivre dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre des politiques d'accès aux droits.

Pour revenir au sujet de la solidarité à la source, il est important de faire évoluer le système des prestations pour lutter contre le non-recours : l'automatisation doit se faire sans déshumaniser et l'enjeu est d'impliquer les personnes concernées et les corps intermédiaires dont les associations font partie pour apporter des réponses solides et partagées.



LES EXPÉRIMENTATIONS TERRITOIRES ZÉRO NON-RECOURS, NOUVEAU PILIER DES ACTIONS DE TERRAIN

LA GENÈSE

L'idée de « Territoires zéro non-recours aux droits » émerge en 2018 dans la Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, sur le modèle des territoires zéro chômeurs longue durée. L'objectif est alors d'identifier à l'échelle d'un territoire les freins à l'accès aux droits et de tenter de les lever. De premières expérimentations « Territoires zéro non-recours » sont lancées en 2020 à Vénissieux, Bastia et le 10e arrondissement de Paris.

LA GÉNÉRALISATION

En s'inspirant de ces 3 territoires pionniers, le dispositif « Territoires zéro non-recours » est inscrit dans la loi dite 3DS (Différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification) de février 2022. Il est officiellement lancé le 20 décembre 2023 dans le cadre du Pacte des solidarités (Pacs) dont l'objectif est de « lutter contre la pauvreté à la racine ». 39 territoires ont été sélectionnés pour la période 2023-2026 (un chiffre largement supérieur aux 10 territoires prévus dans la loi 3DS).

LE PRINCIPE

Réunir autour de la table des acteurs variés (conseils départementaux, Caf, CCMSA, associations, élus locaux, etc.) pour mener des actions efficaces au plus près des besoins du terrain et adapté au contexte local. Cet objectif se concrétise par plusieurs volets :

- Renforcer les démarches « d'aller-vers »
- Améliorer la coordination entre les institutions et les acteurs de la lutte contre la pauvreté dans les territoires, renforcer le travail partenarial et les échanges de données
- Coconstruire les expérimentations avec les publics ciblés, grâce à une réflexion globale et concertée entre les acteurs locaux sur les problématiques d'accès aux droits

Sur les 39 territoires participant à l'expérimentation, on retrouve :

- Des périmètres d'expérimentations variés, du quartier (9 territoires) au département (4 territoires) en passant par la commune ou la communauté de commune (15 territoires) ;
- Des territoires diversifiés (ruraux et urbains) ;
- Pour certains connectés à d'autres dispositifs, comme les territoires zéro non-chômeurs longue durée (pour 11 d'entre eux).

Ces différentes expérimentations seront évaluées par un comité de suivi et d'évaluation national qui permettra d'identifier les bonnes pratiques à essaimer plus largement.

INTERVIEW

ROLLANDE LAUREAU-LAPLACE

RÉFÉRENTE ATD QUART MONDE DANS LE CADRE DE L'EXPÉRIMENTATION TERRITOIRES ZÉRO NON-RECOURS (TZNR) EN MEURTHE-ET-MOSELLE

ATD QUART MONDE EST SIGNATAIRE DE L'EXPÉRIMENTATION TERRITOIRE ZÉRO NON-RECOURS (TZNR) DANS LE DÉPARTEMENT DE MEURTHE-ET-MOSELLE, QUI A COMMENCÉ EN SEPTEMBRE 2023 : CONCRÈTEMENT, COMMENT CE PROJET SE DÉCLINE-T-IL SUR LE TERRAIN ?

Le projet en Meurthe-et-Moselle s'appuie sur les travailleurs sociaux déjà présents au sein du département. C'est original, car dans d'autres TZNR, le choix a au contraire été de recruter de nouveaux agents. L'objectif est de repenser l'accompagnement des travailleurs sociaux via plu-

sieurs étapes de préparation auxquelles participe ATD Quart Monde, avant d'aller rencontrer les personnes en situation de non-recours.

La préparation des travailleurs sociaux à l'« aller-vers » se découpe en trois phases au cours desquelles ATD Quart Monde apporte son expertise :

- Phase 1 : travailler avec les travailleurs sociaux et des personnes en situation de précarité sur les stéréotypes et les représentations, via la méthode de croisement des savoirs. Cette méthode est mise en œuvre depuis de nombreuses années au sein d'ATD Quart Monde (cf. interview de Bruno Rakedjian, responsable accès aux droits chez ATD Quart Monde). L'objectif n'est pas de sensibiliser les travailleurs sociaux aux thématiques de la précarité, mais qu'ils entendent des points de vue différents et affinent leur regard

grâce à la rencontre des bénéficiaires en situation de grande difficulté (et vice-versa !).

- Phase 2 : cette étape est l'occasion de travailler le « comment » de l'aller-vers, avec des travailleurs sociaux qui ont moins l'habitude de travailler « hors les murs ». Sélectionner les quartiers sur lesquels va se dérouler l'expérimentation, en s'appuyant sur l'expérience des habitants et des associations de terrain. Par exemple, une association qui distribue des paniers de légumes a été sollicitée, elle a une très bonne connaissance de la solidarité dans ces quartiers.

- Phase 3 : toujours avec les habitants et les professionnels, il s'agit de choisir les « mots » pour entrer en contact. Le discours ne doit pas être celui de « l'accès aux aides », mais bien « d'accès aux droits » pour les personnes. Les professionnels doivent changer de posture : ce ne sont plus les personnes qui viennent les rencontrer, mais eux qui vont « vers » les habitants, et leurs modalités d'entrée en contact doivent être différentes.

Ce qui nous semble important, c'est que les travailleurs sociaux entendent des points de vue différents grâce à la rencontre des personnes en situation de grande difficulté (et vice-versa !).

Dans un second temps, les travailleurs sociaux mettront en pratique les actions d'aller-vers, sur les lieux sélectionnés, avec les éléments de langage qui auront été définis. En ce qui nous concerne côté ATD Quart Monde, nous n'interviendrons pas sur le terrain, mais nous pourrions accompagner les travailleurs sociaux selon leurs demandes d'échanges.

Selon les besoins, et le passage aux actions de terrain ne sera certainement pas toujours facile, les militants d'ATD pour-

ront retravailler la démarche avec les travailleurs sociaux.

Nous sommes présents au niveau du comité technique et du COPIL pour nous assurer que la méthode employée est la bonne, et nous n'hésiterons pas à dire quand les actions ne fonctionneront pas.

LA PHASE 1 S'EST DÉROULÉE MI-NOVEMBRE : QUELS SONT LES PREMIERS RÉSULTATS ?

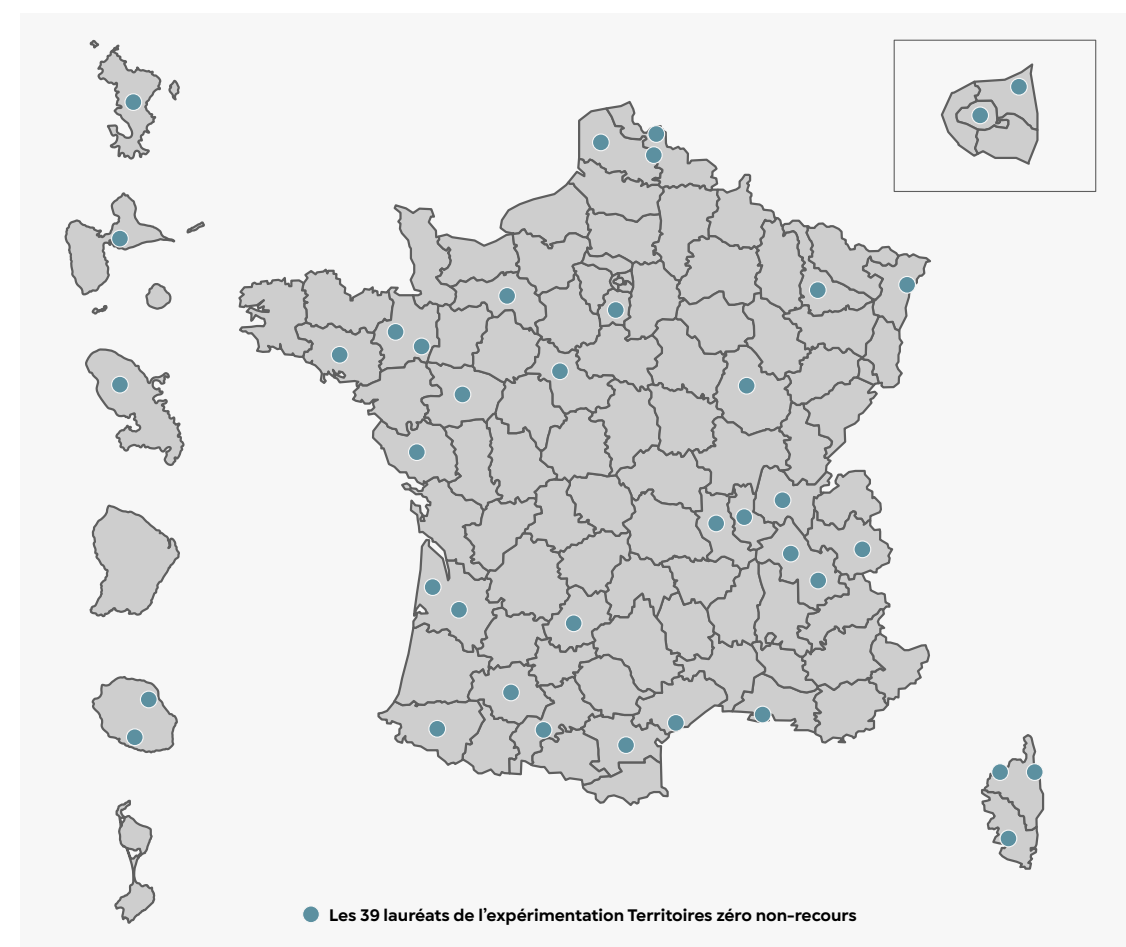
Cette première étape a rassemblé une cinquantaine de travailleurs sociaux du département et une quinzaine de personnes en situation de grande précarité, familles du principe des universités populaires.

Nous devons encore consolider les résultats de ces travaux, mais je peux déjà dire que les ressentis des travailleurs sociaux ont été contrastés : certains ne se sentent pas concernés, quand d'autres étaient déjà enthousiastes et le sont restés. Une partie des travailleurs sociaux enfin ont manifestement été déstabilisés par la rencontre et la démarche, qui va les obliger à mettre en place de nouvelles pratiques.

Si les étapes de l'expérimentation ont été définies, le projet va se construire au fur et à mesure : les travailleurs sociaux vont devoir s'approprier la manière dont ils veulent mener leur action, et ajusteront le projet en fonction des résultats des actions engagées.

LE PROJET EST PORTÉ PAR LE DÉPARTEMENT, EN LIEN AVEC LES ORGANISMES SOCIAUX. LES TZNR SÉLECTIONNÉS N'ONT PAS TOUS UNE ASSOCIATION PARMIS LEURS SIGNATAIRES, QU'EST-CE QUI A MOTIVÉ VOTRE CHOIX DE PARTICIPER EN MEURTHE-ET-MOSELLE ?

Tout d'abord, parce que nous avons été sollicités par le conseil départemental !



Nous nous sommes interrogés en interne pour savoir si nous souhaitions nous engager dans cette réponse. Nous constatons qu'il y a un réel besoin sur le territoire, avec environ 35 % de taux de non-recours. Les personnes en situation de précarité se retrouvent dans des situations inextricables qu'ils ont rapportées aux militants [personnes en grande précarité bénévoles d'ATD Quart Monde] lors de nos permanences sur l'accès aux droits : elles sont renvoyées de service en service et ne savent plus vers qui se tourner. L'équipe locale n'a pas forcément d'interlocuteur à leur proposer, alors, en dernier recours, elle mobilise le défenseur des droits.

L'expérimentation offre des perspectives pour trouver des solutions à ces situations.

Dans ce cadre, nous avons fait des propositions au conseil départemental en phase avec notre ADN, en identifiant des actions concrètes pour changer les pratiques et que les personnes puissent toucher leurs droits rapidement.

Par ailleurs, le projet réunit de nombreux acteurs publics et sociaux autour du conseil départemental : la métropole, la CAF, les CCAS des territoires, les élus locaux, etc. Le fait d'avoir l'ensemble de ces acteurs réunis autour de la table pour ce projet nous a convaincus de nous engager en tant que signataires de la réponse à l'appel d'offres.

Jusqu'à présent, et malgré la différence entre le « temps politique » et le « temps du terrain », nous avançons sur le dispositif mis en place avec une cheffe de projet dédiée, et une coordination des actions qui fonctionne bien.

À TITRE PERSONNEL, COMMENT EST-CE QUE VOUS ENVISAGEZ CETTE DÉMARCHE D'EXPÉRIMENTATION DANS LES TERRITOIRES ?

J'ai un mot : « Enfin ! » Nous attendions depuis longtemps d'être sollicités. Personnellement, je m'engage à ATD Quart Monde avant tout pour que les politiques de solidarité évoluent : dans le cadre de l'expérimentation, la situation changera beaucoup au niveau local et les remontées seront nationales.

L'objectif est que l'expérimentation au niveau des TZNR ait un impact positif sur le long terme pour l'ensemble des personnes en situation de précarité (bénéficiaires ou en situation de non-recours). Des évaluations nous permettront de vérifier que les personnes qui n'avaient pas accès à leurs droits y ont désormais accès, de façon pérenne, en évitant au maximum les ruptures de droit.

La démarche des TZNR doit enfin profiter à tous : il ne faut pas faire des personnes identifiées dans ces territoires « momentanément des privilégiés » pour accéder aux droits. Si les travailleurs sociaux identifient dans l'expérimentation des méthodes pour réduire les délais, ces méthodes devront être largement déployées. De même, les CAF doivent mettre les moyens, pour que les agents puissent répondre le plus rapidement possible aux demandes des travailleurs sociaux, notamment à travers la mise en place d'un outil commun.

Il ne faut pas faire des personnes identifiées dans les TZNR momentanément des privilégiés de l'accès aux droits.

La méthode employée sur le territoire de Nancy intéresse d'ailleurs les autres antennes locales d'ATD qui nous sollicitent fortement. Nous avons prévu de faire des bilans intermédiaires sur la méthode pour inspirer les autres territoires, dans la lignée de l'ADN du mouvement : changer les pratiques et trouver des axes de progrès pour que chaque personne ait accès à ses droits ■

TRIBUNE

ABSENCE AU TRAVAIL, BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL : LA PROTECTION SOCIALE À L'INITIATIVE

PAR JULIEN TIPHINE
AVOCAT ASSOCIÉ CHEZ FROMONT BRIENS

Le nouveau droit aux congés payés pendant les arrêts maladie, depuis les arrêts de la Cour de cassation du 13 septembre 2023, est un bouleversement majeur pour les entreprises, dont les contours, les conséquences, l'application dans le temps ne sont pas encore tous arrêtés – particulièrement dans les métiers et dans les branches marquées par beaucoup d'absences et d'arrêts longs. »»



ABSENCE, ABSENCES, ABSENTÉISME

Si les absences des salariés peuvent avoir de multiples causes et fondements juridiques – congés payés, congés maternité, activité syndicale... – l’absentéisme est caractérisé plus particulièrement par l’ANACT (Agence nationale pour l’amélioration des conditions de travail), comme une absence qui aurait pu être évitée par une démarche de prévention des facteurs de dégradation des conditions de travail, qu’il s’agisse de l’ambiance, de l’organisation, de la qualité de la relation d’emploi, de la conciliation des temps privés et professionnels.

En 2022, plus de 40 % des salariés ont été en arrêt de travail au moins une fois dans l’année, et le taux d’absentéisme a dépassé les 5 %, soit plus de trois semaines d’absence par salarié et par an, contre deux en 2012.

Les salariés seniors sont toujours les plus fréquemment absents, mais ce sont les salariés les plus jeunes (18-34 ans) et les cadres dont le nombre de jours d’absence a augmenté le plus vite. Parmi les arrêts de travail, ceux de durée intermédiaire (plus d’une semaine, moins d’un mois) connaissent la hausse la plus dynamique.

Ces tendances, que confirment les derniers baromètres des grands acteurs de la protection sociale (AG2R, AXA, DiotSiaci, Malakoff Humanis, Mercer, WTW...), se reflètent dans les données de l’Assurance maladie, qui constate une croissance moyenne annuelle de 3,8 % des dépenses de la Sécurité sociale liée aux arrêts maladie entre 2010 et 2022, soit plus de 40 % en dix ans, et

8,2 % pour la seule année 2022.

Sont en cause à la fois des facteurs sanitaires, touchant l’ensemble de la population, avec le développement de maladies chroniques ; les conditions de travail, qu’il s’agisse de troubles musculo-squelettiques ou psychologiques, de l’anxiété au burn-out ; ou des évolutions de la société et de la géographie du travail, avec les difficultés de transport, de logement, la fatigue des aidants.

Les coûts des absences répétées et prolongées au travail sont pour les entreprises à la fois le coût direct des indemnisations, prises en charge, maintiens de salaires, prévus par les accords santé et prévoyance – le coût différé, de cotisations accidents du travail, maladies professionnelles, santé, prévoyance, accrues – et le coût indirect de la désorganisation des équipes, des retards, des heures supplémentaires, et des rem-

placements, eux-mêmes rendus de plus en plus difficiles.

Alors quelle assurance - quelle assurance sociale - contre ce risque pour les entreprises ?

Dans le cadre de la protection sociale obligatoire, le salarié placé en arrêt de travail pour maladie bénéficie, à partir d’une certaine ancienneté, d’indemnités journalières de 50 % de son salaire, au maximum de 51 € par jour.

La protection sociale complémentaire, négociée au niveau de l’entreprise ou de la branche, ou éventuellement individuelle, peut ajouter, selon les cas, un maintien de salaire, une indemnisation plus longue, la prise en charge des jours de carence.

Le développement, depuis la LFSS pour 2014, d’accords de protection sociale complémentaire dits à haut degré de solidarité (« garanties col-

INITIATIVES DES BRANCHES



LA BRANCHE DE LA PROPRETÉ

a mis en place un programme de sensibilisation sur la prévention du risque routier, à destination des salariés se déplaçant fréquemment d’un site à l’autre.



LA BRANCHE DES CENTRES D’HÉBERGEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE (CHRS) ET CELLE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES HANDICAPÉES

ont mis à disposition une plateforme d’écoute et d’accompagnement pour venir en aide aux salariés rencontrant des difficultés personnelles ou professionnelles.



LA BRANCHE DES ENTREPRISES TECHNIQUES AU SERVICE DE LA CRÉATION ET DE L’ÉVÈNEMENT

prévoit la réalisation de bilans de santé et l’attribution de secours individuels, et d’aides pour les dépenses d’hébergement d’un proche (adulte ou enfant) handicapé dans un établissement médico-social.



LA BRANCHE DE LA MÉTALLURGIE

prévoit le financement des actions des entreprises en matière de dépistage (domaine cardiovasculaire, santé mentale, endométriose), d’éducation thérapeutique du patient (diabète), de prévention des risques psycho-sociaux (RPS), des troubles musculo-squelettiques (TMS), de programmes d’échauffement musculaire, d’actions à mener sur l’ergonomie du poste de travail.



LA BRANCHE DES PRESTATAIRES DE SERVICES DU TERTIAIRE

soutient l’acquisition de prothèses auditives.



LA BRANCHE DES PHARMACIES D’OFFICINE

a mis en place un accompagnement par des services téléphoniques et sur application mobile, ainsi face aux situations de décès ou de maladie grave d’un proche.



LA BRANCHE DE L’HORLOGERIE BIJOUTERIE

a mis en place un programme d’accompagnement post-traumatique faisant suite à une prise d’otage, à un braquage ou à des violences graves.

lectives présentant un degré élevé de solidarité » à l’article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale), permet de recommander un ou plusieurs organismes assureurs à condition qu’au moins 2 % des dépenses soient consacrées à des prestations non contributives, et en particulier à des actions de prévention concernant les risques professionnels, la santé, l’action sociale, la prise en charge des cotisations des contrats courts ou des bas salaires – la gestion de ces prestations pouvant être mutualisée auprès d’un seul organisme recueillant la contribution de 2 % auprès de tous les employeurs.

Cette démarche collective et préventive s’est diffusée depuis dans de nombreuses branches professionnelles, particulièrement dans celles exposées aux absences, aux difficultés de recrutement, à des contraintes fortes sur les conditions de travail (déplacements, exposition à des facteurs de risques).

Les négociations collectives sur la protection sociale complémentaire permettent de tenir compte des spécificités des branches, d’avoir des actions ciblées qui s’adaptent à la pénibilité des métiers, et font entrer les partenaires sociaux dans le travail concret de la définition des garanties et des financements que les entreprises mettront en œuvre pour leurs salariés.

Par ces innovations issues de la négociation – et aussi des extensions réglementaires du champ de la prévoyance complémentaire, dont les exonérations incluent depuis 2022 les cotisations finançant des prestations complémentaires pour les proches aidants – la protection sociale peut continuer à s’adapter davantage, sur mesure, de façon décentralisée, aux besoins des salariés, des entreprises et de la société ■



TRIBUNE

REVENIR À UN MODÈLE DE FINANCEMENT SOUS FORME DE DOTATION GLOBALE SERAIT SUICIDAIRE POUR LE SERVICE PUBLIC

Lors de ses vœux aux acteurs de la santé, le président de la République a annoncé, au détour d'un grand nombre de propositions, la suppression de la tarification à l'activité pour les établissements de santé publics et privés, en précisant toutefois et curieusement le maintien d'une prise en compte légitime de l'activité.

En pratique, qu'est-ce que la t2A ?

Il s'agit d'une des modalités de financement des établissements de santé, non pas à l'acte comme il est très souvent dit, y compris par le ministre, en le confondant ainsi avec le système de paiement des médecins libéraux pour leur activité de ville ou en clinique, mais par séjour en utilisant un système de classification

PAR ALAIN MILON
SÉNATEUR, MÉDECIN

BERNARD GARRIGUES
PRATICIEN DES HÔPITAUX HONORAIRE, MÉDECIN

YVES GAUBERT
DIRECTEUR D'HÔPITAL HONORAIRE

DOMINIQUE MAIGNE
DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GÉRARD VINCENT
ANCIEN DIRECTEUR DES HÔPITAUX
AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

argument est peut-être recevable pour les cliniques commerciales où les médecins et chirurgiens sont payés à l'acte et dont le revenu est étroitement dépendant du volume de leur activité. Cette incitation n'existe pas dans les hôpitaux publics et privés à but non lucratif, où les praticiens sont salariés avec des émoluments indépendants de leur activité.

Les critiques de la T2A ont confondu et continuent de confondre le système de distribution des ressources avec le montant des ressources disponibles fixé par l'Ondam.

appelé « Groupe Homogène » de Patients (GHM).

Des systèmes de classifications analogues sont utilisés dans la plupart des pays de l'OCDE : German's DRG en Allemagne ou Swiss's DRG en Suisse par exemple.

Ainsi, la T2A n'est qu'un outil de distribution des ressources disponibles dont le montant est fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale.

Il reste en tout cas bien meilleur que le système antérieur de dotation globale, qui était délétère, indépendant de l'activité et bénéficiant aux établissements les moins actifs en étranglant les plus dynamiques.

La T2A ne représente actuellement que 60 à 80 % du financement des établissements publics.

En effet, il existe d'autres financements complémentaires (missions d'intérêt général, missions d'enseignement et de recherche, d'innovations, fonds d'intervention régional) assurés par des dotations budgétaires qui s'ajoutent au financement à l'activité.

Les détracteurs de la T2A lui reprochent d'inciter les hôpitaux à effectuer des actes inutiles. Cet

Si la tarification à l'activité est devenue un repoussoir pour certains médecins et soignants, c'est surtout parce que les différents gouvernements dans la décennie 2010/2020 n'ont eu de cesse de restreindre l'enveloppe hospitalière pour augmenter celle des soins de ville qui n'a fait l'objet d'aucune régulation.

Par une régulation administrative sévère, les pouvoirs publics ont inventé des tarifs glissants qui stagnaient, voire baissaient d'une année sur l'autre, contraignant les établissements à produire toujours plus pour conserver leurs ressources, en donnant l'impression aux soignants que plus ils travaillaient et plus les ressources de leurs établissements étaient comptées.

Le montant de l'Ondam disponible et le système de régulation prix-volume ont conduit, par exemple, à une évolution négative des tarifs pour les établissements de santé, en particulier publics pendant 4 ans (2016 à 2019).

Les critiques confondent donc les effets de la T2A avec ceux de la fixation des tarifs qui découlent du montant des crédits hospitaliers annuels votés par le Parlement sur proposition du Gouvernement.

La T2A, au contraire, a eu et continue à avoir des

effets positifs considérables.

Les tarifs étant nationaux, la tarification à l'activité a conduit à une redistribution équitable des moyens financiers entre les régions et entre les hôpitaux puisque les ressources dépendaient désormais de leur activité et plus de dotations historiques déconnectées des réalités.

Les hôpitaux publics, étranglés par des dotations globales (budget global) déconnectées de l'activité, n'ont cessé de perdre des parts de marché de 1984 (date d'instauration du budget global) à 2004 en chirurgie, mais aussi en médecine (par exemple en cardiologie, en gastro-entérologie).

Depuis l'instauration de la T2A, un grand nombre d'établissements ont vu leurs activités repartir à la hausse. Le système de financement à enveloppe fermée les contraignait à restreindre leur activité, en dépit de la demande des patients, alors que le financement à l'activité leur a redonné un intérêt à agir.

Avant la T2A, les autorisations délivrées aux établissements publics pour des activités nouvelles n'étaient pas toujours mises en œuvre du fait du défaut de financement lié à la limitation des enveloppes budgétaires. La T2A les a rendues possibles en assurant leur financement automatique.

Abandonner la T2A consiste tout simplement à abandonner la proie pour l'ombre.

Revenir à un modèle de financement sous forme de dotation globale serait suicidaire pour le service public qui ne pourra pas lutter contre un secteur privé qui n'acceptera jamais d'être financé, en tant qu'entreprise commerciale, de manière forfaitaire et indépendamment de son activité.

Appliquer une telle refonte du système de finan-

cement de manière asymétrique entre les établissements de santé publics et privés, c'est-à-dire en supprimant la T2A à l'hôpital et pas dans les cliniques privées, aboutira à la disparition de l'hôpital public, tel qu'on le connaît encore, c'est-à-dire offrant la palette totale des spécialités médicales et chirurgicales.

Vouloir lutter contre les « effets négatifs » de la T2A en la diluant dans un financement où elle ne sera que marginale, revient à condamner ce mode de financement qui donne aux établissements publics des règles analogues à celles des établissements privés, dans ce que les économistes appellent un « quasi-marché » c'est-à-dire un marché régulé par l'autorité administrative.

Ce qui est financé à l'activité doit l'être totalement, avec les mêmes règles pour le public et le privé.

La tarification à l'activité est vertueuse dans son principe, car elle conduit à mieux doter les établissements qui travaillent plus. Elle a perdu son sens en raison d'une politique budgétaire excessivement drastique pratiquée par les gouvernements successifs qui ont cru qu'on améliorerait notre système de santé

en étranglant l'hôpital.

Supprimer la T2A pour l'hôpital public et les établissements privés à but non lucratif conduirait à leur infliger une double peine. Après avoir subi un rationnement budgétaire qui s'est traduit par des tarifs qui ne couvraient pas leurs coûts, ils risquent de périr à petit feu faute de pouvoir facturer leurs prestations à travers un système de financement incitatif, les obligeant une nouvelle fois à réduire leurs activités.

On ne saurait faire mieux pour tuer le service public préféré des Français ■

LES CRITIQUES DE LA T2A ONT CONFONDU ET CONTINUENT DE CONFONDRE LE SYSTÈME DE DISTRIBUTION DES RESSOURCES AVEC LE MONTANT DES RESSOURCES DISPONIBLES FIXÉ PAR L'ONDAM



TRIBUNE

LA FINANCIARISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

PAR
MARIE-CHRISTINE DELUC
AVOCAT ASSOCIÉ CABINET AUBER

EN COLLABORATION AVEC
LAURE ANTOINE
JURISTE CABINET AUBER

LE CONSTAT

L'entrée des acteurs financiers dans le secteur de la santé est source d'inquiétudes régulièrement exprimées dans le débat public.

La financiarisation est le processus par lequel des acteurs privés, extérieurs au monde de la santé, vont rentrer, de manière significative, dans le secteur médical. Ils ont pour finalité première de rémunérer le capital investi.

Mesurer le phénomène de l'entrée des financiers dans le secteur de la santé s'avère difficile, car les données ne sont pas toujours disponibles.

Mais un constat peut être fait, celui que toutes les entreprises de santé sont convoitées.

Les cliniques privées ont été vendues à des groupes avec des montages type LBO (qui font que l'établissement de santé rembourse lui-même le prix de son acquisition). Ces concentrations aboutissent à des positions dominantes qui intéressent l'Autorité de la concurrence qui s'emploie à les chasser, car « susceptibles d'affecter le bien-être des patients en réduisant leur liberté de choix et la qualité de l'offre de soins disponible ».

La concentration des EHPAD, aux mains de grands groupes, a conduit à des carences pour les résidents, largement dénoncées par la presse.

La biologie, dont 60 % de l'activité est désormais détenue par six grands groupes financiers, a pu notamment poser un problème, en fin d'année 2022, lorsque l'Assurance maladie a souhaité baisser les tarifs

de la biologie médicale, décision qui a provoqué une grève des biologistes, car les investisseurs ne voulaient pas baisser les tarifs pour ne pas perdre leur rentabilité, et ce, compte tenu aussi des niveaux de valorisation très élevés.

Actuellement, les centres dentaires, les cabinets médicaux d'anatomopathologie, les plateaux techniques de radiothérapie, de médecine nucléaire et d'imagerie médicale sont ciblés par des groupes extérieurs qui y voient ainsi un potentiel développement de leurs investissements dans des secteurs de la santé à forte rentabilité.

Thomas Fatôme, directeur général de la CNAM, appelle les radiologues à « la plus grande vigilance » face au nombre grandissant de centres de radiologie rachetés par des fonds d'investissement ; « 10 à 15 % des cabinets de radiologie sont désormais dans les mains d'acteurs financiers, il faut que cela s'arrête », abonde dans le même sens le Dr Jean-Philippe Masson, président de la Fédération nationale des médecins radiologues.

Des financiers qui ne rechercheraient parfois que la rentabilité au détriment des soins à apporter aux patients : « Certains cabinets se voient demander de multiplier certains examens qui sont mieux rémunérés au détriment d'autres qui le sont moins, les fonds financiers imposent des objectifs de croissance du chiffre d'affaires de 5 % aux cabinets, alors que la croissance moyenne du secteur n'est actuellement que de 1 à 2 % au grand maximum », dénonce le président de la FNMR.

CERTAINES CONDITIONS PEUVENT FAVORISER UNE ÉVOLUTION VERS LA FINANCIARISATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

On retrouve particulièrement :

- L'importance du besoin en capital du secteur en matière d'investissements ;
- L'existence de marges d'efficience, d'économies d'échelle et de possibilités de restructuration ;
- Une part de l'offre de statut privé déjà existante susceptible de faire l'objet de rachat dans des délais courts.



Dans le viseur, notamment, le développement de la télé médecine, la SNCF ayant récemment lancé un appel d'offres pour équiper 1 735 gares de cabines de télé médecine.

On se souvient qu'il y a peu, la création d'une offre de téléconsultation par abonnement par le groupe Ramsay, qualifié de « Netflix de la santé », avait suscité la polémique même si cette offre a fait un flop commercial (45 abonnements seulement).

CETTE FINANCIARISATION A DES EFFETS TRÈS INQUIÉTANTS

Le secteur de la biologie, avec 20 ans d'avance, encaisse une baisse régulière du nombre de biologistes médicaux en France alors que les progrès dans le domaine de la biologie médicale sont majeurs et devraient être attractifs (diagnostiques, mais également thérapeutiques), la désaffection pour la biologie se démontre par les choix des spécialités par les internes à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN). Le classement du dernier interne choisissant la biologie se situait vers le rang 2 500 de façon constante. En 2021, le rang du dernier interne ayant choisi la biologie

médicale était 8 931^e et le rang moyen de choix de la biologie médicale a été de 8 046^e sur 9 032 classés. La biologie médicale était au 43^e rang sur 44 spécialités possibles lors du choix.

SEULE LA LOI PEUT FREINER CETTE TENDANCE AVEC L'APPUI DES ORDRES

Les sociétés d'exercice, aux termes de la loi de 1990 et de la dernière ordonnance relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées du 8 février 2023, ne peuvent en théorie être détenues majoritairement à 75 % que par les professionnels exerçants, mais les fonds ont développé maints moyens pour détourner cette règle pourtant impérative :

- l'existence de pactes d'actionnaires ;
- de catégories d'actions différenciées de préférence à droit de vote double ou multiple, à dividendes prioritaires qui permettent à l'associé minoritaire de toucher 99,99 % des dividendes et/ou d'avoir la majorité des droits de vote ;
- l'instauration d'un comité stratégique ou de direction qui a tout pouvoir et qui est à la main de l'associé financier, etc.

Ce sont ces détournements qui doivent pouvoir être examinés et sanctionnés, et les ordres professionnels sont en première ligne pour ce faire :

D'une part, les ordres professionnels demandent désormais que les praticiens donnent tous les actes et non plus seulement les statuts et qu'ils certifient qu'il n'y en a pas d'autres, et ce, sous peine de graves sanctions déontologiques.

La nouvelle ordonnance prévoit que, chaque année, une information doit remonter auprès de

l'ordre sur la structure du capital et les actes annexes.

Le Conseil d'État a validé, le 10 juillet 2023, la décision du Conseil national de l'Ordre des Vétérinaires, qui avait radié une société d'exercice libéral qui était détenue à plus de 50 % par des fonds d'investissement ou par des vétérinaires qui n'y exercent pas leur activité.

Même si elle ne concerne pas la médecine humaine, cette décision a une portée générale et elle permet aux ordres professionnels de refuser l'inscription à l'ordre d'une société ne répondant pas aux critères de l'indépendance des médecins ou même de la radier.

D'autre part, le directeur de la CPAM, dans son rapport de 2023, appelle à la création d'une mission de contrôle « qui réunit des experts, car ce sont des sujets très compliqués » et à la mise en place d'un observatoire de la financiarisation de la santé. Il souhaite également que la loi vienne apporter de nouveaux « verrous et garde-fous » pour s'assurer que les centres de santé restent le plus possible la propriété des professionnels de santé.

Ainsi, si la financiarisation a pu être très active durant les 20 dernières années, elle risque, compte tenu du revirement des pouvoirs publics et des ordres qui se sentent désormais légitimes, d'être freinée.

Attention, tout de même, à ne pas tomber dans l'excès inverse : il n'est pas question de nationaliser le secteur de la santé qui a « besoin d'investisseurs privés », comme le dit Thomas Fatôme ■

LE SECTEUR DE LA BIOLOGIE, AVEC 20 ANS D'AVANCE, ENCAISSE UNE BAISSÉ RÉGULIÈRE DU NOMBRE DE BIOLOGISTES MÉDICAUX EN FRANCE ALORS QUE LES PROGRÈS DANS LE DOMAINE DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SONT MAJEURS ET DEVRAIENT ÊTRE ATTRACTIFS

VOUS DIRIGEZ L'ASSURANCE MALADIE DE PARIS, POUVEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER CET ORGANISME EN QUELQUES MOTS ?

La CPAM de Paris couvre les risques maladie, maternité/paternité et accidents du travail/maladies professionnelles de 2,4 millions d'assurés et verse près de 14 milliards d'euros aux professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, assurés sociaux et employeurs subrogeurs. C'est le plus gros organisme de la branche maladie du régime général de Sécurité sociale qui en compte 102 (hors DOM). Nos missions s'exercent sur l'accès aux droits, le remboursement des soins (ambulatoires et hospitaliers) et le règlement des indemnités journalières pendant un arrêt de travail. Nous accompagnons également près de 19 000 professionnels de santé libéraux conventionnés et établissements de santé. Nous développons par ailleurs des actions de prévention et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé en lien avec notre service médical ainsi que des actions de contrôle et de lutte contre la fraude sociale. L'une des spécificités de la Caisse est aussi de gérer deux centres de santé médicaux et dentaires qui ont une file active de 62 000 patients. L'ensemble de ces missions est assuré par un collectif de 2 300 salariés !

QUELS ONT ÉTÉ EN 2023 LES GRANDS DÉFIS DE LA CPAM DE PARIS ?

Les caisses d'Assurance maladie ont globalement été déstabilisées par la crise sanitaire du Covid-19, du fait de l'accroissement de la demande sur certaines prestations (arrêts de travail dérogatoires, remboursements des tests antigéniques et PCR ainsi que des vaccins, etc.), de l'augmentation forte des sollicitations de nos assurés et de la prise en charge de nouvelles missions de sécurité sanitaire (contact tracing). Aussi, l'enjeu principal de l'année 2023 a consisté à rétablir notre service sur l'ensem-



LA CPAM DE PARIS A MENÉ EN 2023 UNE POLITIQUE VOLONTARISTE, EN RENFORÇANT SA PRÉSENCE AU SEIN D'INSTITUTIONS ET D'ASSOCIATIONS POUR ALLER AU-DEVANT DES PUBLICS LES PLUS MARGINALISÉS

RAYNAL LE MAY
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CPAM DE PARIS

ble de nos prestations et canaux de contacts.

Cette crise a finalement conforté l'Assurance maladie dans sa mission de garantir un égal accès aux droits et aux soins pour tous. Déjà investie dans ce domaine depuis plusieurs années aux côtés de ses partenaires, la CPAM de Paris a mené en 2023 une politique volontariste, en renforçant sa présence au sein d'institutions et d'associations pour aller au-devant des publics les plus marginalisés (Restos du Cœur, SAMU Social, Les Petits Frères des Pauvres, Aurore, Le Bus des Femmes, etc.) et en développant des offres de service dédiées à certaines populations (étudiants, travailleurs indépendants, couples séparés, personnes en exclusion numérique). Notre objectif est de garantir un juste recours aux droits de l'ensemble de nos assurés,

notamment à la Complémentaire santé solidaire, qui couvre un peu plus de 214 000 Parisiens, et à l'Aide médicale de l'État (59 000 bénéficiaires hébergés ou domiciliés à Paris).

ET SUR L'ACCÈS AUX SOINS ?

Compte tenu de l'évolution de la démographie médicale, la CPAM de Paris est fortement engagée dans l'accompagnement de ses assurés à la recherche d'un médecin traitant, en priorisant ceux dont l'état de santé nécessite le plus un suivi médical rapproché et continu. Nous avons déjà trouvé une solution pour près de 8 000 patients souffrant d'une affection de longue durée.

L'Assurance maladie est également mobilisée, aux côtés de l'Agence régionale de santé, pour accompagner l'évolution de l'offre de soins avec

pour objectifs d'améliorer sa coordination et la fluidité des parcours via la montée en charge des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont le maillage parisien est désormais achevé. L'objectif est aussi de faciliter l'accès aux soins, en permettant aux médecins de ville d'augmenter leur temps médical (avec l'apport d'un assistant médical) et d'améliorer la réponse aux soins non programmés.

L'année 2023 a enfin été marquée par le retour à une ambition forte en matière de gestion du risque. Nos actions ont notamment porté sur la pertinence des prescriptions médicamenteuses (dans un double souci de santé publique et de maîtrise des dépenses), les arrêts de travail dont la progression pose un réel enjeu de soutenabilité ainsi que sur la régulation des dépenses de transports.

QUELLE EST VOTRE STRATÉGIE EN MATIÈRE DE RELATION DE SERVICE ?

Nous développons une stratégie multicanal en étoffant le bouquet de services du compte ameli tout en maintenant des canaux de contacts directs (téléphone, mail, accueil physique). À ce titre, le service public de l'Assurance maladie, c'est à la fois une offre digitale et un ancrage local, qui permet aux assurés les plus éloignés du numérique d'être reçus en face-à-face dans une de

nos 11 agences et 38 permanences parisiennes.

La crise sanitaire a toutefois induit une modification profonde du comportement de nos assurés. Alors que nos flux téléphoniques étaient en baisse continue depuis 2014, ils ont progressé de 126 % entre 2019 et 2022. Cette pression sur le téléphone nous a contraints à recalibrer nos moyens pour rétablir un niveau de décroché conforme aux standards de la branche. Par ailleurs, nous avons développé une offre de rendez-vous téléphoniques qui permet à nos assurés de régler leur dossier avec un de nos conseillers sans avoir à se déplacer en agence.

LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE EST UN ENJEU MAJEUR ET MÉDIATIQUE POUR L'ASSURANCE MALADIE. COMMENT SE SITUE LA CPAM DE PARIS DANS CE DOMAINE ?

En 2023, la CPAM de Paris a détecté et stoppé plus de 25 millions d'euros de fraudes et a ainsi fortement contribué à l'atteinte des objectifs nationaux.

Les plans de contrôle en cours montrent que malheureusement les messages de dissuasion ne suffisent pas. Les sanctions encourues sont pourtant très lourdes : pénalités financières, plainte pénale, voire ordonnance pour les professionnels de santé

et déconventionnements. La fraude est multiforme, elle concerne les assurés comme les professionnels de santé. Ces derniers, dont la très grande majorité respecte les règles, ont de fortes attentes légitimes pour que l'Assurance maladie détecte et sanctionne les abus et les fraudes des confrères qui ont des pratiques déviantes.

La lutte contre la fraude est plus que jamais une priorité pour l'Assurance maladie de Paris. Chaque jour, nous analysons des milliers d'informations de paiement afin de détecter des anomalies de facturation. Plusieurs centaines de situations sont en cours d'examen : faux arrêts de travail, actes fictifs, double facturation, sous-déclarations de ressources...

Pour faire le lien avec l'actualité immédiate, nous sommes fortement mobilisés sur le contrôle d'une quarantaine de centres de santé dentaires et ophtalmologiques. Des contrôles avant paiement sont également mis en œuvre sur les factures d'audioprothèses. De graves et fréquentes dérives de facturations ont été constatées. La vigilance des assurés sociaux vient en appui de nos propres outils de détection pour mettre en évidence des prestations remboursées, mais non servies aux assurés, qu'il s'agisse d'actes médicaux non réalisés ou de prescriptions de produits de santé non délivrés.

LA CPAM DE PARIS EST-ELLE ENGAGÉE DANS LA TRANSITION ÉNERGÉTIQUE ?

La CPAM de Paris a intégré dans ses priorités les enjeux liés à la transition écologique et aux économies d'énergie. Cet engagement s'est traduit par des actions concrètes sur nos immeubles (éclairage LED mis sous horloge, isolation thermique, régulation de la température, utilisation de pompes à chaleur réversibles, panneaux solaires), mais aussi par une sensibilisation forte des collaborateurs aux écogestes, une communication régulière sur nos réalisations et le partage de nos bilans énergétiques. L'ensemble de ces mesures a permis à la Caisse de réduire sa consommation en KWH de près de 16 % entre 2019 et 2022 ! Nous sommes fiers de cette réussite collective et fiers d'appartenir à une institution qui s'engage.



LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ SONT [...] DES ENJEUX FONDAMENTAUX SUR LESQUELS L'ASSURANCE MALADIE DOIT INTENSIFIER SES ACTIONS, TANT AUPRÈS DES ASSURÉS QUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

AVEC LA PANDÉMIE, LE MONDE DU TRAVAIL A MUTÉ. COMMENT L'EMPLOYEUR CPAM DE PARIS S'EST-IL ADAPTÉ ?

67 % de nos salariés ont désormais recours au télétravail. Le télétravail est un vrai progrès social qui permet notamment de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle, mais nous devons rester vigilants sur la préservation du collectif de travail et sur le sentiment d'appartenance des salariés à l'organisme. Nos politiques RH doivent intégrer l'ensemble de ces dimensions dans un contexte où, comme dans beaucoup d'autres environnements, nous sommes confrontés à une augmentation du turn-over. Notre futur schéma des ressources humaines devra à la fois renforcer notre attractivité en tant qu'employeur, mais également mieux prendre en compte les aspirations de nos salariés dans une logique de fidélisation.

QUELLES SONT VOS PRIORITÉS POUR 2024 ?

Nous devons d'abord rester performants sur notre service de base qui est au cœur de notre mission de service public, en optimisant nos délais de traitement et en développant une relation plus proactive et attentionnée avec nos publics.

La gestion du risque reste au cœur de nos priorités. Outre nos actions de maîtrise médicalisée sur certains postes de dépenses déjà évoqués, notre action se déploie sur la prise en charge des principales pathologies via l'organisation du parcours des patients et l'exercice de soins coordonnés.

La prévention et la promotion de la santé sont également des enjeux fondamentaux sur lesquels l'Assurance maladie doit intensifier ses actions, tant auprès des assurés que des professionnels de santé, en faveur de la vaccination, du dépistage des cancers, de la détection précoce de certains troubles chez l'enfant, de la santé mentale, etc.

Le développement du numérique en santé constitue enfin l'un des marqueurs de notre action depuis plusieurs années. L'alimentation du Dossier médical partagé et l'augmentation des usages de Mon espace santé par les professionnels de santé ainsi que les assurés constituent une double priorité.

La réalisation de ces missions repose sur les 2 300 collaborateurs de notre organisme que je remercie pour leur engagement quotidien au service des Parisiens. Ils sont la fierté du service public de l'Assurance maladie pour lequel nous sommes heureux d'agir ensemble et de protéger chacun ■



PAR
MARIE-LAURE DREYFUSS
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE DU
CENTRE TECHNIQUE DES
INSTITUTIONS DE
PRÉVOYANCE

TRIBUNE

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET PRÉVENTION : UNE ALLIANCE À CREUSER... SOUS RÉSERVE D'UNE UTILISATION POSSIBLE DES DONNÉES

L'intelligence artificielle (IA) s'est insérée dans nos vies de multiples façons dont nous n'avons pas toujours conscience. Alors, pourquoi ne pas la considérer comme un véritable outil pour – enfin – réaliser le virage préventif indispensable pour le bien-être de chacun et la pérennité de notre système de protection sociale ?

Le premier sommet international sur l'intelligence artificielle s'est déroulé en novembre dernier, à Bletchey Park au Royaume-Uni. Il faut peut-être y voir une symbolique. C'est, en effet, dans ce manoir, que le mathématicien britannique Alan Turing avait décrypté le code de sécurité employé par l'armée allemande avec les conséquences que l'on connaît sur la Seconde guerre mondiale et sur l'informatique moderne. Et, c'est vraisemblablement Alan Turing qui crée le

concept d'intelligence artificielle en évoquant son intention de donner aux machines la capacité d'intelligence, avec notamment ce que l'on a appelé ensuite le test de Turing, qui permet d'identifier la capacité d'une machine à tenir une conversation humaine, plus ou moins parfaite.

Depuis, cette intelligence artificielle, portée par le développement conjugué des mathématiques et de l'informatique, a connu un développement exponentiel. Aujourd'hui, les modélisations mathématiques et algorithmiques permettent des calculs puissants et fortement connectés constituant ainsi des réseaux de neurones artificiels inspirés par le système nerveux biologique.

Devenue indispensable notamment dans l'industrie, l'intelligence artificielle se développe également dans le monde de la santé. D'ores et déjà, les professionnels de santé utilisent régulièrement des outils

qui font appel à cette technologie, par exemple pour interpréter de façon précise des scanners ou pour affiner un diagnostic en cumulant des données parcellaires. Il existe également des applications capables de calculer la prédisposition d'une personne à tel ou tel risque en santé. Citons, par exemple, le dispositif créé par la start-up Huvy¹ qui permet, à partir de la simple photo d'un grain de beauté, d'effectuer un prédiagnostic d'un éventuel mélanome ; ou encore le projet PsyCare en développement à l'université de Paris dont l'objet est d'arriver à une détection précoce de la psychose afin d'organiser la meilleure prise en charge très en amont du risque. L'intelligence artificielle semble donc devoir, presque naturellement, devenir un outil de la prévention en santé. À une condition : celle d'accéder à un nombre de données suffisamment important.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE N'EST RIEN SANS LA DONNÉE

L'intelligence artificielle doit en effet son succès à sa capacité à engranger, trier, organiser et traiter des quantités massives de données. La donnée est, en quelque sorte, la source d'énergie indispensable à l'intelligence artificielle. Cela s'applique à tous les types d'intelligences artificielles, qu'il s'agisse de celles employées à traiter des données ou de celles capables d'apprendre de manière autonome. Dans tous les cas, il y a une masse critique de données à atteindre pour que l'intelligence artificielle puisse faire fonctionner son algorithme. Contrairement à l'humain qui est accoutumé à prendre ses décisions avec peu de données, l'intelligence artificielle ne sait pas faire sans. Et lorsqu'elle essaye malgré tout, il lui arrive de faillir.

IL Y A UNE MASSE CRITIQUE DE DONNÉES À ATTEINDRE POUR QUE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE PUISSE FAIRE FONCTIONNER SON ALGORITHME. CONTRAIREMENT À L'HUMAIN QUI EST ACCOUTUMÉ À PRENDRE SES DÉCISIONS AVEC PEU DE DONNÉES, L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE NE SAIT PAS FAIRE SANS. ET LORSQU'ELLE ESSAYE MALGRÉ TOUT, IL LUI ARRIVE DE FAILLIR

C'est le cas de ChatGPT dont les erreurs ont alimenté la chronique et relancé le débat sur les sources des données. C'est en effet un des enjeux de l'utilisation de l'intelligence artificielle : d'où viennent les données utilisées ? Et ce n'est pas le seul, bien d'autres questions se posent : Comment sont-elles traitées ? Comment sont-elles sécurisées ? Quel risque y a-t-il qu'elles soient altérées ? En plus de la nécessité d'assurer une qualité absolue de l'information confiée à l'intelligence artificielle, il est fondamental d'interroger l'usage qu'on en fait. En particulier en matière de santé humaine. Est-il acceptable que les données de santé de l'individu soient exploitées par l'intelligence artificielle ? Comment être certain que la donnée ne sera utilisée que pour un seul usage ? On le voit bien, ce n'est pas tant l'intelligence artificielle le problème que la donnée et son exploitation.

C'est pourquoi, l'Europe s'est emparée du sujet, avec le RGPD (Règlement général sur la protection des données) d'abord et l'IA Act ensuite. Ce dernier, voté par le Parlement européen en juin, et toujours en cours de négociation entre États, pose les limites à ce que peuvent faire les intelligences artificielles à partir des données.

Ce cadre protecteur permet par ailleurs le partage élargi des informations, raison pour laquelle l'État français s'est engagé dans l'ouverture des données publiques depuis plusieurs années. Bien qu'il mette à disposition du plus grand nombre un certain nombre de données de santé, il se refuse toutefois à ouvrir l'accès des complémentaires santé aux données assurantielles qui pourraient améliorer la couverture des Français. Or, cet ac-



cès est indispensable pour que, exploitées par des outils d'intelligence artificielle, elles nous permettent de calculer au mieux le risque, de l'anticiper si possible et de réduire le coût global pour notre système de protection sociale. Car, comme chacun sait, la prévention, en évitant certaines maladies, contribue d'abord à ralentir l'augmentation des frais de santé supportés par la Sécurité sociale avant de bénéficier aux équilibres des complémentaires santé.

LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE PLEINEMENT ENGAGÉES DANS LA PRÉVENTION VIA L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Sans attendre d'avoir accès aux données publiques, les institutions de prévoyance ont investi le champ de l'intelligence artificielle en prévention santé. Ainsi, ProBTP a créé avec ses partenaires du secteur du bâtiment et des travaux publics un accélérateur nommé « Santé-Prévention dans le BTP » pour accompagner le développement de

start-up dans ce domaine. Lors de la dernière phase de sélection, le groupe de protection sociale du bâtiment et travaux publics et de la construction a notamment choisi Doado, une entreprise qui utilise la vidéo couplée à l'intelligence artificielle pour prendre en charge les troubles musculo-squelettiques (TMS) en prévention. De la même manière, le groupe APICIL vient de signer un partenariat avec Prédilife, start-up spécialisée dans les tests prédictifs. Grâce à ce dispositif, toutes les femmes âgées de 40 à 49 ans et couvertes par un contrat collectif d'APICIL pourront bénéficier d'un remboursement intégral d'un bilan de prédiction de cancer du sein utilisant l'intelligence artificielle. Quant au groupe Malakoff Humanis, également habitué à travailler avec les start-up, il soutient Semeia qui développe un outil de médecine prédictive d'aide au diagnostic.

L'ambition de ces différentes initiatives est ainsi d'explorer les possibilités de l'intelligence artificielle dans le champ de la prévention, non seulement dans le cadre de l'exercice professionnel – les TMS – mais aussi dans la vie quotidienne – le cancer du sein – ou en apportant des outils aux professionnels de santé. L'objectif est aussi d'acquérir un savoir-faire sur ces technologies et leur fonctionnement pour pouvoir les déployer auprès des publics de l'entreprise auxquels les institutions de prévoyance sont dédiées. Et peut-être aussi, pourquoi pas, partager leurs connaissances avec les pouvoirs publics, afin de construire ensemble des solutions pérennes pour le plus grand nombre ■

Sources :

1. Léa Delpont, « Huvy veut lutter contre le mélanome avec un dépistage précoce sur photo », *Les Echos*. <https://www.lesechos.fr/pme-regions/innovateurs/huvy-veut-lutter-contre-le-melanome-avec-un-depistage-precoce-sur-photo-1957186>

TRIBUNE
**POURQUOI
FAUT-IL
COMPTER AVEC
BRUXELLES
POUR LA
POLITIQUE DES
MÉDICAMENTS ?**

PAR
**ANNE
BUCHER**

ANCIENNE
DIRECTRICE
GÉNÉRALE DE LA
SANTÉ
ET DE LA SÉCURITÉ
SANITAIRE
À LA COMMISSION
EUROPÉENNE

Les politiques européennes de santé sont peu visibles et difficiles à décrypter, car elles sont fragmentées et ont évolué dans le temps. C'est le résultat direct d'un choix historique des dirigeants européens de ne pas faire de la santé un des piliers de la construction européenne. Mais elles existent et à mesure que la construction européenne progresse, les considérations de santé deviennent incontournables, donnant lieu à des extensions de compétences lors des révisions des traités. C'est parfois méconnu du grand public ou occulté par les pouvoirs politiques nationaux, mais la politique des médicaments est historiquement un des domaines privilégiés de partage des compétences entre les États membres et la Commission. Mais la crise Covid donne un nouvel élan à ces questions.

La crise Covid et les achats conjoints de vaccins par l'Union européenne nous ont donné trois leçons. Ils nous ont d'abord rappelé l'importance que jouent l'innovation et les approvisionnements pharmaceutiques dans la sécurité sanitaire d'un pays. Ils ont, en second lieu, clairement démontré que les marchés pharmaceutiques sont des marchés globaux qui ne s'autorégulent pas. Finalement, ils ont montré que si chaque pays doit améliorer sa sécurité sanitaire, aucun ne peut faire l'économie d'une coopération transnationale pour l'approvisionnement en médicaments. Forte de ces constats, l'Union européenne a pris des initiatives d'envergure pour apporter une réponse

stratégique à l'expérience de la crise Covid. On peut citer à ce titre la création de l'Autorité de préparation et réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA) en 2021 et une réforme en profondeur de la législation pharmaceutique en 2023. Même si ces initiatives sont encore en cours d'élaboration, il est important de prendre la mesure du changement de la politique européenne des médicaments qui se prépare.

UN BREF RAPPEL HISTORIQUE
... UNE RÉGULATION EUROPÉENNE POUR LE MARCHÉ DES MÉDICAMENTS

Historiquement, ce sont les impératifs du marché commun qui ont conduit les politiques européennes à s'intéresser au secteur pharmaceutique. La construction du marché commun nécessitait des législations sectorielles pour mettre en œuvre les objectifs de libre circulation des biens. La première législation sur les médicaments date de 1965 et harmonise les standards de production et d'autorisation des médicaments.

La dynamique de la politique du marché unique a permis d'approfondir cette intégration par le marché dans les années 1990. En 1995 est créée une autorisation centralisée de mise sur le marché des médicaments et l'Agence européenne des médicaments (AEM) est établie pour en assurer la responsabilité. L'AEM s'est imposée comme le régulateur européen : les législations adoptées au début des années 2000 ont étendu ses compétences à la centralisation des demandes d'essais cliniques, à la sécurité des médicaments et à la pharmacovigilance européenne. Elle est également devenue l'acteur principal de la coopération internationale. Elle collabore étroitement avec ses homologues, y compris la FDA, le régulateur américain, sur le plan technique, scientifique et réglementaire et ses évaluations sont utilisées dans des juridictions non européennes.

... MAIS LES POLITIQUES DE PRIX ET DE REMBOURSEMENT RESTENT NATIONALES

Le marché européen des médicaments n'est toutefois pas totalement intégré. Sur le plan régle-

mentaire, les agences nationales du médicament conservent des responsabilités, telles que les autorisations de marché pour les génériques ou la surveillance de la sécurité des produits. Mais surtout, l'Union européenne n'a aucune compétence en matière de prix. La fixation des prix et les décisions de remboursement sont des compétences strictement nationales, partagées entre les gouvernements et les organismes d'assurance sociale. Cette division des responsabilités renvoie à une disposition très claire du traité qui stipule que : « l'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées ». Il est difficile d'évaluer le degré de fragmentation du marché en raison de l'opacité des processus sur les décisions de prix et de remboursement. Des informations parcellaires indiquent des écarts de prix pouvant aller d'un à dix entre les États membres. Cela ne reflète pas seulement les écarts de revenus, mais aussi des pratiques différentes en matière de contrats d'achats, de fiscalité, de reste à charge, de méthodologie d'évaluation des technologies de santé.

Il ne faut toutefois pas sous-estimer l'importance d'avoir un régime réglementaire harmonisé pour les médicaments. Ce régime contribue à assurer

une égalité d'accès aux médicaments et traitements pour les citoyens de l'Union et leur garantit la sécurité et la qualité de ces produits. Il contribue à faire de l'UE un grand marché attractif pour la recherche, la production et la commercialisation de médicaments.

LA RÉFORME DE LA LÉGISLATION PHARMACEUTIQUE DANS L'ÈRE POST-COVID : UN TOURNANT STRATÉGIQUE

En avril 2023, la Commission européenne a présenté une proposition de réforme de la législation pharmaceutique. L'initiative dépasse largement les révisions périodiques auxquelles sont soumises les législations européennes et qui portent sur les traditionnelles questions de marché intérieur, et donc d'innovation et de sécurité des médicaments. La globalisation de l'industrie pharmaceutique dans les deux dernières décennies est associée à un certain nombre de dysfonctionnements de marché, tels que les pénuries, les délocalisations, des augmentations de prix spectaculaires tant sur les nouveaux traitements

que certains génériques, ainsi que la persistance des besoins pour lesquels aucun traitement n'est disponible. Dans l'UE, les petits pays sont généralement plus touchés par ces dysfonctionnements que les grands pays qui, par la taille de leur marché, restent attractifs pour les industries pharmaceutiques. Mais la crise Covid a sensibilisé l'ensemble des gouvernements, et dans une large mesure des citoyens, aux vulnérabilités relatives à la disponibilité et à l'accès aux médicaments.

Elle a forgé un consensus sur la nécessité d'agir conjointement au niveau européen pour améliorer le fonctionnement du marché. La proposition d'avril 2023 répond à cet impératif et fixe quatre ambitions :

- Favoriser un accès rapide et équitable à des médicaments sûrs, efficaces et abordables,

- Renforcer la sécurité de l'approvisionnement,

- Créer un environnement attractif pour la recherche et développement et propice à l'innovation ainsi qu'à la compétitivité,

- Rendre les médicaments plus durables sur le plan environnemental.

... FAVORISER UNE OFFRE DE MÉDICAMENTS MIEUX ADAPTÉE AUX BESOINS DES SYSTÈMES DE SANTÉ NATIONAUX

L'élément central de la réforme est de moduler la protection d'exclusivité sur le marché associée à l'autorisation de mise sur le marché en fonction de la disponibilité des médicaments dans l'ensemble de l'Union européenne et de la contribution aux besoins non satisfaits. À l'heure actuelle, la protection associée à l'autorisation de mise sur le marché est de dix ans. Elle est ramenée à huit ans dans la proposition de réforme. Raccourcir la protection de marché permet d'introduire les génériques plus tôt, et donc une concurrence accrue et des prix plus bas. La protection peut être étendue d'un an si le détenteur de l'autorisation commercialise le produit dans les 27 États dans les deux premières années de la mise sur le marché et d'un an également si le médicament répond à un besoin non satisfait. La protection actuelle de dix ans ne serait accordée qu'à des traitements satisfaisant aux deux conditions.

La proposition inclut également un certain nombre de simplifications des processus d'autorisation. Elle maintient des dispositions favorables au développement de médicaments orphelins et pédiatriques. Elle introduit un nouveau dispositif de titres d'exclusivité transférables pour favoriser le développement de nouveaux antibiotiques. En dernier lieu, sur le plan environnemental, elle

renforce les exigences de l'évaluation d'impact environnemental que le développeur doit fournir avec la demande d'autorisation et fait de l'insuffisance de cette évaluation un motif possible de refus d'une autorisation de marché.

... DE NOUVELLES RÈGLES POUR ÉVITER LES PÉNURIES DE MÉDICAMENTS

La sécurisation des approvisionnements pérennise une pratique qui a été expérimentée pendant la crise Covid pour gérer les pénuries de médicaments. Elle repose sur une surveillance du marché pour anticiper les tensions sur les produits. Les obligations sont à trois niveaux : au niveau européen avec l'établissement d'une liste de médicaments critiques et une surveillance du marché pour ces médicaments ; une obligation pour les agences nationales des médicaments de surveiller le marché et d'informer l'AEM des tensions sur les marchés des médicaments critiques ; une obligation pour les producteurs de notifier les risques de rupture d'approvisionnement et d'avoir des plans de prévention des pénuries. La prévention et la gestion des pénuries s'appuieront sur un dialogue permanent entre l'AEM, les agences nationales et l'industrie.

... UNE NÉGOCIATION PAS ENCORE ABOUTIE, MAIS UN CONSENSUS FORT SUR LES AMBITIONS

Le législateur européen, le Conseil et le Parlement européen ont déjà entamé le processus de négociation et nous devrions attendre la prochaine mandature pour connaître l'accord final. Les dispositions spécifiques font l'objet d'un vif débat entre les différentes parties prenantes. Mais ce paquet législatif a fait l'objet d'un nombre important de consultations publiques en amont et il reflète un consensus politique robuste sur les objectifs stratégiques, qui est en lui-même révélateur du changement radical des attentes. L'extension du régime réglementaire à la sécurité des approvisionnements est une demande unanime des parties prenantes. De plus, les parties prenantes ont majoritairement reconnu qu'il y a un décalage entre les médicaments commercialisés et les besoins des systèmes de santé. Sur la question de l'accès aux médicaments, 64 % des parties prenantes considèrent que la situation actuelle dans



l'Union est médiocre, voire mauvaise. Les autorités publiques et les patients sont en faveur de la mesure visant à moduler la durée de la protection réglementaire. L'industrie considère cette mesure défavorable à l'innovation et la compétitivité avec pour résultat de rendre l'UE peu attractive, notamment en comparaison avec les USA. À ceci, la Commission européenne avance deux contre-arguments. L'UE est une des régions du monde où la protection réglementaire est la plus forte et la mesure proposée n'érode pas complètement cet avantage comparatif : à titre de comparaison, la protection réglementaire est de 10 ans en Suisse et de 5 ans aux USA pour les petites molécules et de 4 à 8 ans pour les biosimilaires. Sur la question de l'accès aux médicaments, il s'agit d'enrayer une tendance à une plus grande fragmentation du marché de l'UE, avec ce résultat paradoxal : l'AEM autorise un nombre croissant de substances, mais la mise sur les marchés nationaux se fait sur dans un nombre décroissant de pays. Les écarts entre pays sont conséquents : en Allemagne, 133 des 152 (soit 88 %) nouveaux médicaments autorisés entre 2016 et 2019 au niveau européen sont accessibles aux patients alors que moins de 50 de ces médicaments sont disponibles dans les plus petits États membres tels que les pays baltes ou des pays plus pauvres comme la Roumanie.

En s'attaquant aux questions d'accès aux médicaments, d'adéquation des traitements aux besoins des systèmes de santé, de prévention et de gestion des pénuries de médicaments, la réforme de la législation pharmaceutique a pris une dimension stratégique au cœur des politiques nationales de santé qui reflète une prise de conscience de nouveaux risques suite à la crise Covid.

UNE MULTIPLICATION D'INITIATIVES POLITIQUES POUR LUTTER AU NIVEAU EUROPÉEN CONTRE LES VULNÉRABILITÉS D'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS

L'approche législative est complétée par plusieurs initiatives politiques. Ces initiatives sont également directement liées au Covid et s'appuient en particulier sur le succès des achats conjoints de vaccins qui ont permis à l'UE d'atteindre un taux de vaccination de 70 % en juillet 2021, supérieur au taux américain, et ceci six mois après la mise

sur le marché des vaccins.

... UNE NOUVELLE AUTORITÉ POUR LA GESTION DES APPROVISIONNEMENTS EN PRÉPARATION AUX CRISES SANITAIRES, HERA

Elles s'inscrivent dans un cadre plus large de renforcement de la préparation, prévention et réponse aux crises sanitaires transfrontières qui a été adopté en 2022. Dans ce paquet de mesures, la nouveauté la plus radicale et la plus prometteuse est la création de l'HERA (Health Emergency Response Authority). L'autorité HERA est chargée de pérenniser le dispositif des vaccins et de l'étendre à l'ensemble des produits médicaux nécessaires en temps de crise. L'HERA a été conçue comme l'équivalent de l'agence américaine BARDA (Biomedical Advanced Research and Development Agency), qui a financé le développement des vaccins Covid pendant la crise. Dans les faits, HERA n'en a ni le mandat ni l'autonomie financière. L'autorité est encore à la recherche de ses marques et à ce stade, a surtout structuré un dialogue avec les institutions nationales, la communauté des chercheurs, les autorités sanitaires, et l'industrie. Mais il faut saluer les premières initiatives concrètes qui sont des étapes significatives pour renforcer la capacité de l'UE à réagir aux crises sanitaires et qui préfigurent ce que serait une réponse coordonnée de l'Union dans les crises sanitaires. Quatre exemples significatifs :

- Un exemple au niveau de la recherche et du développement : la création de plateformes pour des essais cliniques transnationaux pour les vaccins et les traitements pour les pathogènes. La plateforme VACCCELERATE, avec un budget de 26 millions d'euros, a mis au point un réseau de laboratoires et de sites pour les essais cliniques. Elle sert de « *one stop shop* » pour les développeurs de vaccins. HERA coopère également avec l'AEM pour mettre en place un réseau européen d'essais cliniques.

- Un exemple pour sécuriser la production : le dispositif EUFAB, doté d'un budget de 160 millions d'euros, est un réseau de 6 producteurs de vaccins dans l'UE qui garantit la disponibilité d'une capacité de production équivalente à 325 millions de vaccins par an qui peut être activée en cas de besoin.

- Un exemple pour l'innovation et l'investissement : HERA a confié à la Banque européenne d'investissement un montant de 100 millions d'euros pour soutenir des PME qui innovent dans les contre-mesures médicales.

- Un exemple d'achats conjoints ou de réserves stratégiques communes : les États membres peuvent, comme cela a été le cas pour les vaccins Covid, passer des contrats conjoints pour acheter des fournitures médicales ou des contrats de pré-achats pour réserver des volumes de fournitures médicales. Ils ont, par exemple, pour la crise de la variole du singe, acheté ensemble 325 000 doses du vaccin et 10 000 traitements TPOXX. En juillet 2022, ils ont aussi signé un contrat pour des options pour un montant de 85 millions d'euros pour s'assurer d'un accès au vaccin en cas de grippe pandémique. Un contrat similaire a été signé par 13 pays souhaitant acheter ensemble 3,4 millions de traitements du Paxlovid contre la Covid et un autre signé par 10 pays pour acheter un vaccin pour protéger les éleveurs en contact avec des souches de la grippe aviaire avec un potentiel pandémique. L'action conjointe la plus aboutie est la constitution

de stocks communs. Les États membres utilisent la facilité rescEU liée à la protection civile. Les financements sont européens. Mais dans ce cas, certains États membres se portent volontaires pour organiser l'achat et le stockage de fournitures médicales. Plusieurs opérations sont en cours pour divers produits indispensables en cas de pandémie, mais aussi d'accidents chimiques, biologiques ou nucléaires comme des détecteurs, des décontaminants, etc. En 2023, des opérations pour un montant total de 580 millions d'euros ont été réalisées avec la coopération de la Finlande, de la Pologne, de la Croatie et de la France. Une deuxième opération pour un montant de 636 millions d'euros est en cours de finalisation.

... UN PLAN D'URGENCE POUR SÉCURISER LES CHAÎNES D'APPROVISIONNEMENT DES MÉDICAMENTS

De façon plus générale, les États membres considèrent que les vulnérabilités des chaînes de production des médicaments de l'Union européenne sont des menaces immédiates. Elles ne sont pas seulement liées aux risques de pandémie, et appellent des actions politiques qui ne peuvent pas attendre l'adoption de la réforme de la législation pharmaceutique. Au Conseil européen de juin 2023, les États ont appelé de leurs vœux « une initiative en vue de l'adoption de mesures urgentes pour assurer une production et une disponibilité suffisantes, en Europe des médicaments et composants les plus critiques et pour diversifier les chaînes d'approvisionnement internationales ». Les craintes concernent surtout les génériques, dont la production a été délocalisée principalement en Inde et en Chine en raison des prix très bas. Un plan

de lutte contre les pénuries a été annoncé en octobre 2023. Il anticipe plusieurs dispositions de la proposition de réforme de la législation, telles que l'établissement d'une liste de médicaments critiques. Dans l'urgence pour l'hiver 2023-2024, l'HERA et l'AEM ont mis en place un plan pour éviter les pénuries d'antibiotiques avec un mécanisme de solidarité entre États membres. Il est prévu de créer en 2024 une alliance contre les pénuries qui réunira au niveau européen les régulateurs, l'industrie, la société civile pour utiliser les différents instruments permettant de sécuriser les chaînes d'approvisionnement. La commission européenne s'est engagée à explorer la possibilité d'une législation : il s'agirait d'un acte sur les

médicaments critiques. Ces actions s'inspirent de ce qui a été fait dans d'autres domaines comme le « Chips Act », pour assurer une autonomie stratégique de l'Union dans le secteur des semi-conducteurs.

... FAIRE DE LA LUTTE CONTRE LA RÉSISTANCE ANTIMICROBIENNE UNE PRIORITÉ POLITIQUE

La résistance antimicrobienne (RAM) est un autre domaine qui nécessite une action politique européenne et pour laquelle on assiste récemment à des progrès. Parmi les menaces transfrontières identifiées par l'HERA, la résistance antimicrobienne est en haut de l'échelle des risques. L'HERA en a fait une de ses priorités futures pour ses activités de surveillance, de recherche et de sécurisation des approvisionnements. Comme indiqué plus haut, la législation pharmaceutique a aussi abordé la question des incitations à développer de nouveaux antibiotiques. Mais il est difficile de trouver des incitants réglementaires pour de nouveaux antibiotiques dont les marchés sont peu attractifs pour l'industrie puisque l'objectif est de réserver les nouveaux antibiotiques pour une utilisation de dernier recours. Depuis 2017, la FDA et l'EMA ont autorisé 11 nouveaux antibiotiques et aucun n'est innovant selon les critères de l'OMS. Fondamentalement, la meilleure politique pour la RAM est la prévention, qui vise à une utilisation prudente des antibiotiques. L'UE s'est dotée de législations contraignantes pour limiter l'utilisation des antibiotiques dans le contexte vétérinaire et les rejets dans l'environnement. Mais elle n'est pas en mesure de le faire pour la santé humaine, car l'utilisation des antibiotiques au sein des systèmes de santé est précisément un domaine qui ne relève pas du champ communautaire. Aussi, en complément de la réforme de la législation pharmaceutique, les États membres ont pris un engagement politique commun et ont décidé de renforcer leurs plans nationaux de lutte contre la RAM. Ils se sont notamment mis d'accord sur des objectifs politiques mesurables de réduction de la consommation d'antibiotiques. Le principal objectif quantifié est une réduction de la consommation humaine totale d'antibiotiques [en doses journalières définies (DJD) pour 1 000 habitants et par jour] de 20 % d'ici 2030 dans l'Union par rapport à l'année de référence, 2019. Cet objectif est as-

sorti d'objectifs plus granulaires et aussi d'une quantification des efforts nationaux pour atteindre l'objectif européen. Ainsi la France, qui est, avec Chypre, la Grèce et la Roumanie, parmi les quatre pays où la consommation d'antibiotiques est la plus élevée, devrait viser non pas à une réduction de 20 %, mais de 27 %. Bien que ces objectifs ne soient pas contraignants, le fait que les États membres acceptent d'être évalués et comparés sur le succès de leur politique de RAM est une étape importante dans la lutte contre la résistance antimicrobienne. À titre de comparaison, rappelons que c'est avec des objectifs chiffrés sur la réduction d'émissions de CO2 que la lutte contre le changement climatique s'est organisée de façon stratégique à la fin des années 1990.

À un moment où la France s'interroge sur la politique des médicaments et où les initiatives dans ce domaine foisonnent, de la commande publique de rapports à des plans de lutte contre les pénuries, aux débats autour de l'ONDAM ou aux plans d'investissement, il est important de rappeler que l'écosystème du médicament n'est que partiellement national et qu'un certain nombre de leviers réglementaires sont européens. Pour les questions de relocalisation, de compétitivité et d'innovation, ou de prévention des pénuries, les solutions nationales seront peu efficaces si elles ne sont pas alignées et coordonnées au niveau européen. Il en va ainsi de la cohérence des différentes listes de médicaments critiques pour la sécurité des approvisionnements qui sont en discussion dans divers fora. Il faut également éviter une concurrence dommageable sur les aides d'État pour attirer l'industrie au nom de l'autonomie et favoriser des partenariats élargis, tels que ceux mis en place pour la production des vaccins dans l'UE pendant la crise Covid. Bien que la fixation des prix relève des autorités nationales, c'est au travers des achats conjoints et des prix négociés ensemble que l'UE peut peser sur des marchés globaux pour un meilleur accès aux médicaments innovants. D'une façon générale, face au défi des marchés globaux, aucun pays de l'UE ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les progrès possibles pour défragmenter le marché européen et ainsi optimiser les objectifs nationaux de maîtrise des dépenses et d'un meilleur accès des patients aux traitements ■

TRIBUNE

LE DÉFI DES INÉGALITÉS EN SANTÉ : UN PLAIDOYER POUR LES FEMMES

ALEXANDRE VALLÉE

MÉDECIN DE SANTÉ
PUBLIQUE

Bien que l'égalité des sexes soit fermement ancrée dans les lois et les valeurs de nos sociétés modernes, il est indéniable que des disparités entre les sexes subsistent, notamment en ce qui concerne la sphère de la santé. Les femmes, qui constituent la moitié de l'humanité, se trouvent fréquemment reléguées au second plan concernant l'accès aux soins de santé. Il est impératif de prendre conscience de cette réalité et de s'engager résolument dans des réformes substantielles.

Il convient de noter que ces disparités en matière de santé entre les sexes ne sont pas uniquement le fruit de divergences biologiques, mais résultent également de dynamiques sociologiques et du système de santé. Alors que les femmes, en moyenne, affichent une espérance de vie supérieure à celle des hommes, elles sont également confrontées à une plus longue période de mauvaise santé. Cette situation découle en partie de facteurs biologiques, notamment des modifications hormonales, mais est également influencée par des variables sociales, économiques et culturelles qui affectent l'accès aux soins de santé, le suivi médical et les comportements de prévention.

Toutefois, de nombreuses inégalités persistent aujourd'hui, en dépit d'une prise de conscience croissante au sein de notre société et de la communauté scientifique.

Il est indéniable que l'espérance de vie à la naissance des femmes en France dépasse la moyenne européenne et est supérieure à celle des hommes. Cependant, ces disparités tendent à se réduire, et plus particulièrement, les femmes vivent une plus grande partie de leur existence avec une incapacité, se traduisant par une impossibilité temporaire, que ce soit sur le plan physique ou psychologique, d'exercer une activité professionnelle,

représentant parfois près d'un quart de leur vie.

De même, contrairement à ce que l'on pourrait penser, la première cause de décès chez les femmes ne réside pas dans le cancer, mais dans les maladies cardiovasculaires, qui représentent actuellement plus d'un quart des décès féminins. Dans le cas du syndrome coronarien aigu, les femmes, moins informées et présentant des symptômes différents de ceux des hommes, ont plus de difficulté à reconnaître pleinement l'urgence du problème.

Les femmes arrivent donc en moyenne plus tard aux services d'urgence (avec en moyenne un délai de 15 minutes de plus que les hommes), avec un risque accru de diagnostic erroné ou de sous-diagnostic. Les cancers occupent la deuxième position, avec le cancer du sein comme principal responsable de leur mortalité. Les tumeurs spécifiquement liées au sexe contribuent ainsi deux fois plus aux décès chez les femmes, avec près de 6 % des femmes décédant de cancers du sein, de l'utérus ou des ovaires en Europe, contre près de 3 % des hommes atteints de cancer de la prostate.

Ces inégalités en santé sont à mettre en regard des grandes pathologies touchant les femmes, comme les cancers, l'endométriose, les maladies cardiovasculaires, mais aussi la prise en charge de la ménopause.

LE CAS TYPIQUE DES CANCERS CHEZ LES FEMMES

En France, le cancer est la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Les types de cancers les plus courants chez les femmes sont le cancer du sein (58 000 nouveaux cas par an), le cancer colorectal (20 000 nouveaux cas) et le cancer du poumon (15 000 nouveaux cas). L'incidence du cancer, en particulier du cancer du poumon, a augmenté de manière significative chez les femmes, avec une augmentation annuelle de 5 %, en raison de changements de comportement et de mode de vie (tabac, alcool, stress, etc.). Ces évolutions transforment considérablement le paysage épidémiologique du cancer. Cependant, grâce aux avancées

thérapeutiques majeures, la mortalité globale due au cancer diminue davantage chez les hommes que chez les femmes.

Face à ce constat, des programmes nationaux de dépistage ont été instaurés pour trois grands types de cancers chez les femmes : le cancer du sein (en 2004), le cancer colorectal (entre 2008 et 2009) et le cancer du col de l'utérus (entre 2018 et 2019). Cependant, l'adhésion à ces campagnes de dépistage est encore loin d'atteindre les niveaux souhaités, avec guère plus de 50 % de participation pour le cancer du sein (l'objectif européen étant de 70 %) et environ 60 % pour le cancer du col de l'utérus.

Toutefois, il faut rappeler que chaque année, le nombre de cas de cancer du poumon chez les femmes augmente, principalement en raison du tabagisme et du manque de prévention. Depuis 2005, l'incidence du cancer du poumon chez les hommes est en baisse. Cette tendance positive est principalement attribuable à la réduction de la consommation de tabac chez les hommes. En revanche, le tabagisme chez les femmes continue d'augmenter de manière constante depuis 1967.

De manière générale, il est courant d'associer davantage les hommes aux comportements à risque en matière de santé, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, la prise de drogues et les habitudes alimentaires. Cependant, il est important de noter que ces comportements à risque touchent aujourd'hui également de nombreuses femmes.

LE TABAGISME DES FEMMES ENCEINTES, UN DANGER LARGEMENT SOUS-ESTIMÉ

En Europe, 8,1 % des femmes enceintes en 2018 étaient directement exposées au tabac. La France est l'un des pays européens où le taux de femmes enceintes fumeuses est le plus élevé. En effet, selon l'Enquête nationale périnatale réalisée en 2016, le taux de consommation de tabac pendant la grossesse, appelée « tabagisme gravidique », était de 17 % (soit près d'une femme sur six !) au dernier trimestre de la grossesse. Un des taux les plus élevés d'Europe. De même, le Baromètre Santé (2017 de Santé publique France) a mis en

évidence une prévalence de la consommation de tabac pendant la grossesse qui concernerait 20 à 25 % des femmes enceintes, soulignant ainsi une forte prévalence du tabagisme gravidique en France en comparaison avec le contexte européen. Les études ont montré que la consommation de tabac pendant la grossesse était corrélée à un risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine, de placenta prævia, d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes et d'hématome rétroplacentaire. Au moment de l'accouchement, la survenue d'une hémorragie de la délivrance et celle d'une délivrance artificielle seraient aussi associées au tabagisme gravidique.

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, ENTRE VACCINATION ET COUVERTURE INSUFFISANTE

La vaccination contre le papillomavirus a prouvé son efficacité, le gouvernement actuel en a fait une de ses priorités nationales chez les jeunes adolescents. Les dernières études scientifiques ont montré que les programmes de vaccinations des jeunes filles étaient associés à une réduction de plus de 50 % des lésions précancéreuses du col de l'utérus. Mais en 2020, la France ne se trouvait qu'à la 27^e position européenne, avec un taux de couverture vaccinale inférieur à 30 % chez les jeunes filles, contre plus de 75 % au Portugal, en Espagne et au Royaume-Uni.

Des efforts doivent être menés en ce sens dans les cancers « évitables » grâce à la vaccination.

L'ENDOMÉTRIOSE, UN RETARD DE DIAGNOSTIQUE MAJEUR

L'endométriose est une maladie inflammatoire chronique qui touche environ 5 à 10 % des femmes en âge de procréer soit entre 1,5 million et 2 millions de femmes en France. Elle entraîne une charge individuelle et sociétale importante, comparable à celle d'autres maladies chroniques. Le coût de l'endométriose en France serait de plus de 14 milliards d'euros/an. Elle se caractérise, la plupart du temps, par des douleurs très intenses lors des règles et peut être source d'infertilité dans près de 40 % des cas. Malgré un très grand nombre de cas, cette maladie est encore trop peu

connue et diagnostiquée tardivement, avec un retard de 7 ans en moyenne !

L'endométriose serait associée à une augmentation d'affections connexes, e.g. les maladies cardiovasculaires, mais aussi à un risque accru de plusieurs cancers. Des données récentes, sur des populations de 3 à 5 millions de femmes aux USA et au Québec, ont montré un risque accru de complications obstétricales chez les femmes atteintes d'endométriose. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer comment l'endométriose peut entraîner des grossesses défavorables, via des changements anatomiques régionaux dus aux lésions d'endométriose, une augmentation inflammatoire, ou encore une résistance à la progestérone endométriale. Ces perturbations peuvent persister aux stades ultérieurs de la grossesse et potentiellement conduire à des complications obstétricales.

Néanmoins, il convient de noter qu'il n'existe actuellement aucun traitement spécifique de l'endométriose en dehors de recours à des options médicales ou chirurgicales, qui peuvent s'avérer invalidantes et entraîner des effets secondaires significatifs. Dans ce contexte, une stratégie nationale pour la gestion de l'endométriose a été initiée en février 2022. Cette stratégie est conçue autour de trois axes fondamentaux, comprenant un large éventail de mesures élaborées par le ministère de la Santé, se concentrant sur la recherche et l'innovation, le diagnostic précoce, l'accès à des soins de haute qualité, ainsi que des campagnes de sensibilisation et d'éducation visant à former et informer l'ensemble de la société sur l'endométriose.

LA MÉNOPAUSE, L'OUBLIÉE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

La ménopause, qui survient généralement autour de 45 à 55 ans, est le moment où la production naturelle d'œstrogènes et de progestérone par les ovaires cesse. Cela se traduit par l'arrêt de l'ovulation et de

la menstruation. La ménopause est officiellement diagnostiquée lorsque la femme n'a pas eu ses règles depuis plus d'un an.

N'oublions pas que la ménopause est un état physiologique chez les femmes et non une pathologie. Mais à partir de ce moment, divers problèmes de santé peuvent progressivement se manifester, y compris des symptômes tels que des troubles urinaires et génitaux, une prise de poids, des sueurs nocturnes, des bouffées de chaleur, une peau sèche, de l'ostéoporose, des problèmes cardiovasculaires, et parfois même des épisodes de dépression, ce que l'on appelle le syndrome climatérique.

Les symptômes visibles et les affections liées à la ménopause sont variés et peuvent représenter un défi considérable pour les femmes. Par exemple, l'arrêt de la production d'œstrogènes dans le corps à cause de la ménopause accroît le risque d'ostéoporose chez les femmes. Actuellement, en France, près de trois millions de femmes sont touchées par l'ostéoporose, mais seulement 500 000 d'entre elles en sont



« METTRE FIN À L'OUBLI DES FEMMES EN MATIÈRE DE SANTÉ EST UNE PRIORITÉ INCONTOURNABLE »

conscientes. Cette condition augmente significativement le risque de fractures, notamment du poignet, du col du fémur et de tassement vertébral. Chaque année, plus de 130 000 femmes subissent des fractures liées à l'ostéoporose, un chiffre qui dépasse largement le nombre de crises cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et de cas de cancer.

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES, UN NOUVEAU PARADIGME À CONSIDÉRER

Les maladies cardiovasculaires, la principale cause de décès chez les femmes, posent des défis uniques. Les symptômes de ces affections diffèrent souvent entre les sexes, ce qui peut entraîner des diagnostics erronés ou retardés chez les femmes. De plus, elles ont moins de chances de recevoir un traitement approprié pour ces problèmes cardiaques, en partie à cause de stéréotypes de genre qui minimisent la gravité de leurs symptômes.

De plus, bien que la mortalité due aux maladies cardiaques ischémiques ait globalement diminué pour les deux sexes, nous observons que pour les moins de 65 ans, la réduction a été moins favorable aux femmes. Entre 2000 et 2010, les décès dus à ces maladies ont chuté de 33 % chez les femmes, contre 23 % chez les hommes pour cette tranche d'âge.

Cette vulnérabilité des femmes face aux maladies cardiovasculaires a été mise en évidence par de nombreuses études, soulignant le besoin de sensibilisation du public à l'importance du risque cardiovasculaire pour les femmes. La Fédération française de cardiologie (FFC) recensait en moyenne 89 000 femmes par an touchées par ces maladies,

à comparer aux 76 000 hommes atteints. Ces maladies cardiovasculaires sont ainsi bien plus meurtrières que le cancer du sein, un fait méconnu en partie à cause de la perception stéréotypée associant spontanément le syndrome coronarien aigu à un homme âgé de 50 à 60 ans, fumeur, sédentaire et en surpoids.

La sensibilisation croissante des femmes à ces risques peut être attribuée au fait qu'elles sont désormais confrontées aux facteurs de vulnérabilité qui étaient autrefois associés à des comportements masculins, tels que le tabagisme, la sédentarité, une alimentation déséquilibrée, le stress, notamment au travail, ainsi que la consommation d'alcool.

La surmortalité féminine due aux maladies cardiovasculaires peut s'expliquer par exemple par :

- L'obésité, qui a nettement progressé, à l'échelle mondiale, plus particulièrement chez les femmes. L'obésité massive et sévère touchant plus les femmes que les hommes ;

- L'hypertension, notamment pendant la grossesse ;

- Ou encore le tabagisme ;

Mais aussi :

- Une méconnaissance des signes avant-coureurs du syndrome coronarien aigu par les femmes ;

- Un dépistage insuffisant ;

- Une prise en charge encore trop tardive.

Bien qu'il soit primordial de combattre la notion préconçue selon laquelle les maladies cardiovasculaires seraient exclusivement liées à la ménopause chez les femmes, il est essentiel de noter que plus de 11 % des femmes ayant été touchées par un syndrome coronarien aigu ont moins de 50 ans.

Les maladies cardiovasculaires sont, en effet, plus fréquentes après la ménopause. Autrefois protégées par leurs hormones féminines, les femmes ménopausées voient leur risque cardiovasculaire augmenter. Alors que le risque de syndrome coronarien aigu est initialement inférieur chez les femmes non ménopausées par rapport aux hommes, il augmente après la ménopause pour atteindre le niveau des hommes, une réalité encore peu connue du grand public.

Cependant, les femmes ne sont souvent pas correctement prises en charge, et de nombreux professionnels de santé ne sont pas formés pour répondre à leurs besoins spécifiques. Il existe une importante population de femmes dites « abandonnées » par le système de santé.

Cette situation découle de plusieurs facteurs :

- La ménopause reste un sujet tabou pour de nombreuses femmes, qui manquent d'information et se sentent parfois désemparées ;

- La ménopause est également un sujet tabou pour de nombreux médecins, qui sont souvent mal formés à ce sujet ;

- Un désert médical national concernant le nombre de gynécologues médicaux ;

- Il existe un manque de programmes d'accompagnement, étant donné que la ménopause s'installe progressivement sur plusieurs années.

En ce qui concerne les traitements proposés, essentiellement l'hormonothérapie substitutive, seulement environ 500 000 femmes suivent ce type de traitement actuellement, comparé à 2,5 millions il y a 20 ans. Cette situation découle de nombreuses désinformations ayant semé la panique en associant le traitement à des risques

accrus de cancer et d'accidents cardiovasculaires.

PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ POUR UNE JUSTICE EN MATIÈRE DE SANTÉ

En France, la natalité connaît une baisse presque continue depuis 2011, selon l'Insee. Au premier semestre 2023, 334 000 bébés sont nés en France, 25 000 de moins qu'en 2022 sur la même période. Une tendance inquiétante. En France métropolitaine, en l'espace de dix ans, le taux de fécondité est passé de 2 enfants en moyenne par femme à 1,76 enfant par femme en 2022. La première raison est l'allongement des études et la mise en couple plus tardive des jeunes Français. Les femmes font ainsi une entrée plus tardive dans la maternité, notamment due à la difficulté encore présente d'articuler travail et enfants.

En ce qui concerne la recherche médicale, il est essentiel d'inclure davantage de femmes dans les essais cliniques. Pendant trop longtemps, les femmes ont été sous-représentées dans ces études, ce qui signifie que les traitements et les médicaments ne sont pas nécessairement adaptés à leur physiologie. Cela peut avoir des conséquences graves pour la santé des femmes. L'inclusion équitable de femmes dans la recherche médicale permet de développer des thérapies et des traitements qui sont plus efficaces et adaptés à leur corps. Il devient ainsi logique de dire qu'intégrer la notion de sexe biologique dans la médecine et la recherche répond à un questionnement à la fois scientifique et éthique.

En fin de compte, mettre fin à l'oubli des femmes en matière de santé est une priorité incontournable. Cela implique de lutter contre les inégalités persistantes et d'assurer que toutes les femmes puissent accéder à des soins de santé de qualité et parfaitement adaptés à leurs besoins spécifiques. Cette démarche transcende la simple équité entre les sexes, elle concerne le bien-être de l'ensemble de la société, notre humanisme à tous. En plaçant la santé des femmes au cœur des préoccupations, nous pouvons transformer cette situation inacceptable en une victoire pour l'égalité des sexes et la justice en matière de santé ■

Le coût de la dépendance est tel que la réponse politique a jusqu'à présent consisté à donner quelques coups de pinceau au dispositif d'aides. Mais une approche globale de l'autonomie est aujourd'hui un impératif absolu, tant les enjeux sont élevés.

En 2030 - c'est-à-dire demain -, au moins 3 millions de Français seront en situation de perte d'autonomie du fait de leur âge. Et à partir de 2030, le nombre de ces personnes dépendantes augmentera de 40 000 individus par an jusqu'en 2040¹. Derrière la sécheresse de ces chiffres se cache une problématique sociétale de grande ampleur : quel sort voulons-nous réserver à nos aînés dans les années qui viennent et plus particulièrement à ceux que le grand âge a rendus plus vulnérables et dépendants des autres pour tous les actes de leur vie quotidienne ? Face à ce sujet, le monde politique semble avoir choisi la stratégie de l'évitement ou du regard détourné.

Il faut dire que la réalité financière de la dépendance est complexe. Elle représente aujourd'hui un enjeu de l'ordre de 30 milliards d'euros par an, pris en charge pour l'essentiel par la dépense publique. La perspective de voir ce montant doubler dans les quinze ans qui viennent, pour suivre l'augmentation du nombre de personnes dépendantes à cet horizon, a tendance à tétaniser le pouvoir politique. D'autant que le rapport Libault², publié en 2019 et qui continue de faire autorité sur le sujet, fait clairement apparaître que les Français veulent que le risque de dépendance soit majoritairement pris en charge par l'État.

Il faut dire que la réalité sociale de la dépendance liée à l'âge est assez cruelle : plus de 610 000 personnes vivent dans l'un des 7 200 Ehpad que compte notre pays. Elles y sont exposées à un « reste à charge » de plus de 1 800 euros par mois, alors que le montant moyen de la retraite en France est un peu supérieur à 1 300 euros. Quant à ceux qui peuvent continuer à vivre chez eux, ils ne s'en sortent que grâce à 11 millions d'aidants familiaux, dont 9 sur 10 ne perçoivent aucune contrepartie financière pour leur engagement, alors que leur travail a été valorisé dans une fourchette de 7 à 18 milliards d'euros, un chiffre



LA DÉPENDANCE, CE PROBLÈME QUE L'ON NE VEUT PAS VOIR...

PAR
GILLES GIRARD
DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE THÉMIS CONSEIL

cité dans le rapport Libault.

En outre, s'il existe des solutions pour les dépendances « reconnues », notamment par le biais du classement GIR, la France comptera en 2030 près de 9 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, alors que la capacité d'accueil actuelle des Ehpad ne couvre qu'à peine 10 % de cette population. Il est peu de dire que la question de l'hébergement et les conditions de vie des personnes âgées, dépendantes ou non, va se poser avec acuité dans les quelques années qui viennent, si l'on veut notamment alléger la charge

de travail des hôpitaux, dont 20 % des patients hospitalisés sont des personnes âgées de plus de 75 ans.

Devant cette réalité, on observe la mise en place de stratégies « d'évitement », par le biais des associations locales et/ou caritatives d'aide à domicile (déjà souvent en difficulté), qui doivent prendre le relais pour répondre à toutes les demandes. De plus, de nouvelles « associations » ou « entreprises » à but lucratif se démultiplient, au risque d'augmenter le risque d'abus de faiblesse ou d'une assistance à domicile non adaptée par des personnels qui ne sont pas formés à l'accompagnement des personnes en situation de dépendance. On voit donc bien les insuffisances de ces propositions.

En outre, il faut souligner la lourdeur des démarches administratives et des procédures trop contraignantes, voire absurdes, qu'il s'agisse de prise en charge des personnes dépendantes ou des modalités de l'emploi à domicile. La législation française empêche ainsi tout emploi à domicile de quelqu'un qui veillera au bien-être de la personne dépendante 24 h/24. Cette dernière ne peut pas décider d'avoir quelqu'un avec elle contre rémunération « nourrie/logée/blanchie »... alors que pour d'autres emplois, il existe la possibilité d'avoir une personne assignée à demeure (les gardiens d'immeuble par exemple).

COUPS DE PINCEAU

Face au coût de la dépendance, la réponse politique a consisté à donner quelques coups de pinceau aux dispositifs d'aides, notamment avec l'Allocation personnalisée d'autonomie, qui permet, sous certaines conditions, de payer les frais du maintien à domicile ou une partie du tarif dépendance des Ehpad. Mais il aura fallu près de vingt ans pour que voie le jour cette fameuse « cinquième branche » de la Sécurité sociale, dé-

diée à l'autonomie, une réforme qui est entrée en vigueur officiellement en mai 2022. Encore faut-il préciser que cette branche, contrairement aux autres, ne sert aucune prestation directe, n'a pas de lien avec les assurés et ne possède pas de présence sur le terrain, ce qui n'en facilite pas la « visibilité »... En réalité, aucun choix clair n'a encore été opéré pour le financement de la dépendance entre la fiscalité, les cotisations assises sur le travail ou l'assurance privée.

On chercherait donc en vain, au cours de ces dernières années, une approche globale de l'autonomie (malgré l'annonce de plusieurs « plans »,

jamais concrétisés) qui en épouserait à la fois les aspects financiers (quel rôle pour les acteurs privés ou mutualistes, qui aujourd'hui n'encaissent qu'environ de 800 millions d'euros de cotisations par an au titre de la dépendance, à comparer aux 40 milliards de la prévoyance santé?), sociaux (comment valoriser les professions liées au maintien à domicile des personnes dépendantes ?) et sociétaux (quelle place faire aux seniors dans une société de plus en plus gagnée par le « jeunisme » ?).

Ce n'est qu'en reliant ces différents éléments entre eux que l'on pourra affronter de façon constructive et créative la question de la dépendance et œuvrer ainsi à la construction de cette société plus juste et plus inclusive que chacun appelle de ses vœux ■

Ce n'est qu'en reliant ces différents éléments entre eux que l'on pourra affronter de façon constructive et créative la question de la dépendance et œuvrer ainsi à la construction de cette société plus juste et plus inclusive que chacun appelle de ses vœux ■

Sources :

1. Chiffres extraits du Livre Blanc de France Assureurs consacré à la dépendance (2022).
2. Dominique Libault, Rapport issu de la concertation « Grand âge et autonomie », mars 2019.



**ÉRIC
PAVY**

DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE LA CAISSE DES
FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER

**JÉRÉMIE
SÉCHER**

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
STRATÉGIE, TRANSFORMATION,
COOPÉRATIONS ET RISQUES
DE LA MGEN

**PASCAL
FÉLIOT**

DIRECTEUR DE L'OFFRE, DES
OPÉRATIONS D'ASSURANCE ET
DES PARTENARIATS DE THÉLEM
ASSURANCES

QUEL AVENIR POUR LES OCAM EN FRANCE À HORIZON 2030 ?

Dans la continuité du débat sur la « Grande Sécu », la question se pose régulièrement et traduit une forme d'incertitude sur le devenir des OCAM, alors que leur légitimité est paradoxalement confortée, tant du point de vue de l'accompagnement des personnes qu'ils protègent, que des enjeux de cofinancement du système de santé, illustrés récemment par le mécanisme du « transfert de charges » de l'Assurance maladie.

QUELLE ANALYSE FAIRE AUJOURD'HUI ?

La santé, première préoccupation des Français : c'est le résultat constant des sondages sur les

attentes de nos concitoyens. Chacun est concerné et l'épidémie du Covid a mis en lumière les difficultés et la résilience du système de santé quand il est mis sous tension extrême. Les OCAM ont d'ailleurs pleinement joué leur rôle aux côtés de leurs adhérents durant cette période.

Au-delà de la crise sanitaire, le système de santé est de plus en plus challengé par l'augmentation des besoins en santé. Cette augmentation est, entre autres, liée au vieillissement de la population, avec un quart de la population française qui aura plus de 65 ans en 2040 ; au foisonnement de nouvelles technologies facilité notamment par

l'IA ; au développement continu des maladies chroniques (dont les pathologies liées à la santé mentale), qui touchent déjà près de 35 % de la population. Dans le même temps, chacun le sait, nous faisons face à une crise de disponibilité de soignants, dont les causes sont multiples, qui impacte fortement les modalités d'accès aux soins.

Face à ce constat, le développement de la prévention apparaît comme une évidence. Il faut s'inspirer des initiatives existantes, tant de l'Assurance maladie que des OCAM qui ont un savoir-faire indéniable et « complémentaire », malgré l'absence de modèle économique actuel en la matière.

Il s'agit d'ailleurs d'une réelle difficulté car les OCAM opèrent sur un marché concurrentiel et très régulé, caractérisé par une redistribution significative des « parts de marché » entre les trois familles d'acteurs que sont les sociétés d'assurance, les mutuelles et les instituts de prévoyance. Par ailleurs, la généralisation de l'assurance santé collective, de l'ANI à la réforme de la protection sociale complémentaire des fonctionnaires en cours, marque un changement majeur dans les équilibres économiques des OCAM qui doivent chercher de nouveaux espaces de développement.

Comme souvent, face à un défi important, les acteurs économiques doivent innover pour préparer l'avenir et les OCAM ont pour cela de réels atouts, issus de leur histoire souvent étroitement mêlée à celle des métiers, des corporations et des branches professionnelles.

Cette histoire explique une très grande proximité entre la majorité des OCAM et les personnes qu'ils protègent : il s'agit d'une proximité qui peut être géographique, affinitaire et/ou liée à la connaissance multi-domaine des besoins des po-

pulations, selon les familles d'assureurs.

En outre, le savoir-faire des OCAM en matière de prévention leur permet de proposer des solutions individualisées, souvent innovantes grâce aux outils digitaux, que ce soit aux employeurs ou aux personnes protégées. Si les dispositifs mutualistes de prévention bucco-dentaires sont bien identifiés par le grand public, nous parlons ici de leviers de prévention primaire, secondaire et tertiaire adressant un grand nombre de pathologies chroniques. Enfin, pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins et permettre un passage à l'échelle réussie, les plateformes de santé progressivement déployées représentent un levier d'action puissant pour apporter une réelle valeur ajoutée au sein du système de santé.

Les OCAM ont ainsi un ADN très spécifique et structurant pour l'avenir... Mais ils ne peuvent s'exonérer d'engager les mutations nécessaires.

Le premier enjeu pour les OCAM consiste à étendre et diversifier leurs activités dans le domaine de l'assurance. Contrairement à certaines idées reçues, les activités de l'assurance santé collective ne garantissent pas, loin s'en faut, la pérennité d'une entreprise soumise aux

règles de « Solvabilité 2 ». Il convient donc d'aller chercher de nouveaux partenaires et des espaces de développement, rentables d'une part, et utiles d'autre part en facilitant le multi-équipement des personnes protégées. Croissance externe, alliances stratégiques ou autres démarches de développement, les possibilités sont multiples et contribueront sans nul doute à une nouvelle re-composition du monde de l'assurance dans les prochaines années. Le multi-équipement des assurés ouvre la voie à une source de financement mutualisée de la prévention entre les différentes offres. La santé a en effet des effets quantifiables sur le risque d'accidents domestiques, la pré-

**LES OCAM ONT
AINSI UN ADN
TRÈS SPÉCIFIQUE
ET STRUCTURANT
POUR L'AVENIR...
MAIS ILS
NE PEUVENT
S'EXONÉRER
D'ENGAGER
LES MUTATIONS
NÉCESSAIRES**

voyance et même le risque d’accidents automobiles.

Le second enjeu de développement porte sur la mise à disposition de services innovants répondant aux besoins en santé de la population, en capitalisant sur un savoir-faire acquis dans la durée, on l’a vu, notamment en termes de prévention. En l’absence de modèle économique éprouvé, l’enjeu est de démontrer la rationalité économique visant à prévenir, plutôt que guérir, en ouvrant ainsi la voie au financement ou à la tarification du management des risques en santé. Il s’agit à terme de couvrir une part importante des parcours et besoins en santé, en s’inscrivant résolument dans la chaîne de valeur de la responsabilité populationnelle des acteurs de santé. Enfin, les OCAM doivent capitaliser sur leur proximité et leurs relations de longue date avec les employeurs et organisations professionnelles pour généraliser les dispositifs de prévention de risques professionnels (via l’activité physique, l’accompagnement psychologique des collaborateurs en tension...) au service de l’attractivité dans un contexte de renouvellement du rapport des salariés à leur travail. Un point essentiel : un service innovant et utile crée de la valeur. Il importe de le rémunérer sous un format ou un autre, d’autant que cela contribue fortement à la politique RSE des organisations bénéficiaires.

Le troisième enjeu consiste pour les OCAM à se poser en interlocuteurs privilégiés des professionnels de santé, notamment à titre conventionnel, en complémentarité intelligente et ciblée avec la Sécurité sociale. Des initiatives sont déjà prises en ce sens, par exemple l’accord Klésia/CSMF de 2018 mettant en place des consultations de prévention médicale à l’attention du personnel non-cadre de la branche du transport, rémunérées au tarif de 125 euros et comprenant un questionnaire initial, un examen clinique complet et la remise d’un plan de prévention personnalisé. Il est possible d’aller beaucoup plus loin, en matière de prévention ou de prises en charge spécifiques non fournies par

le régime obligatoire : médecines douces, actes non remboursables / hors nomenclature, parcours de prévention sur mesure... Il y va de l’intérêt des OCAM, mais aussi de l’ensemble des acteurs en santé, dans une logique d’optimisation des parcours en santé de la population.

En conclusion, les OCAM disposent d’une grande légitimité au titre de leurs missions, leur histoire, leur fonctionnement spécifique et leur lien de proximité avec les populations qu’ils protègent. Les auteurs partagent néanmoins une conviction : le statu quo n’est pas une option. L’avenir des OCAM est entre leurs mains et dépendra de leur capacité à anticiper les mutations de court et moyen terme, en apportant des réponses adap-

tées et innovantes à leurs clients, que ce soit pour les particuliers ou les institutions (entreprises privées et publiques, administrations, collectivités).

Cela revient à inventer l’offre de services assurantiels de demain et rien ne pourra se faire sans replacer le changement climatique, désormais tangible, et l’impact de l’environnement sur la santé des populations au cœur de leur

stratégie future. D’après Santé publique France (publication « Santé environnementale : une priorité de santé publique », avril 2022), « l’OMS a montré qu’en Europe, les facteurs environnementaux qui pourraient être évités ou supprimés provoquent 1,4 million de décès par an, soit au moins 15 % des décès ¹ ». La prise en compte de ce constat est un enjeu « clé » pour les OCAM, mais aussi paradoxalement une opportunité pour porter de nouveaux modes d’intervention, entre assurance et solidarité, engagement et responsabilité, afin de les promouvoir dans le monde de l’assurance, au profit de leurs bénéficiaires ■

Sources :

1. OMS Europe, conférence du processus européen Environnement, juin 2017.

TRIBUNE

SOPHISME :
ON DÉPENSE TROP
POUR LE SOCIAL

MICHEL
MONIER

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



Comparaison n’est pas raison, nous le savons ! Le discours politique est cependant truffé de comparaisons avec, de façon privilégiée, notre voisin ordolibéral. Les gouvernants d’aujourd’hui ont oublié la leçon de Montesquieu qui moquait les princes qui pensaient gouverner leur royaume en copiant les bonnes lois et pratiques de leurs voisins. Ils ont oublié, aussi, l’enseignement de Blaise Pascal : une vérité n’est vraie que lorsqu’elle est ancrée dans une culture, une mentalité, une tradition.

La politique pour l’emploi, qui fait du taux de chômage d’outre-Rhin le parangon, illustre la déraison comparative : fort de l’exemple allemand, on réforme non pas - ou trop peu - le marché du travail, mais la gestion du chômage en oubliant que la variable culturelle et la pratique du dialogue social sont des déterminants, en oubliant aussi la structure de l’emploi, industriel là-bas, de services ici.

Autre déraison : le satisfecit que l’on s’adressait, post-Covid, pour le rebond de croissance ici bien supérieur. Dérison car c’était ne pas voir qu’ayant dégringolé de moins haut nous sommes descendus plus bas. Ce rebond n’était pas une performance économique, mais le résultat d’une loi de physique : une chute plus importante génère un rebond plus important qui, cependant, jamais n’atteint le niveau initial (même dopé par le « quoi qu’il en coûte »).

Alors, puisque se comparer il faut, comparons-nous à l’Allemagne et joignons les Pays-Bas¹ à ce benchmark. Comparons-nous, non pas pour en tirer des leçons, mais des questions.

- Le PIB par habitant : 38 550 euros pour les Français, 48 750 pour les Allemands, 54 150 pour les Hollandais... Quand le PIB nous classe au cinquième ou sixième rang mondial, le PIB par habitant nous relègue au 25^e rang mondial ;

- La dette publique rapportée au PIB : 111,8 % en France, 66,1 % pour l’Allemagne, 50,1 % pour les Pays-Bas ;

- La dette par habitant : 43 327 euros en France, 30 366 en Allemagne, 26 980 aux Pays-Bas.

Le rebond de croissance post-Covid n’aura pas suffi, la croissance est atone, la France s’appauvrit. Le bouc émissaire est vite trouvé : c’est la protection sociale, trop coûteuse. La démonstration est rapidement faite, toujours par comparaison : les dépenses de protection sociale représentent en France 35,2 % du PIB, elles sont de 31,7 % en Allemagne et de 29,3 % et aux Pays-Bas². Voilà une comparaison qui nous classe parmi les mauvais élèves : nous dépensons trop pour la protection sociale !

Faut-il croire que nous dépensons trop pour le social ? Regardons la dépense par habitant : elle

est en France de 3 996 euros, de 4 602 euros aux Pays-Bas et de 5 086 euros en Allemagne... Dépensons-nous vraiment trop pour le social ?

En comparant les pourcentages en masse, on néglige de regarder le détail par habitant. Quand le pourcentage de dépense publique rapportée au PIB (58,3 % ici, 49,5 % en Allemagne et 43,5 % aux Pays-Bas) suffit à dire que l'on socialise trop, la dépense publique par habitant nuance, pour le moins, la vision macro : elle est de 22 608 euros ici, de 22 738 euros en Allemagne et de 23 408 euros aux Pays-Bas. Par habitant, c'est la France qui dépense le moins. Renversement du diagnostic : si nous sommes mauvais élèves, ce n'est pas parce que nous dépensons plus en pourcentage de PIB, mais parce que nous dépensons moins par individu !

Mauvais élève, c'est presque devenu une habitude comme nous le signifie le classement PISA !

L'école et notre glissement progressif dans les classements internationaux a une explication évidente. Les dépenses d'enseignement (9,72 % du PIB) sont de 1 895 euros par habitant (mais de l'ordre de 9 900 euros par élève). En Allemagne, les 11,23 % de PIB consacrés à l'éducation représentent 2 020 euros par habitant et aux Pays-Bas 12,91 % de PIB permettent d'investir dans l'éducation 2 407 euros par habitant.

Le fastidieux comparatif peut être poursuivi (avec par exemple le comparatif des balances commerciales, celui de l'espérance de vie ou des taux d'homicides...) mais, pour conclure, trois autres données corroborent ce constat :

- Le salaire minimal national (SMN) : 1 747 euros en France, 1 997 euros en Allemagne, 1 995 euros aux Pays-Bas ;

- Le taux de chômage : 7,2 % en France, 2,9 % en Allemagne, 3,2 % aux Pays-Bas ;

- Le taux de pauvreté : 14 % de taux de pauvreté en France, 15 % en Allemagne, 13 % aux Pays-Bas.

De ce comparatif, pas de leçons à tirer (si ce n'est de méthodologie : il faut comparer les systèmes et

non pas une seule « pièce » du système). Pas de leçons mais deux questions.

- Comment font l'Allemagne et les Pays-Bas pour dépenser plus par habitant tout en y consacrant une part moindre de la richesse créée ; et subsidiairement (!), comment font-ils avec un SMN supérieur pour avoir un taux de chômage aussi bas ?

- La dépense publique est-elle une bonne dépense, est-elle une dépense efficiente ?

Répondre à la première question, c'est lever le voile pour voir que l'on ne crée pas – ou plus – assez de richesses³. « Il n'y a plus assez d'huile dans la lampe » comme le disait Pierre le Pesant de Boisguilbert adressant, en 1695 (!), aux Contrôleurs généraux du royaume son « Détail de la France, la cause de la diminution de ses biens et la facilité du remède en fournissant en un mois tout l'argent dont le Roi a besoin et enrichissant tout le monde ». En observant ce qui n'allait pas pour proposer les remèdes, il faisait de l'Économie politique. Nos politiques économiques, substituées à l'Économie politique, visent l'effet immédiat : leur ambition est politique avant d'être d'économie. L'action publique n'est plus que réaction répondant à l'urgence du moment. Elle est toujours plus coûteuse et peu importe s'il n'y a plus assez d'huile dans la lampe ?

La deuxième question vient : la dépense publique est-elle efficiente ? Avec 5,7 millions d'agents publics, la masse salariale des fonctions publiques françaises compte pour un quart de la dépense publique, soit 14 % du PIB (8 % en Allemagne et aux Pays-Bas)⁴. On compte entre 88 et 89 agents publics pour 1 000 habitants, contre près de 60 en Allemagne et aux Pays-Bas.

À ce point, les princes nous disent que la comparaison n'est pas possible : elle ne vaut pas. Les périmètres des secteurs publics sont différents : l'Allemagne et les Pays-Bas délèguent, privatisent, ou n'ont pas de statut de fonctionnaire. Nous touchons là à un interdit, à l'angle mort des comparaisons. C'est pourtant dans la masse salariale publique que se niche le « coût de production » des services publics. Ne faut-il pas pour la dépense publique, inscrite dans une logique de moyens et non pas de résultats, poser la même

question que celle adressée à la protection sociale : ne coûte-t-elle pas trop cher ? N'est-ce pas là qu'il y a un « pognon de dingue » ?

Fort du mauvais constat d'une protection sociale trop coûteuse, les politiques publiques s'efforcent à réduire les dépenses sociales. Le mauvais constat c'est ne pas voir que si l'on dépense trop c'est d'abord que l'on ne produit pas assez, ne pas voir que le « pognon de dingue » est d'abord employé à fabriquer des services publics. Déterminées par une comparaison qui ne se fait pas au bon niveau, les politiques publiques ignorent que la masse des dépenses sociales recouvre une faible dépense par habitant. Ayant oublié les leçons de Montesquieu, de Blaise Pascal et de bien d'autres, les politiques publiques semblent ne plus voir que le niveau des prélèvements fiscaux et sociaux est un frein à la création de richesses.

Si l'on dépense trop pour le social c'est parce que la socialisation prime sur l'économique. On a privilégié l'administration économique au développement économique. Le mauvais constat fait prendre l'obstacle – le coût de la protection sociale – pour la cause⁵. Les politiques économiques sont des politiques à la Sisyphe. L'État, qui peut tout, s'est fait Providence. En dernier recours, il s'attaque à l'obstacle qu'il repousse sans cesse, s'y dépense sans plus compter, jusqu'à ajouter à la cause parce qu'il est avant tout un percepteur ■

Sources :

1. <https://fr.countryeconomy.com>
2. INSEE chiffres-clés, 2 février 2022.
3. <https://www.revuepolitique.fr/2024-annee-du-devoilement>
4. France Stratégie « Tableau de bord de l'emploi public situation de la France et comparaisons internationales », décembre 2017. France Stratégie précise : « L'emploi public dans une perspective de comparaison internationale : une tâche délicate. Les comparaisons entre pays développés en termes d'emplois publics sont délicates à mener. L'hétérogénéité des modes de gestion, des statuts, des principes budgétaires incite à bâtir un diagnostic en croisant une multitude de critères ».
5. Le lecteur aura ici reconnu la référence faite aux « Sophismes économiques », Frédéric Bastiat, 1845-1848.

TRIBUNE

LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS NE PEUVENT PAS FAIRE L'ÉCONOMIE D'UNE VÉRITABLE RÉFLEXION SUR LA STRUCTURATION DES DONNÉES ISSUES DE LA RECHERCHE

PAR
STÉPHANE BARRITAUT
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
DE L'IHU ICAN

Signe de l'importance accordée par les acteurs de l'industrie pharmaceutique aux outils fondés sur les algorithmes d'intelligence artificielle (IA) et des espoirs qui sont placés dans ces nouvelles technologies, Sanofi a annoncé en juin dernier vouloir réduire de moitié le délai entre la découverte d'une molécule et son administration au patient grâce à l'IA. Le laboratoire pharmaceutique français est désormais au 5^e rang du nouveau classement international « Pharma AI Readiness Index » de la plateforme d'intelligence économique CB Insights¹, qui mesure la capacité des industriels du médicament à attirer les meilleurs talents en IA, à mener des projets d'IA et à investir pour innover.



Il n'est désormais plus contestable que l'IA va prendre une place majeure dans l'industrie pharmaceutique avec une vitesse de croissance exponentielle. Elle intervient déjà, intégrée dans un nombre foisonnant de logiciels plus ou moins matures, à toutes les étapes du cycle de développement du médicament : de la recherche fondamentale sur les cibles thérapeutiques et le screening de molécules jusqu'aux études post-AMM (Phase IV), à l'optimisation de la dispensation et au renforcement de la pharmacovigilance. Le déploiement d'outils basés sur l'IA promet d'accélérer les temps de développement de médicaments ainsi que de réduire le risque considérable d'échec (moins de 8 % des médicaments en phase 1 ont obtenu une AMM sur la période 2011-2020²).

Cette révolution doit amener les principaux acteurs hospitaliers français de la recherche en santé, qui investissent depuis plusieurs années dans la constitution d'entrepôts de données de santé alimentés par les données qui figurent dans le dossier médical et administratif (que nous qualifierons dans cet article d'« EDS de soin »), avec le soutien actif du Gouvernement³, à s'interroger sur la réelle valeur ajoutée de ces bases de données pour les acteurs du médicament.

La constitution d'un EDS de soin semble, en première approche, une réponse pertinente au besoin de rendre plus facilement accessibles les données issues du soin, et ainsi de permettre aux établissements hospitaliers de mieux les valoriser, y compris financièrement. Si ces données collectées à partir des systèmes d'information hospitaliers ont leur importance, elles demeureront cependant structurellement insuffisantes.

En effet, ces données issues du soin, hétérogènes et non structurées, présentent deux écueils majeurs limitant leur pertinence pour les outils IA utilisés par les industriels du médicament :

- L'évaluation de la balance bénéfice-risque dans le cadre d'une demande d'AMM doit s'appuyer sur des données de qualité « recherche » ;

- Les données collectées sont limitées aux seuls examens réalisés dans la prise en charge cou-

rante, et non ceux additionnels prévus par un protocole de recherche.

LES DONNÉES ISSUES DES EDS DE SOIN NE PEUVENT, A PRIORI, SERVIR QUE POUR LES ALGORITHMES N'AYANT PAS D'IMPACT SUR L'ÉVALUATION DE LA BALANCE BÉNÉFICE-RISQUE DU MÉDICAMENT

Les agences de régulation du médicament portent une attention particulière aux algorithmes qui ont un impact, y compris potentiel, sur le bénéfice-risque du médicament⁴. Les outils IA utilisés pour le développement d'un médicament peuvent ainsi être répartis en deux grandes catégories, selon qu'ils impactent ou non la balance bénéfice-risque.

Si cette appréciation doit être faite au cas par cas, les outils IA qui visent à identifier de nouvelles cibles thérapeutiques, à créer de nouvelles entités thérapeutiques (aide au criblage, génération in silico) ou encore à prédire la « réponse » patient et identifier des populations-cibles, sont généralement sans impact sur la balance bénéfice-risque. Les autorités compétentes chargées de la délivrance des autorisations de mise sur le marché (EMA, FDA, MHRA...) n'ont pas besoin de contrôler l'utilisation de ces outils.

À l'inverse, dès lors qu'un algorithme d'IA a un impact potentiel sur l'évaluation de la balance bénéfice-risque, il sera soumis à l'évaluation rigoureuse des autorités de régulation et d'évaluation du médicament. Ce sera le cas si des outils d'IA ont été utilisés pour évaluer l'efficacité ou

la sécurité du médicament (par exemple : études cliniques in silico comprenant un ou plusieurs bras synthétiques générés par IA, identification précoce assistée par IA de signaux de sécurité et d'efficacité).

L'évaluation de la balance bénéfice-risque des médicaments par les autorités compétentes comprendra également l'évaluation des données ayant permis de les entraîner. D'où viennent ces jeux de données ? Quelle est leur robustesse, leur fiabilité, leur exhaustivité ? Quels sont leurs biais ? Répondre à ces questions nécessite que ces jeux de données soient d'une qualité au moins comparable à celles générées dans le cadre de la recherche (études cliniques). Hormis quelques rares exceptions, les données contenues dans les EDS de soin ne répondront pas à ce niveau d'exigence, ce qui limite fortement leur valeur.

LA PROFONDEUR ET L'ÉTENDUE DES DONNÉES CONTENUES DANS LES EDS DE SOINS RESTERONT LIMITÉES PAR RAPPORT AUX DONNÉES GÉNÉRÉES DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE

L'identification de nouveaux biomarqueurs et de cibles biologiques inexploitées, qui a été déterminante pour nombre d'avancées thérapeutiques, repose en grande partie sur l'exploitation de données plus riches que celles générées dans le cadre de la prise en charge courante, et qui sont donc en grande partie absentes des EDS de soins.

Ainsi, par exemple, les données issues d'appareils de mesure et d'imagerie (IRM, Scanner, OCT...) ne sont parfois remontées dans les EDS de soins que sous la forme de comptes rendus d'examens ou de rapports numérisés (ECG, EET). Certains EDS de soins sont interconnectés aux PACS hospitaliers, permettant de disposer d'une copie des fichiers sources (par exemple les fichiers DICOM d'IRM, de scanner ou d'échographie), incluant dans certains cas une première analyse de biomarqueurs utiles au soins (par exemple des mesures de taille et surface en échographie).

Identifier de nouveaux biomarqueurs d'imagerie, source critique de données pour les algorithmes IA utilisés par l'industrie pharmaceutique, nécessite alors un post-traitement des fichiers sources,

intégrant les opérations de pseudonymisation, labellisation, annotation et segmentation, opérations qui requièrent le déploiement de ressources regroupées dans des « Corelab » experts (logiciels de post-traitement, ingénieurs d'analyse, PACS recherche).

De plus, les protocoles de recherche permettent de collecter des données qui ne relèvent pas de la pratique courante. Or, celles-ci peuvent s'avérer déterminantes pour permettre aux algorithmes d'IA d'aider à l'identification de nouveaux scores de risque ou à mieux stratifier les patients, deux aspects pourtant critiques pour le développement de médicaments. Ainsi, les examens de phénotypage de pointe (métabolomique, lipidomique, transcriptomique, épigénomique, métagénomique, etc.) sont rarement réalisés dans le cadre de la prise en charge courante des patients, excluant des EDS de soins tout un pan de données parfois cruciales à la recherche de nouvelles solutions thérapeutiques.

Considérer que les EDS de soins seront les principaux pourvoyeurs de données indispensables au cycle de vie du médicament est en partie un leurre, et leur potentiel de valorisation ne doit pas être surestimé. Avec l'explosion des applications de l'IA, les principaux fournisseurs de données de santé que sont les établissements hospitaliers ne peuvent pas faire l'économie d'une véritable réflexion sur la structuration des données issues de la recherche, par exemple en menant une politique active visant à constituer aussi des EDS issus de projets de recherche ■

Sources :

1. *Rapport CBINSIGHTS « Pharma AI Readiness Index : Who's best-positioned for the AI boom ? ».*
2. *Rapport de l'association internationale des acteurs de la biotechnologie BIO.ORG « Clinical Development Success Rates and Contributing Factors 2011–2020 » (2021).*
3. *On peut également noter les deux phases de l'appel à projet « Accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers » lancé en 2022 dans le cadre de France 2030, et doté de 75 millions d'euros.*
4. *Pour une présentation plus détaillée de ce concept : « Reflection paper on the use of Artificial Intelligence (AI) in the medicinal product lifecycle » publié le 13 juillet 2023 par l'Agence européenne du médicament.*

Depuis l'essor du mouvement mutualiste français, nous avons été témoins de nombreux changements : les mutations du marché, à l'origine très fragmenté, ont conduit à une concentration significative, qui aujourd'hui semble se stabiliser. Dans ce contexte, il nous a semblé utile de partager notre analyse de cette évolution en mettant en évidence les principaux enjeux qui ont émergé et continuent de façonner notre environnement.

En tant qu'éditeurs, nous reconnaissons la nécessité de nous adapter et d'anticiper les changements à venir, en comprenant les tendances de notre écosystème pour mieux répondre aux besoins des clients. Nous ne devons pas simplement suivre le rythme, mais plutôt nous préparer à accompagner, voire à devancer les ruptures.

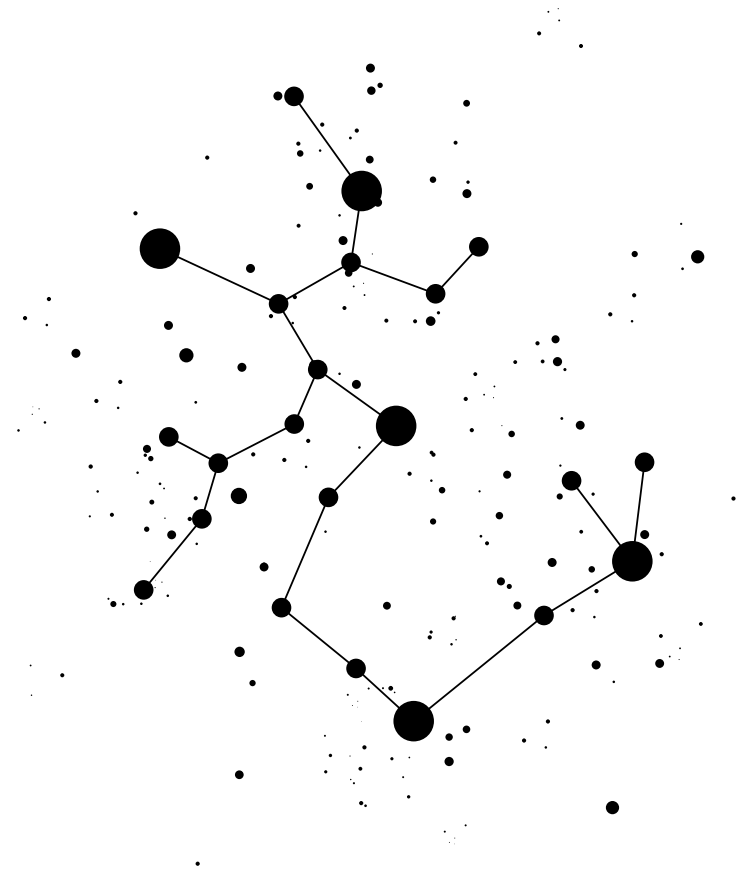
L'indépendance des mutuelles représente un défi crucial et la mutualisation des ressources émerge comme un levier indispensable pour préserver cette autonomie. La conviction en une force collective reste fondamentale pour protéger la richesse et la diversité du modèle mutualiste.

C'est en promouvant la collaboration au sein du monde mutualiste que les mutuelles resteront résilientes et indépendantes, prêtes à affronter les défis à venir.

L'ÉVOLUTION DU SECTEUR MUTUALISTE : DE LA FRAGMENTATION À LA CONCENTRATION

Le mouvement mutualiste français a parcouru un long chemin depuis ses débuts. Autrefois caractérisé par une fragmentation importante, le secteur des mutuelles a été le témoin de transformations substantielles, marquées par une tendance à la concentration qui semble aujourd'hui se stabiliser. Cette évolution a été le résultat de plusieurs facteurs clés, dont l'un des plus significatifs a été l'ouverture du marché à la concurrence en 1985.

« L'ouverture du marché a été un véritable tournant pour les mutuelles en France. Cela a brisé



TRIBUNE

MUTUELLES DE TAILLE INTERMÉDIAIRE

ÉPISODE 1 : PROXIMITÉ ET RÉSILIENCE : LES LEVIERS DE L'INDÉPENDANCE MUTUALISTE

PIERRE CLOAREC
RESPONSABLE DE
L'OFFRE DE SERVICES
CHEZ ASSIA

le monopole des mutuelles historiques et a ouvert la voie à une concurrence directe avec les assureurs traditionnels. Cette dynamique a été cruciale pour façonner le paysage actuel des mutuelles », souligne Patrice Guichaoua, président de la MGC.

Cette réforme du Code de la Mutualité a positionné les mutuelles historiques dans un nouvel environnement concurrentiel, marqué par une concurrence féroce.

Cependant, les mutuelles historiques ont rapidement compris que rivaliser à armes égales avec les assureurs traditionnels n'était pas chose aisée. Cette période a été le catalyseur de nombreuses fusions, avec des mutuelles de petite et moyenne taille absorbées par des acteurs plus importants. Cette dynamique de concentration a pris de l'ampleur et continue d'influencer le paysage mutualiste jusqu'à aujourd'hui.

LES DÉFIS DE L'INDÉPENDANCE POUR LES MUTUELLES DE TAILLE INTERMÉDIAIRE

Au cœur de ces mutations, les mutuelles de taille intermédiaire sont confrontées à des défis considérables, en grande partie dus à l'évolution constante de l'environnement réglementaire. Les réformes telles que Solvabilité I et II, la création de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), les contrats responsables, et bien d'autres, ont façonné le paysage de la mutualité.

Ces réformes ont imposé des exigences strictes en matière de gestion financière, opérationnelle, actuarielle, informatique et de gouvernance. Les mutuelles de taille intermédiaire se sont retrouvées à devoir mobiliser des ressources considérables pour se conformer à ces normes, ce qui a engendré des dépenses importantes. Les pressions réglementaires ne cessent de s'intensifier, obligeant les mutuelles à jongler avec un rythme de réformes soutenu.

Les mutuelles indépendantes sont confrontées à un double défi : rester conformes à un cadre réglementaire de plus en plus exigeant tout en conservant leurs spécificités, leur indépendance, et leur engagement mutualiste. Ce défi complexe

nécessite une gestion experte des ressources, un positionnement stratégique, et une vision à long terme pour garantir leur pérennité et leur contribution au bien-être de leurs adhérents.

PROXIMITÉ, LEVIER CLÉ DE L'INDÉPENDANCE DES MUTUELLES DE TAILLE INTERMÉDIAIRE

Au cœur du modèle mutualiste, la proximité émerge comme le levier essentiel pour les mutuelles de taille intermédiaire en quête de préserver leur indépendance. Ancrées dans des principes originels de bénévolat et de gouvernance autonome, ces mutuelles sont résolument engagées à maintenir une liberté décisionnelle cruciale. La proximité devient le fil conducteur, incarnée par des choix territoriaux ou affinitaires, offrant une réponse adaptée aux besoins spécifiques des adhérents.

La diversité mutualiste, favorisée par une variété d'interlocuteurs et d'implantations géographiques, est une manifestation de cette proximité. Elle permet une régulation agile de l'offre et de la demande, tout en répondant aux besoins variés d'entreprises de différentes tailles et secteurs. La persistance d'un écosystème de mutuelles indépendantes, guidées par des adhérents élus, souligne l'importance de cette proximité dans la préservation d'une gouvernance autonome.

Ainsi, malgré des ressources limitées, l'enjeu primordial pour ces mutuelles de taille intermédiaire reste d'honorer leur promesse de proximité, de qualité de la relation adhérent et de qualité de service. Cette proximité, tant territoriale qu'affinitaire, devient le socle robuste sur lequel repose l'indépendance de ces mutuelles dans un environnement en constante évolution.

Dans un prochain épisode, nous explorerons plus en détail les défis et les opportunités auxquels sont confrontées ces mutuelles de taille intermédiaire, en portant un regard sur la transformation numérique, l'adoption de technologies émergentes, et le rôle des éditeurs de logiciels dans ce contexte. Nous aborderons les défis actuels, de la performance opérationnelle à la cybersécurité, le rôle crucial de la relation adhérent, de la stratégie servicielle et de l'innovation ■

La Cour des comptes a publié le 12 octobre dernier un rapport intitulé : « Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité », et l'esprit en est clair : une nouvelle dynamique doit s'engager et de nouveaux équilibres doivent émerger entre les secteurs, pour être à la hauteur des défis de santé.

Le rapport souligne le rôle « significatif » des cliniques et hôpitaux privés dans l'offre de soins, notamment en ce qui concerne l'activité de fin de semaine ou les périodes estivales (jugant non fondées « les critiques fréquentes sur un désistement estival des opérateurs de droit privé »). À rebours de certaines idées préconçues, l'activité est même supérieure en fin d'année pour le privé et privé associatif.

Chacun prend donc sa part, et le rapport souligne à juste titre l'importance que revêt « une organisation concertée et coopérative » dans ces périodes sensibles. Il mentionne également que « dans certains territoires défavorisés, des établissements privés accueillent plus de bénéficiaires de l'assurance complémentaire santé solidaire que des établissements publics ».

Dans ce contexte, la Cour des comptes pointe la situation actuelle, qui réserve très largement - voire de façon quasi monopolistique - les urgences et les activités de réanimation aux établissements publics. La délivrance des autorisations par les Agences régionales de santé constitue donc une « barrière à l'entrée significative », d'autant plus stratégique qu'elle conditionne l'octroi d'autres autorisations, en médecine ou en chirurgie. Cet état de fait nécessite donc « des contreparties en termes de coopérations ».

C'est un enjeu particulièrement important : seules des délivrances d'autorisations fondées davantage sur les besoins des populations dans un territoire donné que sur le statut de l'établissement serviront l'intérêt de notre système de santé. Les cliniques et hôpitaux privés prennent en charge trois millions de personnes au sein de 122 services d'urgence, et demandent de pouvoir bénéficier des autorisations nécessaires pour prendre toujours mieux en charge les citoyens, en complémentarité de l'hôpital public. En tout état de cause, et plus largement, seules des logiques partenariales entre le public et le privé permettront de répondre aux enjeux, au bénéfice du patient et de son accès équitable aux structures de soins.

Sur le volet financier, la Cour des comptes souligne le déséquilibre entre le poids respectif des secteurs dans l'offre



TRIBUNE

UN RAPPORT ÉCLAIRÉ ET ÉCLAIRANT SUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ !

BÉATRICE NOËLLEC
DIRECTRICE DES RELATIONS
INSTITUTIONNELLES ET DE
LA VEILLE SOCIÉTALE À LA FHP

LA COUR DES COMPTES POSE UNE ÉVOLUTION MAJEURE : IL FAUT PASSER D'UNE « CULTURE DE L'OFFRE », AUJOURD'HUI DOMINANTE, À UNE « CULTURE DE LA DEMANDE » ET DE LA RÉPONSE AUX BESOINS DES PATIENTS

de soins (68 % pour le public, 9 % pour le privé associatif et 23 % pour le privé), et les parts de l'enveloppe « Migac » (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) dévolues à chaque secteur : respectivement 91 %, 7 %, etc. 2,1 %, soit une part « marginale » pour le privé. Si certains facteurs explicatifs peuvent être donnés, ce n'est pas la première fois que sont pointés du doigt le manque de visibilité de ces financements et « l'insuffisance de leur justification ». Les mêmes griefs sont du reste adressés à la gestion et à la répartition du Fonds d'intervention régional (FIR), « devenu illisible ».

Au-delà de l'absence de lisibilité sur la construction ou la méthodologie servant à déterminer ces financements, c'est bien le manque de transparence sur leur finalité qui est interrogée. Le financement n'est jamais que l'un des moyens mis au service de la politique de santé. Or, l'objectif poursuivi en termes de santé publique est bien souvent relégué au second plan, voire complètement perdu de vue. Chacun a à gagner d'un financement du système de santé et de ses acteurs plus lisible et plus transparent. La lisibilité, la transparence, forgent la motivation et la confiance, prérequis à toutes les logiques coopératives.

Car les leviers financiers peuvent être, ou non, des facteurs de motivation. On l'a vu avec l'Incitation financière à la qualité (IFAQ), dont le processus de « prise en compte des efforts » a estompé les effets incitatifs. Dans un tel cadre, un établissement

ayant des résultats mauvais, qui obtient ensuite des résultats médiocres, peut-être davantage gratifié financièrement que celui qui présente de très bons résultats de manière continue. La Cour des comptes appelle clairement à sanctuariser l'incitation vertueuse d'IFAQ, au service de l'amélioration en continu de la qualité pour les patients.

Mais la pierre angulaire du rapport est sans doute la redéfinition du service public hospitalier, aujourd'hui inadapté aux défis du système de santé. La Cour des comptes appelle à « assouplir les critères » de participation au service public hospitalier pour permettre aux acteurs privés d'y prendre part, dans un cadre de responsabilités partagées, autour de l'accès financier et géographique aux soins. Puisque l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics s'exerce conceptuellement « en dehors du service public hospitalier », il doit symétriquement être envisagé que les praticiens libéraux du secteur privé puissent s'inscrire dans un cadre analogue.

C'est une brèche dans le dogme, et cette recommandation doit à présent se traduire en action, comme le prône également la récente proposition de loi du député Renaissance Jean-Carles Grelier. Cette proposition de loi « de programmation en santé » propose dans son article 2 de doter le système de santé « d'un cadre, le service public de Santé, incluant tous les acteurs dès lors qu'ils remplissent la même mission » et ainsi de pouvoir « décroisonner le sanitaire et le médico-social dans une logique de parcours ». C'est une évolution majeure que la Fédération de l'hospitalisation privée porte depuis des années, mue par la conviction que ce service public de santé est un changement de paradigme fondamental pour transformer le service de santé.

En conclusion, la Cour des comptes pose une évolution majeure : il faut passer d'une « culture de l'offre », aujourd'hui dominante, à une « culture de la demande » et de la réponse aux besoins des patients. Cette culture de la demande suppose une meilleure évaluation des besoins, ainsi que de la qualité du service rendu et de la satisfaction des patientes et des patients, qui est la seule mission qui vaille ■



VICTOR G. RODWIN

*PROFESSEUR ÉMÉRITE DE
POLITIQUE ET DE GESTION
DES SERVICES DE SANTÉ*

*WAGNER SCHOOL OF PUBLIC
SERVICE, NEW YORK UNIVERSITY*

LES ÉTATS-UNIS ONT LE SYSTÈME DE SANTÉ LE PLUS COÛTEUX DES PAYS DE L'OCDE. POURTANT, LES INDICATEURS DE SANTÉ (ESPÉRANCE DE VIE, DÉCÈS PRÉMATURÉS...) NE TRADUISENT PAS UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ DES AMÉRICAINS. QUELLE EST VOTRE ANALYSE SUR LE SUJET ?

Des corrélations importantes existent entre les dépenses de santé par habitant et l'état de santé, lorsque l'on compare les pays dans le monde. Ce n'est en revanche pas le cas au sein des pays riches de l'OCDE. Nous savons par ailleurs que la santé des populations ne dépend que dans une faible mesure (20 %) des services de soins. Les déterminants sociaux de santé populationnelle, tels que les inégalités socioprofessionnelles, le niveau d'éducation, les conditions de logement et la pauvreté, sont bien plus importants pour expliquer la santé globale d'une population. Un système de soins primaires bien organisé et efficace ne peut donc compenser que très partiellement les indicateurs de santé populationnelle qui viennent d'être évoqués. Si l'on prend le cas des États-Unis, le taux de pauvreté des enfants est d'environ 20 % depuis des décennies et la

répartition des revenus est très inégale. De nombreuses personnes vivent également dans des conditions de logement défavorables. On constate d'ailleurs que les populations les plus précaires résident souvent dans des lieux et des villes particulièrement néfastes pour la santé. En outre, nous avons le taux d'obésité le plus élevé parmi les pays de l'OCDE ce qui explique aussi nos taux élevés de maladies chroniques telles que le diabète. Tous ces facteurs expliquent en grande partie notre mauvaise performance lorsqu'il s'agit de mesurer l'état de santé des Américains en termes d'espérance de vie et de décès prématurés. Plus largement, avoir un impact significatif sur les déterminants de santé implique d'adopter, comme le recommande l'OMS, une approche intersectorielle. Pour agir de façon structurante sur les facteurs et les conditions qui favorisent la santé, les politiques de santé doivent être appréhendées par différents ministères et non pas seulement par les ministères de la Santé. Ce n'est le cas ni aux États-Unis ni en France.

LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN OBÉIT À UNE LOGIQUE LIBÉRALE OÙ LE MARCHÉ ET LA CONCURRENCE PRÉ-

DOMINENT, À L'OPPOSÉ DE LA VISION UNIVERSALISTE FRANÇAISE. CETTE LOGIQUE GÉNÈRE-T-ELLE DES PROBLÉMATIQUES D'ACCÈS ET DE QUALITÉ DES SOINS ?

La France s'inscrit dans une tradition jacobine, profondément centralisée, à la différence des États-Unis qui est un pays de structure étatique fédérale caractérisée par une plus grande décentralisation politique et fiscale. Pour autant, nous avons un État fédéral fort, parfois plus que l'État français, même dans le domaine de la santé. Cela vaut surtout pour nos États fédéraux et nos collectivités locales (impôts locaux plus élevés qu'en France, plus grande autonomie dans l'élaboration, le financement et la gestion de programmes de santé...). Un État fortement centralisé ne peut pas tout gérer, surtout lorsqu'il s'agit de secteurs aussi complexes que la santé.

En ce qui concerne la concurrence, contrairement à ce qui est parfois avancé, nous n'en avons pas autant que cela. Notre système est davantage oligopsonne et oligopolistique. Les hôpitaux sont de plus en plus concentrés et exercent un poids considérable au sein du système, tandis que les médecins sont moins individualistes qu'en France et beaucoup plus organisés en groupes oligopolistiques. La concurrence est en revanche plus pré-

gnante pour les payeurs à l'échelle nationale. Sur les marchés locaux et métropolitains, on observe souvent une concentration des payeurs, ce qui conduit davantage à un système oligopsonne qu'à un véritable système concurrentiel.

Je pense par ailleurs qu'il est nécessaire de nuancer les points de vue schématiques qui caractérisent nos différents systèmes. L'accès aux soins est en effet confronté à

de nombreux défis, qu'il s'agisse d'un système centralisé ou non. Nous ne mettons pas suffisamment l'accent sur la qualité des soins, ni aux États-Unis, ni en France. Pourtant, l'inégalité face à la qualité ou à l'absence de qualité me semble presque plus importante que la question de l'accès aux soins, car l'accès à des soins de mauvaise qualité peut conduire à des conséquences dramatiques. Nous devons par conséquent être en mesure de fournir dans nos deux pays un accès à des soins de qualité aux patients tout au long des parcours de

soins. C'est une priorité.

QUEL EST LE RÔLE DE L'ÉTAT FÉDÉRAL ET DES ÉTATS FÉDÉRÉS EN MATIÈRE DE RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Notre système de santé aux États-Unis est très diversifié et complexe, avec de nombreux programmes financés et gérés par l'État fédéral. Il existe une grande hétéro-



généité de systèmes de santé, y compris un système de santé socialisé, comme le Veterans Health Administration (VHA). Celui-ci couvre les anciens combattants, est géré par l'État fédéral et comprend plus de 150 hôpitaux, y compris des centres de santé et des maisons de retraite médicalisées (EHPADs). Je pense d'ailleurs que c'est un modèle de gestion efficace qui pourrait être appliqué aux hôpitaux publics français. Contrairement à certaines idées reçues, notre législation impose à tous les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, à but lucratif ou non, de prendre en charge tous les patients en situation d'urgence. Dans ce domaine, en matière de régulation, le rôle de l'État fédéral est primordial. Nous avons un programme fédéral « Medicare » qui couvre les personnes âgées et en situation de handicap, ainsi que toute personne souffrant de maladies rénales. Il s'agit du seul programme au monde offrant une couverture universelle autour d'un seul organe. Aussi nous avons

un programme financé par l'État fédéral, « Medicaid », qui couvre les personnes très pauvres et qui, contrairement à Medicare, est géré par les États fédérés tout en suivant des conditions fixées par l'État fédéral, mais avec de multiples possibilités de déroger à certaines de ces règles.

Les tarifs pour les hôpitaux et les médecins (que 95 % acceptent) sont fixés par le Gouvernement fédéral qui intervient activement dans le domaine de la santé publique. En effet, au niveau fédéral, le programme medicare, sur conseil d'une commission d'experts, fixe les tarifs de remboursement pour chaque groupe homogène de malades (GHM) et cela s'applique à tous les hôpitaux (publics et privés). En ce qui concerne les médecins, leurs tarifs de remboursement sont également fixés par le programme medicare sur conseil d'une commission d'experts.

Toutefois, notre pays est extrêmement po-

larisé. Chaque État fédéré joue donc un rôle différent en matière de santé, pouvant conduire à d'importantes variations selon l'État dans lequel on réside. Les grandes villes et les 3 000 comtés (qui ont le pouvoir de lever l'impôt) jouent également un rôle clé. La ville de New York dispose, à titre d'exemple, d'un département de santé publique et de programmes bien plus généreux que dans d'autres régions. L'État fédéral agit aussi par le biais d'une réglementation déléguée. Si l'on prend le cas de Medicare, l'État fédéral a décidé que les hôpitaux ne seront pas remboursés s'ils ne sont pas accrédités par une organisation privée (la Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations). Il n'y a donc pas d'intervention directe, comme c'est le cas en France. L'accréditation est déléguée à des organismes privés à but non lucratif. Si cette dernière n'est pas accordée, le Gouvernement ne finance pas l'établissement en question.

QUEL EST VOTRE REGARD SUR « L'AFFORDABLE CARE ACT », RÉFORME MAJEURE DU SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN ?

Cette législation est à l'origine de la plus importante réforme du système d'assurance santé américain depuis celle de 1965 sous la présidence de Lyndon Johnson, qui a créé une Assurance maladie publique pour les personnes âgées (Medicare) et pour les plus défavorisés (Medicaid). Cette réforme a pu voir le jour, car elle n'a pas remis en cause les grands principes de l'organisation et du financement du système de santé. Les partenaires sociaux et le Gouvernement fédéral ont donc négocié pour que le nombre d'assurés augmente en contrepartie du maintien du système d'assurances privées. Cet accord visait à améliorer l'accès financier aux soins (ce qui ne garantit pas l'accès aux soins ni à des soins de qualité). Aujourd'hui, 10 % de la population reste sans assurance, contre 18 % avant

la réforme. Les barrières financières ont donc été considérablement réduites. Des critiques ont cependant émergé, car la contrepartie d'obtenir accès à l'Assurance maladie était de donner aux assureurs la liberté d'encourager la formation de multiples réseaux de soins et de limiter la liberté de choix, en promouvant le « managed care » aux États-Unis. Je considère, à titre personnel, que c'est une amélioration parce qu'il est préférable d'avoir une Assurance maladie et d'être pris en charge même si le choix est limité que de ne pas être couvert par une assurance. Il est cependant vrai que d'importantes disparités peuvent exister entre ceux qui sont mal assurés avec des restrictions créées par leurs réseaux de soins et ceux qui sont le mieux assurés avec une plus grande liberté de choix de leurs médecins et hôpitaux. Cela pose des questions éthiques. Plus globalement, notre système doit faire face à une problématique qui me semble majeure. Nous sommes en effet confrontés aujourd'hui à un système au sein duquel le profit règne en maître. Si l'Obamacare n'en est pas directement la cause, on constate que bon nombre d'acteurs ont tiré parti de la réforme et de façon plus générale, de l'évolution du secteur de la santé. Les managed care organizations (MCOs) sont par exemple devenues très importantes, sont gérées à 75 % par des réseaux privés à but lucratif et sont cotées en Bourse.

AUX ÉTATS-UNIS, L'ORGANISATION DES SOINS SE DISTINGUE DONC PAR LE DÉVELOPPEMENT DES « MANAGED CARE ORGANIZATIONS » 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. CE MODE DE FONCTIONNEMENT EST-IL VERTUEUX ?

Il est important de distinguer les différentes managed care organizations, car elles ne sont pas toutes similaires. Pre-

IL EST CRUCIAL DE FAVORISER L'INTÉGRATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION ENTRE LES HÔPITAUX ET LES SERVICES AMBULATOIRES. AUX ÉTATS- UNIS, BIEN QUE CELA NE SOIT PAS ENCORE GÉNÉRALISÉ PARTOUT, LA PLUPART DES HÔPITAUX ONT REMPORTÉ DES SUCCÈS IMPORTANTS GRÂCE À LEURS SYSTÈMES D'INFORMATION

nons par exemple le cas de la Kaiser Permanente, une organisation privée à but non lucratif, qui détient plus de 45 % de la part de marché d'Assurance maladie en Californie, avec 12,6 millions d'adhérents et 23 000 médecins. Je pense que c'est un excellent système pour ceux qui y croient. Il y a des effets d'autosélection, les adhérents qui en font partie en sont satisfaits, tout comme les médecins qui y travaillent. L'esprit de corps y est très présent. Ce type de modèle me semble prometteur pour l'avenir de l'organisation de tous les systèmes de santé en organisant les soins médicaux d'une manière bien plus intégrée et coordonnée que la médecine dite « libérale » en France qui reste organisée autour de cabinets individuels avec un minimum d'utilisation du numérique, du partage d'informations et de collaborations entre professionnels.

Bien que tous les systèmes soient perfectibles, les managed care organizations (MCO) à but non lucratif sont souvent des centres d'excellence. Le choix des assurés est toujours limité au réseau de

médecins et d'hôpitaux faisant partie du MCO. Cependant, il est possible de payer des primes plus élevées pour adhérer à un système d'Assurance maladie hybride (point of service) et de conserver la possibilité de sortir du réseau en acceptant des restes à charge bien plus élevés.

Je suis en revanche inquiet de voir un certain nombre de ces organisations privées à but lucratif et cotées en Bourse, avec tous les problèmes que cela implique. C'est une tendance préoccupante pour l'avenir du système de santé aux États-Unis, même si je défends le principe d'intégration des soins. Les opposants à ces organisations s'inquiètent de l'absence de liberté de choix du médecin et des hôpitaux pour l'assuré, mais aussi la remise en cause du principe d'indépendance professionnelle sur le choix des thérapeutiques et des protocoles. Je considère cependant que les médecins ne devraient pas avoir la liberté de prescrire tout ce qu'ils souhaitent, sans lignes directrices ni concertations. Dans les managed care organizations, les médecins peuvent se

comparer et ont accès à toutes les informations relatives aux pratiques de leurs confrères. La restriction de la liberté de prescription n'est en outre pas imposée. Ces organisations ont en effet des recommandations de bonnes pratiques qui varient en fonction des médecins qui y travaillent. Ce sont eux-mêmes, et non l'État, qui créent ces référentiels.

COMMENT APPRÉHENDEZ-VOUS LE VIEILLISSEMENT ET SES IMPACTS ? PLUS LARGEMENT, COMMENT LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN PEUT-IL INSPIRER UNE ÉVOLUTION POSITIVE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ?

Nous devons prendre en compte le vieillissement de la population, avec déjà 17 % des personnes âgées de plus de 65 ans. Il est à cet égard crucial d'intégrer pleinement les soins de santé, en mettant l'accent sur les services ambulatoires et sociaux. Nous devons réduire le recours à l'hôpital pour nous concentrer sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques à domicile lorsque cela est possible. Ce changement de paradigme ne sera cependant pas possible si des systèmes intermédiaires et des services à domicile ne sont pas développés, même si un travail est déjà engagé en la matière. Nous devons dans cette logique aller plus loin dans l'innovation technologique.

Il me semble par ailleurs que trois réflexions pourraient être menées en France. Les médecins français gagneraient, en premier lieu, à prendre conscience que la médecine à l'acte n'est pas le principe le plus important à défendre. Aux États-Unis, 75 % des médecins sont aujourd'hui salariés, dont 52 % sont employés par les hôpitaux tout en conservant une activité dans leurs cabinets qui ont été achetés par ceux-ci ou les MCOs. En général, ces médecins bénéficient d'un salaire plus élevé que s'ils étaient rémunérés à l'acte. En termes d'organisation, il est en outre

possible d'être dans une logique bien moins centralisée, tout en maintenant un rôle important de l'État, en s'inspirant des possibilités de déconcentration, de décentralisation et d'autres modes de régulation.

Enfin, il est crucial de favoriser l'intégration des systèmes d'information entre les hôpitaux et les services ambulatoires. Aux États-Unis, bien que cela ne soit pas encore généralisé partout, la plupart des hôpitaux ont remporté des succès importants grâce à leurs systèmes d'information. Dans de nombreux hôpitaux, il est par exemple possible de consulter « my chart ». Les patients peuvent ainsi accéder à tous leurs examens (radiographies, analyses de laboratoire, consultations, etc.). Lorsque cela est mis en place, notamment dans des sous-systèmes de managed care organizations, cela fonctionne très bien. Les patients peuvent ainsi devenir pleinement acteurs de leur santé en intégrant diverses informations médicales, en ayant un regard sur leur suivi et en partageant ces informations aux médecins qu'ils consultent.

UN MOT DE LA FIN ?

Les Français ont la chance d'avoir un système de Sécurité sociale protecteur, couvrant l'ensemble de la population. Il doit être apprécié, conservé et surtout modernisé pour que ses médecins puissent pratiquer une médecine de qualité qui soit beaucoup mieux coordonnée entre généralistes et spécialistes, hôpitaux et centres de santé, santé publique. Enfin, il faut continuer à développer des réseaux de soins qui prennent en compte les besoins spécifiques des populations au sein des territoires et de s'appuyer sur les ressources qui font partie de ce beau pays ■

PLUS D'INFORMATIONS SUR

[HTTPS://WAGNER.NYU.EDU/RODWIN](https://wagner.nyu.edu/rodwin)

PROPOS RECUEILLIS PAR ANAÏS FOSSIER, DIRECTRICE DES
ÉTUDES ET DES RELATIONS PUBLIQUES DU CRAPS

ALLER VERS UN CONSENSUS RAISONNABLE POUR RÉTABLIR LA CONFIANCE

PAR LE DR JEAN-MARTIN COHEN SOLAL
PRÉSIDENT DE DARGIA CONSEILS

La France est le pays, ou l'un des pays de l'Union européenne, qui dépense le plus pour la santé, les dépenses de santé augmentant chaque année plus vite que le PIB. Mais les Français ont le ressenti inverse, considèrent que les moyens accordés à la santé diminuent et ils craignent d'être de moins en moins bien soignés. Devant ce constat, tout le monde s'accorde sur le fait qu'une réforme de notre système de santé s'impose.

Ce n'est pas nouveau. Observateur et acteur du système de santé depuis plus de 45 ans, et même quand certains disaient que nous avions « le meilleur système de santé du monde », je constate que les spécialistes du secteur savaient bien que le manque d'efficience de notre

système, les immenses progrès scientifiques et technologiques, l'allongement de la durée de la vie, le développement des maladies chroniques... rendent indispensable au minimum une adaptation, sinon une profonde réforme de notre santé. En effet, les moteurs de l'inflation des dépenses de santé sont tellement forts et le resteront que ces réformes sont indispensables si on ne veut pas que le financement pèse encore plus sur les finances publiques et sociales ou même impose une augmentation du reste à charge, accroissant les inégalités. De plus, notre système est parvenu à faire face à la crise sanitaire due au Covid et a montré une grande résilience, mais cette crise a laissé des cicatrices, des séquelles.

J'ai vu travailler de nombreux ministres de la Santé et de la Protection sociale, de droite ou de gauche, et ils ont le plus souvent fait le même constat et des propositions en fait très proches. On peut faire la même remarque pour les meilleurs « experts » du monde de la santé. Par contre, tous les ministres ont eu les mêmes difficultés à mettre en œuvre les réformes qu'ils proposaient. Sans être exhaustif, je cite quelques objectifs largement partagés et qui seraient positifs si on les mettait en place ou si on les renforçait :

- développer la prévention (mesure qui figure dans tous les programmes présidentiels et législatifs depuis les années 75/80...) et surtout passer du dire au faire notamment vers une prévention ciblée,
- faire en sorte que l'hôpital ne soit plus le pilier du système,
- privilégier la qualité hospitalière aux dépens de la proximité, en restructurant le tissu hospitalier en tenant compte des évolutions techniques et de l'essor de la médecine et chirurgie ambulatoire et autres alternatives à l'hospitalisation,
- donner un vrai rôle aux usagers au niveau local,
- fluidifier les relations entre hospitalisation publique et hospitalisation privée et hospitalisation et médecine de ville,
- mieux organiser les urgences en séparant les cas qui sont ressentis comme graves mais pas médicalement urgents et les cas qui sont vraiment des urgences, (derrière le mot urgence, on confond trop souvent « vite » et « grave »),

- diminuer les pertes de chance en améliorant la qualité et la pertinence des soins,
- accélérer les délégations ou les transferts de tâches entre les différents professionnels de santé,
- améliorer l'accès de tous aux soins en développant la médecine de parcours grâce à la mise en place des maisons de santé ou des centres santé en permettant de tenir compte de la diminution du



temps médical disponible et des aspirations nouvelles des professionnels de santé et ainsi limiter les effets des « déserts médicaux »,

- augmenter plus significativement la part de la rémunération au forfait dans la rémunération en médecine de ville aux dépens du paiement à l'acte,
- accélérer l'amélioration des rémunérations et des conditions de travail des personnels de santé et du médico-social et rendre plus homogènes ces rémunérations,
- revoir la tarification à l'activité qui, après le prix de journée et le budget global, a montré ses limites et ses effets pervers,
- lutter contre la surprescription notamment de médicaments,
- rendre systématique l'utilisation d'un vrai dossier médical partagé et automatiquement alimenté, outil indispensable pour pratiquer la médecine de parcours,
- formation continue réellement obligatoire compte tenu de l'évolution de plus en plus rapide des connaissances et des techniques...

Je pourrais prolonger cette énumération d'objectifs qui ont été et sont dans la besace des ministres mais qu'ils ne parviennent pas à mettre en œuvre.

Je ne suis pas d'accord avec ceux qui disent ou écrivent que « les politiques manquent de courage », critique trop facile presque populiste qui me fait penser au fameux « y a qu'à, faut qu'on » ou le « c'était mieux avant »...

Si les ministres n'arrivent pas à atteindre plus rapidement ces objectifs pourtant nécessaires, partagés et souvent mis en œuvre avec succès d'autres pays c'est avant tout parce qu'ils ne disposent pas des leviers nécessaires pour le faire.

Le monde de la santé a trop tendance à réfléchir

en silos et à défendre des corporatismes, faisant passer au deuxième plan l'intérêt des patients. Quant à ceux-ci, ils se plaignent mais finalement ne tiennent pas à ce que ce système qu'ils connaissent bien change trop (liberté de choix du médecin, possibilité de consulter autant que l'on veut, proximité plutôt que qualité, reste à charge très faible...) et n'auraient pas très envie d'un système plus rationnel.

L'expérience politique montre qu'une réforme rationnelle sur le papier doit être acceptable tant par la majorité des professionnels et les usagers sinon elle devient une mauvaise réforme et surtout elle est remise dans les tiroirs pendant longtemps sinon définitivement.

Il est donc essentiel de trouver des alliés au sein des principaux acteurs du système puis, avec leur soutien, de convaincre par cercles concentriques. Dans le domaine de la santé, ces acteurs sont les différents professionnels de santé publics et libéraux, les représentants des établissements de santé et médicaux sociaux publics, privés et privés à but non lucratif, les représentants des collectivités locales, les usagers et aussi les « payeurs », Sécurité sociale et complémentaires santé.

Or, bien souvent, ces acteurs ont des intérêts divergents et devant la difficulté de trouver un consensus, les politiques sont contraintes de reculer.

On peut arriver à faire passer des réformes d'intérêt général et partagées à force de pédagogie et de construction de relations de confiance entre tous ces acteurs.

Vu les difficultés actuelles et celles à venir si on ne fait rien, la sagesse ne serait-elle pas que tous

ON PEUT ARRIVER À FAIRE PASSER DES RÉFORMES D'INTÉRÊT GÉNÉRAL ET PARTAGÉES À FORCE DE PÉDAGOGIE ET DE CONSTRUCTION DE RELATIONS DE CONFIANCE ENTRE TOUS CES ACTEURS

ces acteurs dans leur diversité et dans la diversité de leurs intérêts arrêtent de réfléchir en silos, n'attendent pas tout des politiques et au contraire se réunissent, trouvent un consensus raisonnable puis le proposent aux politiques.

Ils pourraient le faire autour de quelques principes tous tournés autour du patient : accès de tous aux soins, attractivité des métiers et des carrières de la santé et du médico-social, gradation des soins, réduction des inégalités, pertinence des soins, permanence des soins...

Pour avoir participé à nombre de colloques, cercles de réflexion, think tanks, eu de nombreux échanges en direct avec quasiment tous les acteurs, je sais que, au-delà des postures, des prises de paroles « obligées » et des positionnements corporatistes, tous les acteurs ont le souci de l'intérêt général.

Il faut aller vers un consensus sur l'essentiel et avancer plutôt que de camper sur des positions qui flattent ceux que l'on représente, continuer à voir le système partir à vau-l'eau et l'accès à des soins de qualité devenir de plus en plus difficile pour de plus en plus de Français. On constate d'ailleurs que, sur le terrain, les acteurs sont souvent plus pragmatiques et trouvent des solutions, mais il faut être plus ambitieux si l'on veut que nos concitoyens retrouvent confiance en l'avenir de notre système de santé.

Les échanges au sein de notre think tank où les acteurs allient compétence, sincérité et absence de langue de bois montrent que c'est un très bon lieu de construction de ce consensus raisonnable.

Espérons que 2024 permette à ce consensus de voir le jour, de dépasser les cercles de réflexion et permette aux politiques de parvenir à mettre en œuvre des réformes partagées ■





SIMPLIFIONS !

PAR ROBIN MOR
DIRECTEUR DES AFFAIRES PUBLIQUES
ET DIRECTEUR DE LA RSE DE LA MNH

La maturité de tout système a très souvent son corollaire : la complexité. Notre système de santé en sera ici une parfaite illustration.

Il suffira à notre lecteur, pour s'en convaincre, de poser sur une table un organigramme complet et exhaustif dudit système, reprenant à la fois la liste des organisations qui permettent son fonctionnement, et celles qui le pilotent, ainsi que leurs champs de compétences respectifs. Nul doute

que ce qui frappera l'observateur, même inattentif ou béotien, sera en premier lieu la multiplicité des acteurs en charge d'un bout de système (et jamais de l'ensemble). Mais, en second lieu, et très rapidement, celui-ci sera également attentif aux nombreux chevauchements, ou plutôt imbrications, de compétences, particulièrement sur les questions de régulation.

Nul doute : contrairement à ce que d'aucuns affirment dans un populisme crasseux, cet enchevêtrement n'a jamais été sciemment voulu ou souhaité, en santé comme ailleurs, et n'est pas l'œuvre d'une volonté politique ou administrative de complexification massive d'un système qui remplit un but essentiel pour notre société : soigner et prendre soin de nos concitoyens.

Non, il s'agit là, à notre sens, d'un cumul de décisions successives qui, au fil du temps, ont toutes eu leur justification ainsi que leur utilité : là pour répondre au besoin d'encadrement d'une dérive, là pour accompagner les acteurs dans une transformation, là pour protéger les usagers du système de

santé, là pour mieux associer les parties prenantes du système à sa gouvernance, etc.

Chaque décision, prise une à une, est légitime.

Mais mises bout à bout, prises sous l'angle du professionnel de santé en bout de chaîne, ou du dirigeant d'établissement, cet empilement de structures, de normes et de compétences finit

par rendre le système difficilement lisible, et donc pilotable. Il crée inévitablement une inertie de fonctionnement, de transformation, d'évolution, car toute organisation - et cela est parfaitement légitime - souhaite occuper pleinement la place qui lui a été donnée, voire dépasser parfois son champ d'intervention, et défendra bec et ongles le maintien de son périmètre d'action face à toute volonté de remise en cause, voire de suppression. Ne blâmons personne, la nature humaine nous y pousse toutes et tous.

Mais, sincèrement, est-ce toujours une action pertinente et, plus encore, utile pour le système de santé ? L'existence de telle ou telle norme ou organisation est-elle, en elle-même, une raison valable pour ne rien changer et poursuivre, à chaque nouveau texte législatif ou réglementaire, cette inflation ? Pouvons-nous encore nous permettre, en 2024, de ne pas poser sur la table la question de l'efficacité de la structuration du système de santé, et de son impact sur l'efficacité des acteurs qui, au quotidien, sur le terrain, prennent soin de nos concitoyens ? Pouvons-nous encore nous permettre, dans le contexte des finances publiques que nous connaissons, de continuer à induire des dépenses de fonctionnement, parfois iconoclastes, qui pourraient être orientées ailleurs, vers le soin ?

Cette volonté de simplification fait déjà, nous en sommes certains, largement consensus. Nombre de décideurs publics l'ont promise, l'ont glosée. Mais force est de constater que le sujet n'a pas été, jusqu'à présent, réellement pris à bras-le-corps et mis en œuvre.

N'attendez pas de votre serviteur qu'il désigne ici nommément tel ou tel texte, ou oriente vers telle ou telle décision. Non, car nous n'en avons pas la légitimité en tant que simple observatoire extérieur. En effet, cette simplification ne peut être travaillée qu'avec les acteurs de terrain : professionnels de santé, dirigeants d'établissements, entreprises qui les accompagnent au quotidien, etc.

Elle nécessite une révolution culturelle, une analyse fine de l'efficacité et de la pertinence de la norme et des organisations, de leur service rendu

aux acteurs et au fonctionnement du système de santé dans son ensemble. Une analyse qui doit être portée à toutes les échelles : du cabinet médical de ville aux centres hospitalo-universitaires, de l'EHPAD au centre médico-psycho-pédagogique, de la maison de santé pluriprofessionnelle au service d'aide à domicile, de l'agence régionale de santé au conseil départemental, du ministère de la Santé à telle ou telle agence publique...

Elle doit à la fois porter sur la norme en tant que telle, mais aussi sur sa chaîne de mise en application, car le diable se niche très souvent dans les détails. Entre la volonté du législateur de prévoir tel ou tel dispositif, et sa mise en œuvre réelle, se cache parfois une myriade de nuances qui participent in fine à complexifier le quotidien des professionnels. C'est là un véritable travail de fourmis, mais c'est celui-là même qui nous semble plus que jamais indispensable.

Alors que la santé constitue, chaque jour un peu plus, l'une des préoccupations majeures de nos concitoyens, et qu'ils rencontrent de plus en plus de difficultés à se faire soigner, toute action qui visera à donner de l'air aux acteurs, parfois à bout de souffle malgré le total engagement des femmes et des hommes qui assurent le fonctionnement du système tout entier, et qui leur permettra de dédier plus de temps à leurs patients, est bienvenue.

Qu'on se le dise : la simplification n'est en rien la panacée, mais elle constitue sans doute l'une des réponses possibles aux maux que nous connaissons aujourd'hui. Et si, dans cette logique, le prochain grand texte de santé soumis à la représentation nationale était un texte de simplification ? Un vrai ? Et si le prochain objectif fixé à chaque administration centrale ou déconcentrée était une action de simplification massive ? Et si la prochaine priorité que nous nous fixions collectivement était celle de simplifier ? Il s'agit là d'un projet que nous pensons véritablement mobilisateur, car il fait sens, car il peut redonner confiance, car il peut produire des effets immédiats à tous les étages du système de santé.

Alors, chiche ? Simplifions ! ■



MAGAZINES

12 solutions radicales pour donner une dernière chance à l'égalité de l'accès aux soins et à notre cohésion sociale...

Juin 2023

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

Ségur 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

INCONTOURNABLE – Les 11 incontournables de la Protection sociale [Textes & discours]

Novembre 2023

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
LE THINK TANK DE LA PROTECTION SOCIALE