CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°27 / JUILLET 2025

EMPLOI DES SENIORS

« C'EST UN GÂCHIS MONUMENTAL »

ASTRID PANOSYAN-BOUVET - MINISTRE DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

CRAPSLOG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS
45, rue Boissy d'Anglas - 75008 PARIS
accueil@thinktankcraps.fr
www.thinktankcraps.fr

Directeurs de publication
Didier Bazzocchi & Fabien Brisard

Président du comité éditorial
Hervé Chapron

Conception et Réalisation
Fabien Brisard, Anaïs Fossier

Relecture
Karen Platel, Pierre-Maxime Claude

Crédits Photo
Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock

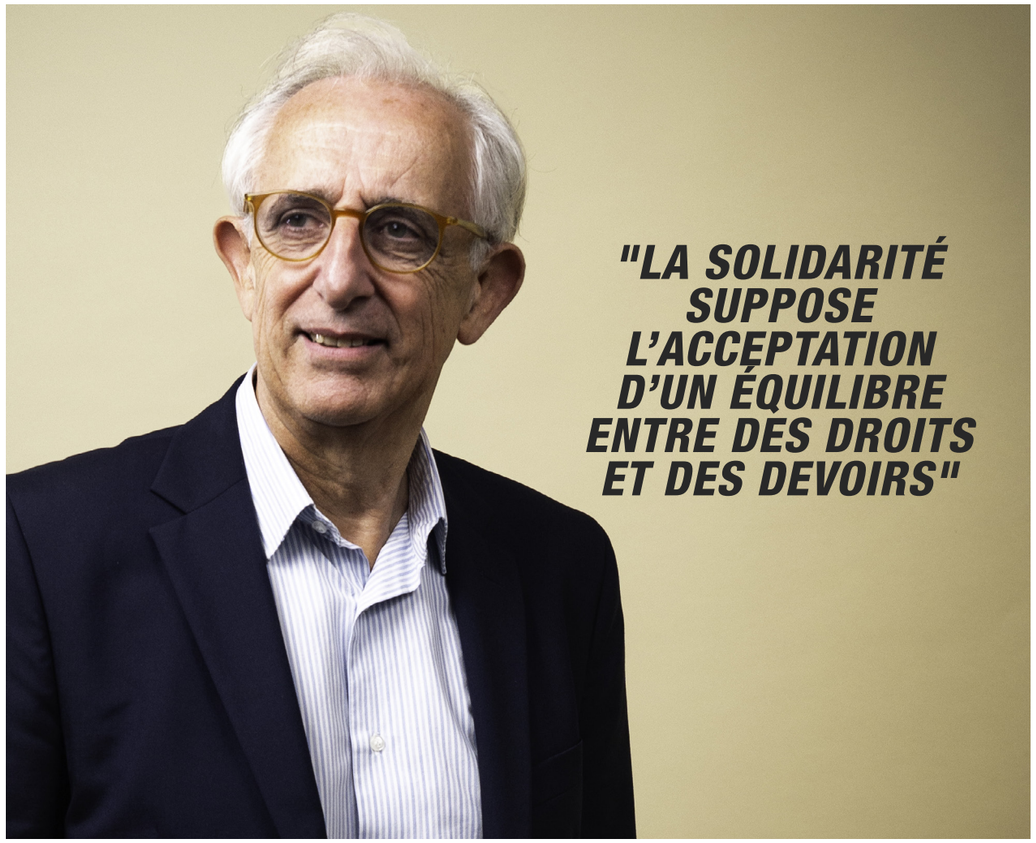
Impression
Imprimerie Chirat - Juillet 2025

Les ultimes négociations du conclave sur les retraites se concluent finalement par un échec, alors que nous nous étions pris à espérer l'apparition d'une « fumée blanche ».

Pour le moins, la très insuffisante information de nos concitoyens sur la situation réelle des régimes de retraites durant de trop longues années a contribué à la persistance d'un désaccord sur la nécessité de travailler plus pour maintenir l'activité économique du pays - ce qui du reste ne relève pas seulement de l'âge de la retraite - et par là même le pouvoir d'achat des ménages. Une dangereuse illusion sur les fondamentaux de notre économie a été entretenue par un État-providence prodigue, finançant *larga manu* l'économie par la redistribution et la redistribution par la dette, dette désormais abyssale.

Apparu en Grande-Bretagne en 1944 dans une économie de guerre, l'État-providence s'est défini comme « un système qui autorise le gouvernement d'un pays à allouer des services sociaux financés par l'impôt, tels que : soins de santé, allocations chômage, etc., aux personnes qui le nécessitent ». Issu en France du pacte social de la Libération, ce modèle de solidarité, clé de voûte du retour à la paix civile et de la reconstruction, a largement contribué aux succès de notre pays ainsi qu'à la réduction des inégalités durant les Trente Glorieuses. Son esprit universaliste et protecteur, d'abord appliqué à la généralisation de la protection sociale, s'est ensuite étendu aux politiques de l'emploi, du logement et de l'éducation, ainsi que de manière plus générale, à de nombreux domaines de l'intervention publique. Il s'est inscrit dans le mouvement keynésien de convergence entre socialisme et capitalisme.

Mais la redistribution par l'État-providence n'est pas toujours synonyme de justice sociale, telle que John Rawls ou Amartya Sen l'ont définie. Cette politique redistributive a même perdu une grande partie de son efficacité en la matière. Ainsi que l'a montré Jean Tirole, prix Nobel d'économie, le système de redistribution, l'un des piliers de l'État-providence, ne sert que très partiellement les publics ciblés, coûte très cher à la société et menace à court terme le système social auquel les Français sont attachés. Ainsi, par



exemple, avec 16 milliards d'euros en 2020, les aides au logement représentaient plus que le RSA ou la prime d'activité. Ces aides ont largement contribué à l'inflation des loyers, l'offre n'ayant pas suivi car la rente foncière a été protégée et les constructions en hauteur limitées. Au final, ces politiques de redistribution n'ont que peu profité à leurs destinataires et impliquent un niveau élevé de dépense publique, qui pourrait être utilisé autrement.

Or, face aux défis majeurs de nature technologique, géopolitique et climatique que notre pays doit affronter, les enjeux sont nombreux. Ne faut-il pas notamment augmenter les dépenses d'avenir (enseignement, recherche, infrastructures numériques, etc.), prendre en charge les besoins du grand âge, favoriser l'intégration sociale des plus pauvres, créer les conditions d'un accès approprié aux soins, accompagner les jeunes à la recherche d'un premier emploi, mettre fin à l'appauvrissement des classes moyennes… ?

La protection sociale et la santé relèvent de choix de long terme. L'exercice de la solidarité suppose l'acceptation d'un équilibre entre des droits et des devoirs, de l'explication, de l'information et de la proximité. Si la représentation nationale et l'État doivent bien évidement être les garants du système de protection sociale, ciment du pacte républicain, l'État en est-il un gestionnaire avisé, sous la double contrainte de choix partisans et de l'annualité budgétaire ? La réponse est dans la question. Alors que les régimes de retraite de base sont enferrés dans une crise chronique, l'Agirc-Arrco, gérée sous la forme d'une assurance sociale par les partenaires sociaux, est quant à elle à l'équilibre. Côté santé, l'accès aux soins recule dramatiquement et l'hôpital est en crise. N'est-ce pas la démonstration incontestable qu'il ne faut pas laisser le citoyen seul face à l'État, mais que les corps sociaux, placés devant des responsabilités, peuvent et savent gérer la mise en œuvre d'une politique publique en matière de protection sociale ou de santé ? Certes, lorsqu'on leur demande de régler en quelques semaines des problèmes enkystés depuis des décennies, ils n'y parviennent pas toujours ! Mais avons-nous d'autres choix aujourd'hui que l'émergence d'un pacte social refondé, reposant sur la négociation, la recherche du consensus, la confiance et la gestion attentive du bien commun, toutes choses nécessaires à la survie de notre système de protection sociale ? Bonne lecture ! ■

SOMMAIRE

L'IMAGE 8

LE CRAPS REÇOIT ÉDOUARD PHILIPPE

FOCUS 10

LA TVA SOCIALE POUR FINANCER LA PROTECTION SOCIALE ?

ITW 12

ASTRID PANOSYAN-BOUVET, MINISTRE DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

DOSSIER 26

PARLONS DU CONTRAT SOCIAL

ITW 32

ANNE-LAURE TORRESIN, DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA CCMSA

DOSSIER 38

« SUBIR LE SYSTÈME DE SANTÉ À HORIZON 10 ANS ? LES FRANÇAIS SONNENT L'ALERTE ! »

ITW 42

STÉPHANE JUNIQUE, PRÉSIDENT DU GROUPE VYV

TRIBUNE 47

MYLÈNE BONNEL, ADMINISTRATRICE DU GROUPE VYV

TRIBUNE 50

PROTECTION SOCIALE COLLECTIVE : L'ABSURDE COMPLEXITÉ D'UN SYSTÈME À BOUT DE SOUFFLE

TRIBUNE 52

L'EUROPE DOIT CONSTRUIRE UN MODÈLE DE « SOLI-DATA-RITÉ »

TRIBUNE 55

L'ENTREPRISE LIBÉRALE AUGMENTÉE SERA L'ENTREPRISE LIBÉRALE DE DEMAIN

TRIBUNE 57

VERS UNE DÉCENTRALISATION DES URGENCES LÉGÈRES

DOSSIER 61

L'EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ EN FRANCE

TRIBUNE 66

LA BIOLOGIE MÉDICALE EN FRANCE : SIMPLE PRESTATAIRE DE DONNÉES DE SANTÉ ?

TRIBUNE 69

RÉÉCRIRE LE CONTRAT RESPONSABLE : UNE NÉCESSITÉ

SOMMAIRE

TRIBUNE 72

LA SITUATION DE LA CNRACL : CHRONIQUE D'UN DÉSASTRE ÉVITABLE

TRIBUNE 77

PLUS DE PROTECTION SOCIALE POUR DAVANTAGE D'ATTRACTIVITÉ POUR NOS HÔPITAUX

TRIBUNE 81

INNOVATION EN SANTÉ, COMMENT TROUVER UN ÉQUILIBRE ENTRE ACCÈS ET PERTINENCE

TRIBUNE 86

LA FRAUDE À LA CARTE VITALE OU LE MYTHE DES CARTES SURNUMÉRAIRES

ITW 91

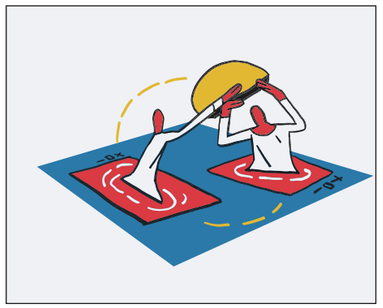
MATTHIEU SAINTON, ASSOCIÉ CHEZ EUROGROUP CONSULTING ET DAVID OLLIVIER-LANNUZEL, PRÉSIDENT DE L'UROPS

TRIBUNE 94

EFFICIENCE DES SOINS EN FRANCE, LA TÉLÉSANTÉ UN LEVIER À PORTÉE DE MAIN

TRIBUNE 100

UNE APPROCHE PLURIANNUELLE POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ



DOSSIER 102

QUEL RÔLE LES ACTEURS DE L'INTÉRIM DANS L'ACCOMPAGNEMENT VERS LE RETOUR À L'EMPLOI ET QUELLE COMPLÉMENTARITÉ AVEC FRANCE TRAVAIL ?

ITW 107

AYMERIC MORIN, DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT EN CHARGE DE L'OFFRE DE SERVICES DE FRANCE TRAVAIL

ITW 110

CAMILLE GUEZENNEC ET JULIA PAJOT - THE ADECCO GROUP FRANCE

ITW 115

SAMUEL TUAL, PRÉSIDENT DU GROUPE ACTUAL ET VICE-PRÉSIDENT DU MEDEF

ITW 119

TÉRENCE HAMEL ET LILA SAFRAOUI - GROUPE ADÉQUAT

TRIBUNE 123

LA CHRONICISATION DE CERTAINS CANCERS MÉTASTATIQUES : UN DÉFI POUR LES MALADES ET LA SOCIÉTÉ

ITW 126

NICOLAS SALVI, DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

TRIBUNE 137

CHRONIQUE D'UNE PERTE D'AUTONOMIE ORDINAIRE FACE AUX ÉCUEILS D'UN SYSTÈME DISPERSÉ

TRIBUNE 142

PARTAGE DE COMPÉTENCES DANS LA SANTÉ VISUELLE : UN EXEMPLE POUR DEMAIN

ITW 146

LAURENT GALLET, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ENIM

TRIBUNE 148

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE, IA ET COMPLEXITÉ RÉGLEMENTAIRE

TRIBUNE 152

LES ÉTATS-UNIS FRAGILISENT LA LÉGITIMITÉ DE LA RECHERCHE ET LA CONFIANCE ENVERS L'INNOVATION EN SANTÉ

LES
DÎNERS
DU CRAPS

Édouard Philippe, ancien Premier ministre et Président d'Horizons interrogé par le Président et le Président d'honneur du CRAPS, Didier Bazzocchi et Jean-Paul Ségade - mars 2025.

LA TVA SOCIALE POUR FINANCER LA PROTECTION SOCIALE ?

Lors de son allocution du 13 mai dernier, le président de la République a rouvert le débat sur la TVA sociale. Estimant que le modèle social français « repose trop sur le travail » et affirmant que « c'est vers les cotisations qu'il faut aller chercher plutôt que vers les contributions », il propose ainsi de revoir les modalités de financement de la protection sociale.

Dans cette perspective, la TVA sociale apparaît pour certains de ses partisans comme un levier fiscal visant à rééquilibrer les sources de financement. Il s'agit d'une mesure consistant à augmenter le taux de TVA pour financer les dépenses sociales, tout en allégeant en parallèle le coût du travail par la baisse des charges sociales supportées par les entreprises.

Concrètement, l'objectif est de modifier les mécanismes de financement de la protection sociale en remplaçant certaines cotisations sociales patronales, aujourd'hui assises sur les salaires, par des points de TVA supplémentaires, qui, eux, reposent sur les dépenses de consommation des ménages. Ce changement de logique repose sur l'idée de faire financer une part de la protection sociale par la consommation plutôt que par le travail.

Ce projet, toutefois, n'est pas inédit puisqu'il avait déjà été porté par Nicolas Sarkozy en 2007, avant d'être finalement adopté en 2012. François Hollande, qui avait axé une partie de sa campagne contre cette réforme jugée « inopportune, injuste, infondée et improvisée », l'avait ensuite abrogée dès son arrivée à l'Élysée. ■

CE QU'ILS EN PENSENT...

SOPHIE BINET
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE LA CGT

fustige l'instauration d'une TVA sociale qui serait « inacceptable », puisqu'elle « ferait encore baisser le pouvoir d'achat des salariés ».

dénonce un « impôt le plus inégalitaire qui soit » en pesant indifféremment « sur tout un chacun, quel que soit le niveau de revenu ». In fine, l'augmenter reviendra à demander un effort plus important pour « les plus modestes ». Il alerte par ailleurs sur les risques d'une étatisation accrue de la Sécurité sociale, puisqu'une « TVA sociale » signifierait « la fin du paritarisme », l'État devenant « seul maître à bord pour décider des recettes et de l'affectation des dépenses ».

ÉRIC GAUTRON
SECRÉTAIRE CONFÉDÉRAL DE FORCE OUVRIÈRE

évoque de son côté un projet « injuste » en touchant « les plus faibles » et rappelle que « c'est une ressource à la main des pouvoirs publics ». Ils en font ce qu'ils veulent, si bien qu'on n'a aucune assurance qu'ils l'attribuent pour couvrir la perte de recettes sociales liée à la diminution des cotisations».

DOMINIQUE CORONA
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT DE L'UNSA

JOCELYNE CABANAL
SECRÉTAIRE NATIONALE DE LA CFDT

alerte également sur le fait que « la TVA sociale revient à financer la « Sécu » par des mécanismes antiredistributifs » et juge « illusoire » l'idée que l'État réallouerait l'intégralité de ces recettes à la protection sociale, considérant qu'il « serait tenté d'en conserver une partie, pour résorber son déficit ou apporter des crédits à différentes politiques qui en ont grand besoin ». « La compétition à la ressource fiscale est trop forte, dans une période où les comptes publics sont très dégradés ».

PATRICK MARTIN
PRÉSIDENT DU MEDEF

rappelle que la TVA sociale existe déjà. « Il y a 54 milliards d'euros de protection sociale qui sont financés par la TVA. » En outre, si on veut « redonner du souffle, de la dynamique à notre économie, il faut s'intéresser à ce sujet de la TVA sociale » afin de « transférer une partie du financement de la protection sociale vers la fiscalité ».

considère quant à lui que nous avons aujourd'hui « des prestations d'assurance maladie et familiales universelles alors qu'autrefois, elles étaient liées à l'activité et aux cotisations sociales. Donc, elles pourraient très bien être financées par l'impôt ».

FRANÇOIS ECALLE
SPÉCIALISTE DES FINANCES PUBLIQUES

INTER-VIEW

ASTRID PANOSYAN-BOUVET

MINISTRE DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI

« CHANGER LA LOI, CHANGER LES RÉGARDS ET CHANGER LES PRATIQUES »

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE FRANCE TRAVAIL DÉNONCE RÉGULIÈREMENT UN CERTAIN « BASHING » AUTOUR DE L'INSTITUTION. RAPPELONS QUE LA CRÉATION DE PÔLE EMPLOI, EN 2008, AVAIT ÉTÉ QUALIFIÉE DE PLUS GRANDE RÉFORME ADMINISTRATIVE DEPUIS 1945 PAR LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT À L'EMPLOI DE L'ÉPOQUE, LAURENT WAUQUIEZ. QUEL BILAN TIREZ-VOUS AUJOURD'HUI DE CET ORGANISME PUBLIC, DONT L'OBJECTIF INITIAL ÉTAIT L'ATTEINTE DU PLEIN-EMPLOI ?

Les agents de France Travail que je rencontre sur le terrain sont des femmes et des hommes engagés avec le sens du service public chevillé au corps. Il faut du courage et de la conviction pour accompagner au quotidien des personnes dans le moment de vulnérabilité qu'est le chômage. J'aimerais voir les détracteurs passer une seule journée dans l'un de leurs bureaux.

Je veux d'abord regarder ce qui va mieux depuis plusieurs années : fin 2024, 8 demandeurs d'emploi et 9 entreprises sur 10 jugent positivement leur accompagnement par France Travail. Ce n'est pas anecdotique. France Travail n'est plus le simple guichet qu'il était il y a quelques années encore : c'est un acteur de terrain, qui innove, qui va au-devant des employeurs, qui tisse des partenariats locaux. C'est une organisation en mouvement, au service du plein-emploi.

Cela étant dit, évidemment, comme ailleurs et comme toujours, il y a des marges de progrès. France Travail peut, et doit, aller chercher des gains d'efficacité, grâce à l'IA par exemple. Il faut aussi simplifier encore le parcours des usagers, poursuivre l'intégration avec les autres acteurs du réseau pour l'emploi et améliorer le lien avec les entreprises, surtout les TPE-PME, qui ne savent pas toujours comment mobiliser les services de France Travail, tout en accueillant mieux les nouveaux publics, comme les bénéficiaires du RSA notamment. La feuille de route est claire.

NE SERAIT-IL PAS OPPORTUN DE TERRITORIALISER DAVANTAGE LES POLITIQUES DE L'EMPLOI AFIN D'ADAPTER PLUS FINEMENT LES DISPOSITIFS AUX RÉALITÉS

« LA TERRITORIALISATION DES POLITIQUES DE L'EMPLOI EST UNE NÉCESSITÉ : LES TISSUS ÉCONOMIQUES, LES DÉMOGRAPHIES ET DONC LES RÉALITÉS DE L'EMPLOI NE SONT PAS DU TOUT LES MÊMES DANS DES RÉGIONS PROCHES DU PLEIN-EMPLOI COMME LA BRETAGNE, DANS CELLES OÙ LE TAUX DE CHÔMAGE AVOISINE LES 9% COMME LES HAUTS-DE-FRANCE »

ET AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DE CHAQUE TERRITOIRE ?

La territorialisation des politiques de l'emploi est une nécessité : les tissus économiques, les démographies et donc les réalités de l'emploi ne sont pas du tout les mêmes dans des régions proches du plein-emploi comme la Bretagne, dans celles où le taux de chômage avoisine les 9% comme les Hauts-de-France ou dans les Outre-mer où il dépasse parfois les 15%.

Territorialiser ne veut pas dire déléguer sans cadre. Ce cadre national cohérent est important pour maintenir une certaine uniformité dans l'accès aux droits et aux services pour tous les jeunes en formation et les actifs, quel que soit leur lieu de résidence.

Mais ce que nous faisons aujourd'hui, et qui s'inscrit dans les prérogatives régionales issues de la Loi plein-emploi, c'est que l'État fixe le cap et le cadre puis les acteurs territoriaux ajustent les dispositifs de formation et d'accompagnement vers l'emploi au plus près des besoins. Les compétences des collectivités territoriales, et notamment des régions et des départements, sont fondamentales en la matière et je me réjouis de la dynamique commune engagée grâce à la réforme de 2023.

Cette logique va en effet plus loin que la simple « territorialisation ». Il est aussi question d'« intégration » - avec l'instauration des comités départementaux et régionaux pour l'emploi qui rassemblent toutes les parties prenantes - et de « travail en réseau » - que l'on retrouve par exemple dans le réseau pour l'emploi autour de France Travail avec les missions locales, Cap emploi… Elle pourrait aller plus loin encore dans le cadre d'expérimentations avec des régions volontaires pour faire d'elles des chefs de file dans l'achat de formations pour les demandeurs d'emploi, par exemple, pour gagner en efficacité et en économie, en évitant les duplications avec l'État.

C'est un peu la même idée de faire confiance à ceux qui sont en première ligne que l'on retrouve d'ailleurs dans la réforme du financement de l'apprentissage que j'ai menée ces derniers mois. Les branches ont maintenant beaucoup plus de latitude pour réellement piloter la formation via la liberté de choix accrue qu'elles ont quant au niveau de prise en charge des formations en apprentissage.

Ce qui est en jeu dans tout ceci, c'est à la fois une plus grande adéquation - j'assume parfaitement ce terme - entre compétences et besoins des entreprises et une plus grande réactivité face aux évolutions de ces besoins dans le temps.

LA DISTORSION ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE D'EMPLOI RESTE UN DÉFI STRUCTUREL. LE DURCISSEMENT DES RÈGLES D'INDEMNISATION DU CHÔMAGE EST L'UNE DES RÉCENTES RÉPONSES APPORTÉES. TOUTEFOIS, DE NOMBREUX FREINS À LA MOBILITÉ - COMME LE

LOGEMENT - RELÈVENT DE FACTEURS EXOGÈNES. SELON VOUS, L'OFFRE DE LOGEMENT NE DEVRAIT-ELLE PAS ÊTRE DAVANTAGE ARTICULÉE AVEC CELLE D'EMPLOI ? ET SI OUI, PAR QUELS LEVIERS CONCRETS ?

Je pense que ne parler que de logement est restrictif. Il faut prendre quelques pas de recul pour considérer la multiplicité et la diversité des freins à l'emploi. Il y a le logement bien sûr, mais aussi le transport, la garde d'enfant, la santé, la maîtrise de la langue française, les situations d'illettrisme et d'illectronisme ou encore d'aidance familiale…

Les données sur le sujet sont parcellaires et fragmentées, mais selon France Travail, en 2022, 2,1 millions de demandeurs d'emploi étaient concernés par au moins un frein à l'emploi, soit 35% des inscrits à France Travail. 80% des bénéficiaires du RSA pour lesquels un diagnostic socio-professionnel a été fait ont été confrontés à des freins à l'emploi, et un tiers d'entre eux cumulent trois freins ou plus. 150 000 femmes sortent de manière durable du monde du travail chaque année faute de solutions de garde d'enfant.

Une première façon de s'attaquer au problème, c'est d'adapter le chemin vers l'emploi pour chacun de ceux qui en sont éloignés. Pour les bénéficiaires du RSA, par exemple, l'accompagnement peut être professionnel - quand les freins sont vraiment de l'ordre des compétences, de la capacité à les mettre en avant… - mais il peut aussi être social ou socio-professionnel - quand, justement, ce sont les freins « périphériques » qui empêchent l'emploi. Nous sommes sortis, et c'est une bonne chose, d'une logique de « taille unique » qui devrait convenir à chacun sans vraiment convenir à personne. L'important, quand c'est possible, est de s'attaquer aux freins à l'emploi en même temps que la mise en formation ou en emploi, car c'est dans cette dynamique-là que les freins se lèvent le plus facilement.

Une seconde façon de s'attaquer au problème, c'est de traiter les freins un par un pour tout le monde : accélérer sur la mobilisation de France Travail et des entreprises pour adapter la recherche d'emploi et le travail aux besoins des aidants, refondre le dispositif des crèches à vocation d'insertion professionnelle pour la garde d'enfant, faire davantage connaître et favoriser le recours aux outils développés par l'ANLCI pour lutter contre l'illettrisme… Il faut travailler sur ce sujet avec une boussole : être sélectif dans les combats et faire en priorité ce qui aura un impact rapide pour les bénéficiaires.

150 000

FEMMES SORTENT DE MANIÈRE DURABLE DU MONDE DU TRAVAIL CHAQUE ANNÉE FAUTE DE SOLUTIONS DE GARDE D'ENFANT

MALGRÉ DE NOMBREUSES RÉFORMES EN MATIÈRE DE FORMATION PROFESSIONNELLE ET D'APPRENTISSAGE, LA PERSISTANCE DES DÉSÉQUILIBRES SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL INTERROGE. LES RÉSULTATS RESTENT EN DEÇÀ DES ATTENTES, MALGRÉ DES BUDGETS CONSÉQUENTS. À QUOI L'ATTRIBUEZ-VOUS ? ET QUELLES PISTES D'AMÉLIORATION PRIVILÉGIEZ-VOUS AUJOURD'HUI ?

Dans sa dernière évaluation des compétences des adultes en 2023, l'OCDE montre que les compétences des 16-65 ans dans les domaines clés en matière de traitement de l'information (littératie, numératie, résolution de problème) - c'est-à-dire globalement des compétences professionnelles de base - ont stagné en 10 ans ; les résultats de la France se sont, eux, dégradés et sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE dans tous les domaines. C'est pour partie une question d'éducation initiale.

Ensuite, plus d'un employeur sur deux qui ne trouve pas rapidement de profil via France Travail affirme que c'est une question d'expérience et de diplôme. Et nous avons un stock relativement stable de trimestre en trimestre de plus de 450 000 emplois non pourvus et de plus de 2 millions de demandeurs d'emploi, dont certains de longue durée.

Cela nous dit deux choses. D'une part, nous pouvons faire mieux en termes d'adéquation entre les compétences développées par la formation professionnelle continue et les besoins réels de l'économie. C'est le sens, je le disais, de la réforme du financement de l'apprentissage ou de la territorialisation des politiques formation-emploi. C'est aussi le sens de l'ouverture du CPF aux dotations complémentaires que j'ai lancée à l'automne dernier : ce que les travailleurs financent avec leurs CPF peut être complété par un financement d'entreprise, de branche ou de collectivité territoriale quand cela répond précisément aux besoins de l'économie - un abondement gagnant-gagnant en somme, avec aussi la neutralisation du ticket modérateur. C'est enfin l'objet de l'augmentation des formations avant embauche que France Travail finance avec son budget et une part du plan d'investissement dans les compétences. L'accès des entreprises a été simplifié et je demande à France Travail d'aller plus loin encore, pour les TPE-PME notamment.

D'autre part, cela montre à quel point nous sommes, à l'inverse du monde anglo-saxon, encore culturellement très - trop ! - ancrés sur le diplôme obtenu par une formation longue et la compétence certifiée par un cursus académique plutôt que par l'expérience. Pour lutter contre ça, avec Catherine Vautrin et Élisabeth Borne, nous sommes en train de refondre France VAE ; cela permettra de vraiment donner de la valeur à l'expérience, tout en respectant le rôle encore central de signal qu'est la certification pour les employeurs. De même, lors de toutes mes interventions, j'incite les acteurs de l'emploi - ceux de l'IAE par exemple - à vraiment se rapprocher des entreprises ; ce sont deux mondes qui sont censés se parler, se faire confiance, travailler l'un pour l'autre, et ça n'est pas encore le cas. Enfin, je pense qu'il faut que les acteurs de la formation aillent beaucoup plus sur des modèles de formations théoriques courtes sur les compétences de base avec une mise en situation en entreprise juste après pour apprendre le reste des compétences. Ceux qui le font ont des taux d'insertion de plus de 80%. Je suis persuadée que les opportunités pédagogiques de l'IA pour la formation vont transformer très fortement la séparation actuelle entre temps de formation continue et temps en situation concrète. C'est le sens aussi de la négociation que j'ai proposée avec Catherine Vautrin aux partenaires sociaux sur la simplification des dispositifs de reconversion, en mettant l'alternance au cœur de la démarche.

L'UBÉRISATION DE L'ÉCONOMIE, TOUT COMME L'ÉMERGENCE DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE, NE SE CONTENTENT PAS DE TRANSFORMER LE MONDE DU TRAVAIL : ELLES L'IMPACTENT EN PROFONDEUR. FACE À LA DESTRUCTION ANNONCÉE DE CERTAINS EMPLOIS, À LA PÉNURIE DE COMPÉTENCES TECHNIQUES COMME LES INGÉNIEURS, QUELLES RÉPONSES FAUT-IL DÈS AUJOURD'HUI ANTICIPER ? FORMATION, ÉDUCATION, INDEMNISATION : QUELLES SONT, SELON VOUS, LES PRIORITÉS ? QUELLES OPPORTUNITÉS ET QUELS OBSTACLES IDENTIFIEZ-VOUS ? DANS QUELS DÉLAIS ENVISAGEZ-VOUS DE LES METTRE EN ŒUVRE ?

L'« uberisation » et la transformation du monde du travail par l'IA sont deux sujets bien différents. Sur l'émergence du travail indépendant qui contourne les structures traditionnelles de l'entreprise, des syndicats, des normes parfois, l'impératif pour moi est de continuer de chercher un équilibre entre deux choses également importantes. D'une part, la liberté d'entreprendre : ce modèle convient bien à beaucoup de travailleurs pour des raisons qui leur sont propres et il est parfaitement respectable quand il est choisi. D'autre part, la protection sociale : pour que le travail, quel qu'il soit, continue de participer à la prospérité collective et de garder son rôle assurantiel pour l'individu.

Pour l'IA, l'enjeu principal à mon sens est celui de l'adoption par les entreprises de manière systématique, structurée, fiable et éthique. Or, la France n'a historiquement pas été à la pointe de l'adoption de la robotique et du numérique. Résultats : des gains de productivité assez faibles ces dernières décennies. Aujourd'hui, du fait de la structure de notre économie et de cette relativement faible propension à adopter la technologie, l'OCDE nous prédit des gains de productivité parmi les plus faibles du G7, 2 à 5 fois moins importants que les États-Unis en tête de classement. Une récente étude menée par Adecco montre à quel point les patrons sont assez peu engagés dans cette dynamique d'intégration de l'IA : faible appétence à la comprendre et à l'intégrer dans leurs processus business cœur, préférence pour le recrutement d'experts externes plutôt que développement des compétences en interne. 30 à 40% des entreprises françaises utilisent ou créent des IA aujourd'hui. C'est un taux d'adoption faible par rapport aux 60% d'Amérique du Nord. 53% des actifs disent recourir à l'IA au travail mais dans un cadre généralement peu structuré (« shadow AI », IA « honteuse »). Il faut donc avoir l'humilité de se dire que nous ne partons clairement pas en pole position.

« LA DIRECTION QUE NOUS VOULONS, COMME NATION, FAIRE PRENDRE À NOTRE PROTECTION SOCIALE NÉCESSITE UNE DISCUSSION APPROFONDIE, SÉRIEUSE, APAISÉE ENTRE POLITIQUES, ÉCONOMISTES ET PARTENAIRES SOCIAUX ET C'EST POUR CELA QUE NOUS SOMMES EN TRAIN DE TRAVAILLER À UNE CONFÉRENCE SOCIALE SUR LE SUJET »

Du côté de l'offre, les acteurs de la tech, en particulier français, si nous voulons des solutions souveraines, doivent donc continuer de développer les produits dont les entreprises ont besoin. Du côté de la demande - qui est principalement là où mon ministère peut intervenir - nous travaillons à mettre en place des fondations solides sur les référentiels de compétences et former toutes les catégories d'actifs : apprentis, demandeurs d'emploi, managers et dirigeants d'entreprises. Le train de l'IA ne passera pas deux fois. C'est le moment de monter dedans pour ensuite, au fur et à mesure des impacts observés sur le travail et sur l'emploi, ajuster nos politiques et nos pratiques.

LES DÉFICITS PUBLICS, Y COMPRIS CEUX DES COMPTES SOCIAUX, APPELLENT UNE RÉFLEXION SUR LE FINANCEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE. LA « TVA SOCIALE » REVIENT DANS LE DÉBAT PUBLIC. PENSEZ-VOUS QUE CET OUTIL, EN ALLÉGEANT LE COÛT DU TRAVAIL, POURRAIT INDIRECTEMENT - MÊME EN L'ABSENCE DE CROISSANCE FORTE - FAVORISER LA COMPÉTITIVITÉ DES ENTREPRISES, CRÉER DE L'EMPLOI ET CONTRIBUER À RÉDUIRE LE CHÔMAGE ?

En France, le financement de la protection sociale pèse de manière lourde sur le travail - 65% des recettes en proviennent - alors que ce financement est aussi fléché vers des risques dits « universels » (santé, dépendance, famille) qui ne concernent pas que les travailleurs. Le résultat est un écart important entre le coût employeur super-brut et le net dans la poche du travailleur. Cela affecte à la fois le coût du travail pour l'entreprise et le pouvoir d'achat pour le salarié.

Cela étant dit, il y a trois questions indépendantes auxquelles nous devons collectivement répondre et qu'il ne faut pas mélanger. La première est celle du montant de la protection sociale : où est l'équilibre entre solidarité nationale et responsabilité individuelle, dépensons-nous ce que nous devons dépenser ou pouvons-nous faire des économies et comment ? Ensuite, que voulons-nous faire assurer par le travail ? Cela nous permettra de déterminer si les cotisations peuvent être diminuées, lesquelles et de combien. Enfin, comment financer ce qui ne serait plus financé par le travail ?

La réalité est que la TVA sociale - la consommation donc - est seulement un outil parmi d'autres ; des sources de financement alternatives sont nombreuses : capital, héritage, rente, foncier, immobilier... Chacune de ces options a des avantages et des inconvénients sociaux, économiques, politiques, ainsi que des gagnants et des perdants.

Je ne me prononcerai pas à ce stade sur une préférence pour tel ou tel mécanisme. Nous allons fêter les 80 ans de la Sécurité sociale en octobre prochain. La direction que nous voulons, comme nation, faire prendre à notre protection sociale nécessite une discussion approfondie, sérieuse, apaisée entre politiques, économistes et partenaires sociaux et c'est pour cela que nous sommes en train de travailler à une conférence sociale sur le sujet.

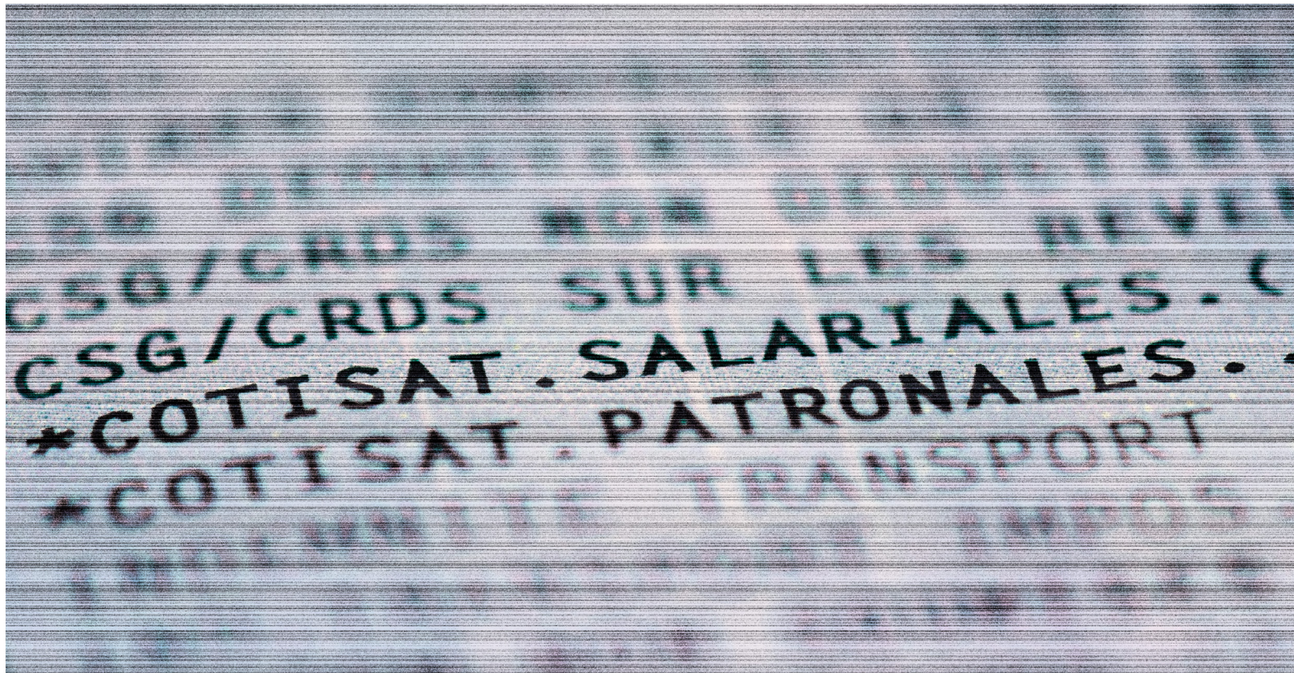
LE FAIBLE TAUX D'EMPLOI DES SENIORS DEVIENT PRÉOCCUPANT, ALORS QU'IL Y A VINGT-CINQ ANS, LES PRÉRETRAITES ÉTAIENT FRÉQUENTES. DANS UN CONTEXTE DE CROISSANCE MOLLE ET DE RÉINDUSTRIALISATION DIFFICILE, EST-IL RÉALISTE D'OPÉRER LE REVIREMENT NÉCESSAIRE ? QUELS LEVIERS POURRAIENT AMÉLIORER L'EMPLOYABILITÉ DES SENIORS ?

C'est à la fois réaliste et impératif. Une croissance dynamique n'est pas un prérequis pour l'emploi des travailleurs expérimentés, c'est pour partie une conséquence positive de celui-ci.

Je veux rappeler que le taux d'emploi en France n'a jamais été aussi élevé et que c'est aussi le cas pour le taux d'emploi des seniors. Ce dernier a augmenté de plus de 3 points en 2024 pour les 60-64 ans. Il faut le dire, c'est grâce notamment à la réforme des retraites. Mais il est vrai qu'il reste beaucoup plus faible que certains de nos voisins européens.

C'est un gâchis monumental : humain, avec des fins de carrière angoissantes et économique car nous nous privons de savoir-faire et de forces productives et contributives.

L'enjeu est double : relancer une dynamique de recrutement pour les salariés expérimentés et favoriser le maintien en



emploi. Pour y répondre, je viens de lancer une grande initiative avec trois ambitions claires : changer la loi, changer les regards et changer les pratiques.

Changer la loi, c'est ce que le Parlement fait en ce moment. J'y ai présenté fin mai un texte qui transpose l'accord national interprofessionnel des partenaires sociaux de novembre dernier. Il prévoit, par exemple, la mise en place du contrat de valorisation de l'expérience pour les demandeurs d'emploi de plus de 60 ans qui donne une plus grande lisibilité à l'employeur sur le départ de l'employé à la retraite et lève ainsi un frein au recrutement, le décalage de l'ouverture de la retraite progressive de 62 à 60 ans pour faciliter le glissement progressif vers la retraite, ou encore le renforcement de l'entretien de mi-carrière pour envisager plus systématiquement les ajustements à faire pour permettre une fin de carrière sereine.

Changer les regards, c'est ce que nous faisons avec la grande campagne de communication que je viens de lancer. Il s'agit de déconstruire les stéréotypes liés à l'âge - l'âge qui est le premier facteur de discrimination dans le monde du travail. Il faut sortir de l'idée ravageuse qui date des pré-retraites de Raymond Barre que passé 50 ans, on n'a plus tout à fait sa place en entreprise, et au contraire favoriser la prise de conscience qu'un travailleur expérimenté, c'est avant tout de la fiabilité, de l'expérience, une meilleure gestion du stress, un « toucher de balle » qu'on n'a pas nécessairement à 20 ou 30 ans, déjà 20 ans d'expérience du numérique… Bref, que l'expérience a de la valeur.

Changer les pratiques, enfin, c'est ce que nous faisons avec la publication d'un guide pratique pour les employeurs sur le recrutement et le maintien en emploi, un site Internet pour ces mêmes employeurs et pour les salariés expérimentés plein de conseils pratiques et d'outils. Et c'est ce que nous incarnons avec des évènements dans toute la France tout au long du mois de juin et juillet.

C'est la première fois que l'on met autour de la table les partenaires sociaux, les entreprises, les services déconcentrés, France Travail, l'APEC, des collectifs comme l'Association nationale des DRH ou Les entreprises s'engagent. Et ce n'est que le début. Nous n'avons plus le temps d'attendre !

« IL FAUT SORTIR DE L'IDÉE RAVAGEUSE QUI DATE DES PRÉ-RETRAITES DE RAYMOND BARRE QUE PASSÉ 50 ANS, ON N'A PLUS TOUT À FAIT SA PLACE EN ENTREPRISE, ET AU CONTRAIRE FAVORISER LA PRISE DE CONSCIENCE QU'UN TRAVAILLEUR EXPÉRIMENTÉ, C'EST AVANT TOUT DE LA FIABILITÉ, DE L'EXPÉRIENCE, UNE MEILLEURE GESTION DU STRESS »

LA LISTE ACTUALISÉE DES MÉTIERS EN TENSION A ÉTÉ PUBLIÉE EN MAI AFIN D'AIDER LES RECRUTEURS DANS LES DIFFÉRENTS BASSINS D'EMPLOI. QUELS SONT, SELON VOUS, LES PRINCIPAUX ENJEUX LIÉS À CETTE LISTE ? ET QUELS AUTRES LEVIERS LES POUVOIRS PUBLICS POURRAIENT-ILS ACTIVER POUR PALLIER LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE DANS CERTAINS SECTEURS CLÉS COMME LE MÉDICO-SOCIAL, LE BTP OU ENCORE L'HÔTELLERIE-RESTAURATION ?

La liste actualisée des métiers en tension publiée en mai a une finalité : elle permet, sous réserve d'autres éléments d'appréciation à la main des préfectures, la régularisation des travailleurs étrangers en situation irrégulière exerçant un métier qui y figure.

Elle n'a aucune vocation à être la réponse principale aux tensions de recrutement observée dans certains métiers - le BTP, le médico-social ou l'hôtellerie-restauration pour ne citer qu'eux.

En particulier, elle n'exonère pas l'État de travailler sur l'accès à l'emploi des étrangers établis légalement en France. Les mois qui suivent l'arrivée légale d'un étranger en situation de chômage sont déterminants dans son parcours d'intégration, y compris professionnelle. Le taux de chômage des étrangers en situation régulière est de 4 points supérieur à celui de l'ensemble de la population et il est tiré à la hausse par le chômage des femmes immigrées. C'est en partie parce que leur accompagnement immédiat vers l'emploi est insuffisant. Une meilleure prise en charge des primo-arrivants est donc nécessaire. C'est le sens de la circulaire que nous allons signer avec Bruno Retailleau et qui prévoit une prise en charge directement par France Travail des étrangers signataires d'un Contrat d'intégration républicaine (CIR) qui ont déjà un niveau de français proche du niveau A2, ce pour la poursuite de l'apprentissage de la langue et l'insertion dans l'emploi. Plus largement, que ce soit pour les immigrés ou non, la réponse aux tensions de recrutement doit aussi comprendre la levée des freins à l'embauche - garde d'enfant, mobilité, illettrisme… - dont nous avons parlé.

Pour tous, il faut également continuer d'aligner la formation initiale - à la fois son contenu et le dimensionnement des filières, y compris professionnelles - avec les besoins de l'économie. Pour les trois métiers les plus en tension dans l'industrie - chaudronnier, soudeur et technicien de maintenance - la capacité de formation n'excède pas 50% des besoins de recrutement.

Enfin, sur les quelque 450 000 emplois non pourvus, les deux tiers sont des métiers pénibles et souvent mal rémunérés. Cette liste des métiers en tension n'exonère pas non plus les branches

et les entreprises de travailler sur l'attractivité des métiers pour tous les travailleurs : reconnaissance financière, conditions de travail... Pour un autre tiers, il faut lutter contre les stéréotypes, en particulier auprès des adolescents, des étudiants et de leurs familles : chaudronnier dans l'industrie aujourd'hui, ça ne veut pas dire être un ouvrier de Germinal mais participer à façonner des pales d'éoliennes !

QUEL PREMIER BILAN TIREZ-VOUS DE LA RÉFORME DU RSA, MISE EN ŒUVRE DEPUIS LE 1ER JANVIER 2025 ? QUEL RÔLE FRANCE TRAVAIL DOIT-IL JOUER DANS LES MOIS À VENIR POUR RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT ET FAVORISER L'INSERTION DES PUBLICS LES PLUS FRAGILISÉS ?

La loi plein-emploi de 2023 vise à rapprocher du travail les personnes qui en sont éloignées. Elle prévoit notamment une inscription automatique des bénéficiaires du RSA à France Travail à compter du 1er janvier 2025 et un accompagnement personnalisé qui met en jeu à la fois France Travail sur le volet professionnel et des conseils départementaux sur le volet social. L'idée à laquelle je souscris pleinement est qu'on ne peut

« IL FAUT LUTTER CONTRE LES STÉRÉOTYPES, EN PARTICULIER AUPRÈS DES ADOLESCENTS, DES ÉTUDIANTS ET DE LEURS FAMILLES : CHAUDRONNIER DANS L'INDUSTRIE AUJOURD'HUI, ÇA NE VEUT PAS DIRE ÊTRE UN OUVRIER DE GERMINAL »

pas, en tant que société, s'exonérer de cet accompagnement vers l'emploi par un simple chèque.

En pratique, cette réforme du RSA ne date pas de janvier dernier. Une cinquantaine de départements ont expérimenté l'accompagnement social, professionnel ou socioprofessionnel intensif des bénéficiaires du RSA depuis 2 ans. Les résultats sont intéressants : 12 mois après l'entrée en accompagnement, la moitié des personnes ont été au moins une fois en emploi et près d'un tiers y sont toujours.

Ce qui s'est produit en janvier, c'est la généralisation de ce nouveau mode d'accompagnement à tout le territoire. Et début juin, un décret a instauré le barème de sanctions pour les manquements aux engagements pris dans le cadre du rapprochement vers l'emploi. Au passage, pour tordre le cou aux récits erronés, les sanctions existaient déjà pour les bénéficiaires du RSA et les demandeurs d'emploi ; ce décret les rend plus proportionnées, graduelles, non-automatiques et réversibles, et repose sur le principe du « faisceau d'indices » plutôt que sur des radiations quasi-automatiques en cas de manquement comme c'était le cas jusqu'à présent.

France Travail, comme les départements, les missions locales et les Cap emploi ont un rôle clé à jouer dans les mois et les années à venir pour continuer à faire vivre ces nouvelles modalités d'accompagnement et à innover dans les méthodes d'insertion professionnelle en répondant aux besoins des bénéficiaires et des entreprises – en particulier avec des mécanismes de mise en situation professionnelle ou des formations pour renforcer l'employabilité moins classiques que la simple sélection d'offres d'emploi.

EN QUOI LES PARTENARIATS ENTRE FRANCE TRAVAIL ET DES ACTEURS MAJEURS DE L'EMPLOI, COMME LES ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE, PEUVENT-ILS CONTRIBUER À RÉDUIRE LES TENSIONS SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL, NOTAMMENT POUR LES MÉTIERS EN FORTE PÉNURIE ? PEUVENT-ILS ÉGALEMENT JOUER UN RÔLE DANS L'ACCOMPAGNEMENT VERS UN EMPLOI DURABLE POUR LES PUBLICS LES PLUS ÉLOIGNÉS DU MARCHÉ DU TRAVAIL ?

Les entreprises de travail temporaire ont l'image d'un service assez monolithique de placement de travailleurs précaires pour des missions courtes. La réalité est bien plus nuancée.

Cette activité existe toujours. Mais si une partie des intérimaires cherche toujours la stabilité, elle correspond aussi de plus en plus à une demande d'ultra-flexibilité de la part de certains travailleurs - les slasheurs -, souvent dans des métiers en tension relativement techniques qui leur offrent des salaires bonifiés et la certitude de trouver des missions quand ils le souhaitent. Elles ont aussi développé d'autres activités, comme ce qui s'apparente à du portage salarial via des « CDI intérimaire », des services de chasse de tête pour du management intermédiaire ou de la formation professionnelle pour développer l'employabilité.

Dans ce cadre-là, ces entreprises ont une place tout à fait essentielle auprès des publics éloignés de l'emploi, très complémentaire de celle des autres acteurs publics. Elles peuvent offrir, pour des personnes fragiles, une première opportunité d'accès au marché du travail. Par leurs formations, en particulier à la sécurité dans les métiers à forte sinistralité comme ceux du BTP, elles ont aussi un rôle à jouer pour améliorer la qualité de l'emploi. ■

PARLONS DU CONTRAT SOCIAL

PAR BRUNO COQUET
PRÉSIDENT DE UNO - ÉTUDES & CONSEIL, ÉCONOMISTE ET MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS

« Heureux celui qui lit, heureux ceux qui écoutent les paroles de la prophétie et gardent ce qui est écrit en elle, car le temps est proche. » (Ap 1, 3)

La marche du monde, l'évolution des valeurs, des techniques, de l'économie, de la démographie, les chocs structurels nécessitent des mises à jour régulières du contrat social. Mais celui-ci a aussi une vocation stabilisatrice qui doit réfréner les réécritures intempestives, opportunistes, subreptices.

La France est depuis longtemps à la peine avec ses finances publiques ; mais le dérapage de 2024, d'abord attribué à un problème de recettes, a depuis focalisé l'attention sur les « dépenses sociales », malgré leur contribution infime à la hausse récente de la dette publique. Des problèmes évidents sans être nouveaux et qu'il faut bien entendu résoudre sont instrumentés pour désigner les retraites comme responsables principales des difficultés accumulées. La solution apparemment logique d'un transfert de revenu des retraités vers les actifs serait pourtant inique au sens où elle compenserait en réalité un déficit de travail des actifs.

Pour ne pas enflammer inutilement des conflits sociaux et générationnels, nous proposons ici, d'une part de clarifier la comptabilité des transferts publics, d'autre part de considérer les dépenses sociales comme un ensemble cohérent, afin de pouvoir raisonner en termes d'efforts partagés, de contreparties, c'est-à-dire dans le cadre d'une évolution équilibrée du contrat social.

BONNES ET MAUVAISES RAISONS DE RÉÉCRIRE LE CONTRAT SOCIAL

Dans les sociétés contemporaines, le contrat social se décline en combinaisons complexes de transferts financiers interpersonnels (redistribution, maladie, etc.) et intergénérationnels (retraites, éducation, etc.). Ces instruments peuvent être raffinés, des rajouts ou des coups de rabots sont possibles à la marge, mais la préservation de l'équilibre du contrat social requiert ponctuellement des réformes « structurelles ». C'est typiquement le cas des cinq grandes réformes des retraites actées depuis 1993[1], car la démographie, la productivité et le fonctionnement du marché du travail, combinés à des règles définies pour d'autres temps, déformaient notre contrat social.

Les difficultés actuelles des finances publiques ne sont pas de cet ordre. Elles n'ont pas pour origine une dérive massive et inopinée des « dépen-

ses sociales » : de 2022 à 2024, la dette publique a augmenté de 477 milliards d'euros, dont seulement 11 milliards d'euros proviennent des administrations de sécurité sociale[2]. La hausse de la dette publique doit donc se trouver soit dans la politique dite « de l'offre » qui n'aurait pas produit l'effet de levier escompté sur les recettes publiques[3], soit dans les dépenses non sociales qui ne seraient pas financées. Au total, l'origine des problèmes reste encore obscure, ce qui ne facilite pas leur résolution… ou, au contraire, peut pousser à la facilité en désignant des boucs émissaires[4].

Pourtant, l'idée s'est facilement imposée dans le débat public selon laquelle les « dépenses sociales » sont seules responsables de la dégradation inattendue des finances publiques, et l'obstacle principal à leur rémission. Les arguments abondent, véridiques comme douteux, et il serait difficile de les trier s'ils ne menaient tous à la même prescription : réduire les « dépenses sociales » (en réalité exclusivement les retraites), et ainsi financer le déficit public (et non réduire les autres dépenses)[5], sans que l'on sache si la réduction du poids des dépenses sociales est une nécessité structurelle ou conjoncturelle.

L'avantage de ne pas trancher cette question est qu'il n'y aurait même pas à s'infliger une énième réforme des retraites. Une loi de finances ordinaire suffirait, qui sans toucher aux paramètres des carrières et des pensions amputerait le taux de remplacement effectif des retraites par le jeu de leur désindexation et de taxes ciblées, c'est-à-dire des taxes sur l'âge.

Cette pirouette aurait deux conséquences : d'une part, elle modifierait radicalement le contrat social sans consentement des parties, d'autre part elle ne résoudrait pas le problème puisque les politiques inefficientes seraient blanchies sans le moindre audit. Ce jeu à somme nulle, voire négative, vaut-il un conflit générationnel ?

L'ÉVIDENCE DESSERVIE PAR L'OUTRANCE

Il est un fait que la stratégie économique et sociale de la France n'a pas produit la croissance ni le niveau de « bien-être » attendus, et la nécessité de la redéfinir, avec une attention particulière portée à notre modèle social[6], ne fait aucun doute. Le coût du travail trop élevé et les salaires trop faibles pour vivre décemment sont des évidences loin d'être nouvelles[7], qui trahissent des dysfonctionnements du marché du travail, du système socio-fiscal, et l'échec des politiques publiques censées les résoudre. La convergence des niveaux de vie des retraités et des salariés[8], les inégalités de répartition du revenu et du patrimoine sont également des faits indéniables, mais moins spécifiques à la France. Il faut aussi souligner que tout n'est pas synonyme d'échec dans le modèle français, que notre pays reste économiquement attractif et doté de nombreux atouts et avantages comparatifs, ainsi qu'un modèle social dont l'efficacité est indéniable dans certains domaines, par exemple en matière de lutte contre la pauvreté.

Les défis qui dominent le débat nécessitent-ils de couper le courant du transfert intergénérationnel ascendant, et seulement celui-là ? Faut-il essentialiser les boomers en réécrivant leur vie rêvée dans un âge d'or, des salaires de nababs, des culbutes immobilières, la jouissance des dividendes de la paix, etc., et qui auraient poussé le cynisme jusqu'à se concocter une retraite longue[9] et dorée aux frais de leurs enfants ? Ce conte chargé de rancune est faux[10], et il occulte notamment la réforme systémique majeure des retraites de 1993, la première par laquelle ces générations décidèrent de réduire drastiquement la charge future des pensions plutôt que d'accroître les cotisations, afin précisément d'épargner les générations suivantes[11].

TRAVAILLER MOINS POUR GAGNER PLUS ?

On peut aussi regarder en avant, et voir comment s'incarne cette « injustice faite à la jeunesse ». L'argument majeur renvoie à la nécessité de travailler plus en augmentant les taux d'emploi des jeunes et des seniors. En clair, accroître la part de la population d'âge actif vivant de son travail. Cela signifie-t-il pour autant que les générations futures vont devoir travailler comme jamais leurs aînés ne l'ont fait, uniquement pour payer les dépenses sociales de ces dernières ? Ce n'est pas ce qui ressort des observations ni des projections existantes :

- Chaque génération d'actifs travaille moins que la précédente, quel que soit l'indicateur de durée du travail retenu (durée légale, effective, validée pour la retraite ou requise pour le taux plein). Par exemple, en 1980, un salarié travaillait en moyenne 19 % de plus qu'aujourd'hui, de quoi vivre mieux sans dégrader les finances publiques ni rogner la protection sociale[12]. Rien n'indique une volonté d'inverser cette tendance, et assez logiquement il est difficile de gagner plus que les générations précédentes en travaillant moins, d'autant que la productivité progresse moins vite.

- Les dépenses de retraites baissent depuis 10 ans (13,6 % du PIB en 2023)[13], et sont déclinantes dans les projections du COR, en dépit du vieillissement et de la productivité ralentie. Les ressources affectées aux retraites diminuent aussi, et même plus vite que les dépenses (d'où le déficit projeté).

- La durée de carrière moyenne validée a augmenté depuis plus de 30 ans et va se stabiliser jusqu'aux générations nées au début des années 1970 : ensuite, elle diminuerait fortement jusqu'à réduire de 1 an la durée de travail sur la vie entière par rapport aux générations qui liquident actuellement leurs droits[14].

- La durée des retraites augmentera pour les post-boomers jusqu'à atteindre le niveau inédit de 27 ans[15], alors qu'elle baisse jusqu'aux générations nées au milieu des années 1960 (moins de 24 ans pour la génération 1966).

- Les générations entrent actuellement sur le marché du travail 2,5 ans plus tard qu'au début des années 1980, époque à laquelle le service national induisait souvent une année sans salaire en début de vie active[16]. Et aujourd'hui, avec le boom de l'apprentissage, 4,5 % des actifs acquièrent des trimestres gratuits à ce titre qui peuvent être valorisés à environ 12 milliards d'euros par an[17], auxquels s'ajoutent des trimestres acquis au titre de l'assurance chômage pour 20 % d'entre eux[18].

« LES DIFFICULTÉS ACTUELLES DES FINANCES PUBLIQUES [...] N'ONT PAS POUR ORIGINE UNE DÉRIVE MASSIVE ET INOPINÉE DES « DÉPENSES SOCIALES »

Ces éléments dûment documentés décrivent un futur où la quantité individuelle de travail diminuera, de même que la charge de financement des retraites alors que les droits à la retraite augmenteraient, bien loin du racket intergénérationnel redouté.

Sous le slogan du « travail qui ne paie pas », c'est plutôt un projet du « travailler moins pour gagner plus » qui se profile, non par la vertu d'une hausse de la productivité, mais par rupture du contrat social.

PARFAIRE PLUTÔT QUE DÉFAIRE LE CONTRAT SOCIAL

Les prophètes décomplexés du travailler moins, bénéficier plus, hériter vite pourraient bien sûr réécrire le contrat social par la force, en le débarrassant de son chapitre retraites comme on arracherait l'Apocalypse à la Bible.

Cette ambition gagne en audience bien qu'elle ne résolve pas les problèmes sur lesquels elle prospère. En effet, elle ne propose pas d'économies budgétaires autres que

la réduction des pensions, ressource immédiatement consacrée au financement des 75 % de dépenses publiques restantes. La dynamique économique sous-jacente est aussi un pari risqué, s'agissant de payer pour voir en offrant aux actifs un bonus de pouvoir d'achat en contrepartie d'une coupe franche dans les revenus des retraités. De plus, une réduction du coin socio-fiscal[19] n'améliore pas directement la productivité, et ne garantit pas que les employeurs augmenteraient les salaires. In fine, c'est seulement si la quantité individuelle de travail augmente que l'on pourra dire si le bonus était réellement incitatif ou seulement une aubaine.

Pour éviter que le contrat social n'en fasse les frais, il est raisonnable de ne pas laisser accroire que les retraites sont le seul levier budgétaire. En effet, les transferts intergénérationnels sont nombreux et pas à sens unique, mais ces autres flux sont moins visibles, si bien qu'ils peuvent sembler dus, intangibles. En réalité, ils pourraient sans doute être rendus plus efficients dans le cadre d'un contrat social renouvelé, équilibré et apaisé.

FAIRE LES COMPTES AVANT DE LES RÉGLER

Nous prenons ci-dessous trois exemples, qui sans épuiser le sujet, illustrent l'intérêt de chercher à identifier toutes les marges de manœuvre :

- L'investissement dans l'éducation est un totem moral et rationnel. C'est aussi une dépense sociale et un transfert intergénérationnel descendant qui a toujours fait partie du contrat social. Le volet économique rationnel de la dépense éducative vise à ce que la productivité des générations plus diplômées continue de progresser au moins aussi vite que celle des générations moins qualifiées qui la financent. Grâce à notre contrat social qui permet d'accumuler du capital humain en libre-service, chaque génération a été plus diplômée, donc mieux dotée que les précédentes. Cet investissement cumulé d'environ 180 milliards d'euros par génération (dont 40 milliards d'euros pour l'enseignement supérieur)[20] n'a cependant pas eu le rendement escompté : ni au niveau macroéconomique, car plus les générations étaient diplômées plus la productivité apparente du travail a ralenti[21], ni individuellement, car la panne de l'ascenseur social et le déclassement signifient que les actifs sont inutilement surdiplômés pour occuper des emplois à faible valeur ajoutée, donc peu rémunérés dans l'absolu comme au regard de leurs espérances. En outre, en travaillant moins avec une faible productivité, le capital humain est sous-utilisé, ce qui accroît la privatisation individuelle du taux de rendement interne de l'éducation, au détriment des gains collectifs[22]. L'option alternative de l'éducation payante remboursée par le travail aurait eu l'avantage de révéler ce faible rendement, aujourd'hui socialisé dans la dette publique… et imputé aux retraites[23].

- Le patrimoine public est un capital sans rendement apparent[24]. L'idée que ces actifs seraient une contrepartie de la dette aux yeux des créanciers de l'État doit tenir compte de leur liquidité aléatoire (ouvrages de génie civil et terrains qui les supportent, plans d'eau, tribunaux, hôpitaux, lycées, etc.) : il n'est donc guère possible - ni souhaitable - de le vendre pour renflouer l'État. Au titre du contrat social actuel, ce patrimoine est indivis, mais capitalisé et transmis par des générations de contribuables, si bien que chacune pourrait être porteuse de titres de créance correspondant à ses apports successifs. En réalité, ce capital a un rendement, mais qui n'étant pas chiffré, se trouve implicitement affecté au budget de l'État, autrement dit taxé à 100 %. Tout en restant neutre, une comptabilité explicite ferait apparaître le rendement de ce capital[25], qui n'est ni plus ni moins qu'un transfert intergénérationnel descendant.

- Les dépenses de solidarité, avec d'un côté les droits à pension non contributifs, de l'autre la politique familiale[26]. Les dépenses de retraites non rattachées à des contributions pèsent 20 % de la masse des pensions (67 milliards d'euros)[27] ; s'agissant de redistribution interpersonnelle, le fait que celle-ci soit financée aux 2/3 par les cotisations affectées aux retraites[28] n'en fait pas pour autant un transfert intergénérationnel. Ce canal de financement est discutable, car il alourdit d'environ 1,5 % du PIB la « générosité » apparente des règles régissant les retraites de droit direct hors solidarité. Concernant la politique familiale, ce transfert intergénérationnel est dans la moyenne européenne (2,2 % du PIB), mais va bien au-delà (4,7 %) si l'on y inclut l'ensemble des dépenses sociales et fiscales ayant le même objet[29]. L'efficacité de ces dépenses ne laissait pas place au doute en raison d'une fécondité relativement élevée en France, mais la tendance récente pourrait raviver les questions.

PRENDRE DU RECUL N'EST PAS RECULER

Il est souhaitable de prendre les choses dans l'ordre, c'est-à-dire de commencer par évaluer et traiter les dépenses publiques non sociales qui ont creusé le déficit et alimenté la dette publique. Les dépenses sociales étant quant à elles financées par des recettes sociales conformes au contrat social tel qu'il a été défini, leur contribution au problème des finances publiques est infime.

Cela n'exclut pas d'engager des réformes structurelles dans ces domaines, car le modèle social coûte cher - en particulier, mais pas seulement les retraites. Ces dépenses peuvent et devraient être allégées, mais surtout mieux financées : ce qui relève de l'assurance devrait être strictement contributif (retraites et chômage notamment), afin de ne surtout pas installer une préférence pour l'oisiveté, et ce qui relève de la solidarité et de la redistribution devrait être financé par des recettes fiscales. Il ne s'agit donc pas de minorer les problèmes mais de les documenter au moyen d'une comptabilité claire et complète des transferts, tous les transferts, dans une perspective cadrée, garantissant des évolutions raisonnables, comprises et acceptées du contrat social. ■

Sources :

« LE MAL-ÊTRE AGRICOLE EST UN PHÉNOMÈNE MULTIFACTORIEL »

ANNE-LAURE TORRESIN
DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

LE MAL-ÊTRE EN AGRICULTURE EST DEVENU UN SUJET DE PRÉOCCUPATION MAJEUR. COMMENT LE RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE AGRICOLE MESURE-T-IL L'AMPLEUR DE CE PHÉNOMÈNE ?

Anne-Laure Torrésin : Les récents mouvements agricoles ont rappelé les difficultés profondes que traversent les acteurs, salariés et non-salariés, du monde agricole. Ces expressions de colère, qui se justifient certes par un contexte complexe sur le plan économique, climatique et sanitaire, révèlent également un mal-être qui n'est pas nouveau.

Les nombreux indicateurs, que la MSA suit avec attention, constituent des faisceaux d'indices éclairants : hausse des signalements et des appels à Agri'écoute, augmentation du recours aux échéanciers pour le paiement des cotisations, surrisque de suicide de 40 % chez les salariés agricoles, et atteignant 100 % chez les exploitants par rapport à la population générale.

De plus, notre présence sur le terrain et les dispositifs que nous avons mis en place en interaction avec les autres acteurs du monde agricole nous permettent d'observer directement cette détresse qui ne cesse de grandir.

Cette situation préoccupante est confirmée à l'échelle européenne. En janvier dernier, l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail a publié un rapport intitulé « Protéger la santé mentale des agriculteurs et ouvriers agricoles ». Fruit de recherches et d'entretiens avec des experts du secteur, ce rapport met en lumière l'impact des risques psychosociaux sur les travailleurs agricoles, souvent confrontés à une charge de travail très lourde, à l'isolement rural et à des tâches administratives chronophages.

QUELLES SONT, EN EFFET, LES PRINCIPALES CAUSES DE CE MAL-ÊTRE SELON VOS OBSERVATIONS ?

ALT : Le mal-être agricole est un phénomène multifactoriel. Plusieurs causes majeures se dégagent. Tout d'abord, les difficultés personnelles et familiales qui accentuent l'isolement social, particulièrement marqué dans le monde rural. Les difficultés économiques, voire plus globalement les incertitudes au quotidien, aggravées par la multiplication des aléas climatiques, des crises sanitaires et la volatilité des prix agricoles rendent toute projection financière problématique. Un quart des exploitants vit sous le seuil de pauvreté, ce qui est inacceptable pour celles et ceux qui nous nourrissent.

La santé est aussi un facteur déterminant. Lorsqu'un professionnel agricole ne peut plus travailler en raison de problèmes musculo-squelettiques ou d'un épuisement physique et psychologique, la situation devient critique. La transmission des exploitations est un autre moment charnière, pouvant générer des tensions intergénérationnelles. Enfin, la charge administrative peut être une source de stress considérable.

N'oublions pas non plus la pression sociétale qui pèse sur ce secteur et l'« agri-bashing » dont ils sont régulièrement victimes.

Le mal-être naît souvent de l'accumulation de ces facteurs, conduisant à un repli sur soi et à un renforcement de sentiments de honte et de culpabilité.

« CE QUI FAIT LA FORCE DE NOTRE ACTION, C'EST NOTRE MAILLAGE TERRITORIAL ET NOTRE RÉSEAU »

FACE À CETTE SITUATION, QUELS SONT LES DISPOSITIFS QUE LA MSA A MIS EN PLACE POUR PRÉVENIR ET ACCOMPAGNER CE MAL-ÊTRE ?

ALT : La MSA, de par sa proximité avec les professionnels agricoles, salariés et non-salariés, est engagée depuis longtemps sur ce sujet. En 2021, le programme de « Prévention du mal-être en agriculture » (PMEA) a marqué une accélération de nos actions, que nous structurons autour de trois axes : prévenir le risque, détecter les situations de fragilité et accompagner les personnes concernées.

Notre expertise nous a conduits à être positionnés comme la « cheville ouvrière » de l'actuel plan interministériel de prévention du mal-être agricole. Notre outil statistique, GéoMSA, véritable observatoire de la santé en milieu agricole, a été largement mis à contribution dans l'élaboration des diagnostics territoriaux. Ces données permettent de cibler les interventions de manière plus efficace, d'optimiser l'allocation des ressources et de mesurer l'impact des actions préventives.

Les dispositifs sont nombreux et bénéficient d'amélioration continue : chaque MSA a mis en place une cellule pluridisciplinaire de prévention du mal-être en agriculture.

Ces cellules analysent les situations dans leur globalité et mobilisent un réseau d'aides adapté. Nous avons aussi créé la plateforme « Agri'écoute », accessible 24h/24, 7j/7, de manière anonyme et confidentielle. Par ailleurs, en lien avec les Agences régionales de santé, notre réseau de Sentinelles agricoles, composé de plus de 8 000 volontaires, continue de s'étendre afin de repérer les signes de détresse et d'orienter les professionnels agricoles vers nos services ainsi que vers les autres acteurs qui peuvent proposer une aide. Nous proposons également des aides au répit pour les agriculteurs épuisés : aide au remplacement, soutien psychologique, séjours de repos, activités physiques, groupes de parole… Récemment, nous avons introduit une « aide au répit administratif » qui prend en charge le financement d'une assistance administrative, réglementaire ou bureautique.

COMMENT SONT REMONTÉES LES DIFFICULTÉS DES PROFESSIONNELS AGRICOLES CONSTATÉES SUR LE PLAN LOCAL, DANS LES TERRITOIRES RURAUX ?

ALT : Ce qui fait la force de notre action, c'est notre maillage territorial et notre réseau de près de 14 000 élus répartis dans les cantons. Ces élus sont de véritables courroies de transmission entre le local et le national, entre les adhérents et leur MSA. Grâce à cet ancrage communautaire, ils nous font remonter les besoins du terrain, les alertes, et sont présents pour soutenir les ressortissants en difficulté.

Nous encourageons également le développement d'initiatives locales via des appels à projets, comme le « théâtre forum » pour les jeunes en Maisons familiales rurales, les réunions de sensibilisation à la prévention du suicide (« Phar'andole » en Franche-Comté) ou les « villages sentinelles » comme à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes) où le maire, avec l'appui de la MSA, décide de former tous les habitants volontaires sentinelles agricoles.

QUELLES INNOVATIONS AVEZ-VOUS MISES EN PLACE OU ENVISAGEZ-VOUS POUR AMÉLIORER LES SITUATIONS DE MAL-ÊTRE ?

ALT : Notre approche repose sur l'innovation et l'amélioration continue de nos services, avec une priorité constante : préserver le lien humain. À ce titre, les démarches dites « aller-vers », constituent un élément central de notre stratégie d'accompagnement.

En 2024, nous avons contacté de manière proactive 9 000 exploitants confrontés aux crises sanitaires afin d'anticiper leurs

difficultés financières et sociales. Par ailleurs, notre nouvel outil « Soutien Agri » a permis de joindre 25 000 exploitants, dont plus de la moitié a bénéficié d'un entretien personnalisé et d'un accompagnement adapté à leur situation.

Chaque année, les MSA organisent des Rendez-vous Prestations, qui offrent aux adhérents l'opportunité de faire le point sur leurs droits sociaux. Dans 40 % des cas, ces échanges aboutissent à une ouverture ou une mise à jour des droits, contribuant ainsi à lutter contre le non-recours, un enjeu d'autant plus critique face à la digitalisation croissante des services.

COMMENT LA SANTÉ MENTALE S'EST-ELLE IMPOSÉE COMME UN PILIER DE LA STRATÉGIE SANTÉ DE LA MSA ET COMMENT S'ARTICULE-T-ELLE AVEC LA GRANDE CAUSE NATIONALE DÉDIÉE À LA SANTÉ MENTALE ?

ALT : Bien au-delà d'une simple réponse aux crises, la santé mentale est désormais un pilier central de notre stratégie santé et de notre approche « une seule santé ». Depuis la pandémie de COVID-19 et les successives crises agricoles, nous avons pleinement intégré cette dimension dans l'ensemble de nos politiques de santé et de prévention. Pour la MSA, elle ne constitue pas un champ d'intervention isolé, mais un prisme à travers lequel nous repensons toutes nos actions, de la prévention des risques professionnels à l'accompagnement social des familles.

La reconnaissance de la santé mentale comme « Grande Cause nationale » 2025 par le gouvernement représente une occasion précieuse d'amplifier notre programme de prévention du mal-être en agriculture. D'abord, parce qu'elle contribue à lever le tabou qui entoure ce sujet, particulièrement dans le monde agricole. C'est aussi une opportunité de valoriser nos actions, tant au niveau national que local (journée nationale de prévention du suicide, collaborations avec le ministère de la Santé, de l'Agriculture…) et ainsi d'élargir nos partenariats. Nous sommes d'ailleurs très régulièrement sollicités pour témoigner de nos actions dans ce domaine. Nous avons également l'ambition de renforcer les synergies entre les dispositifs nationaux (ARS…) et les nôtres, comme entre le « 3114 et Agri'écoute », mais aussi de poursuivre le développement des collaborations avec les acteurs du secteur agricole.

APRÈS UNE ANNÉE À LA TÊTE DE LA CCMSA, QUELLES SONT VOS PRIORITÉS POUR L'ANNÉE À VENIR CONCERNANT LA LUTTE CONTRE LE MAL-ÊTRE EN AGRICULTURE ?

ALT : Ma priorité est de conforter notre rôle d'acteur de référence sur les territoires ruraux, en renforçant l'accès aux droits, aux soins et aux services pour nos populations. Je souhaite que nous puissions intensifier notre présence auprès des plus vulnérables, notamment à travers le développement de notre réseau d'acteurs de la détection et l'amélioration de nos dispositifs de prévention précoce.

Nous devons également poursuivre notre travail pour simplifier les démarches administratives. En tant qu'organisme de protection sociale, nous avons un rôle à jouer pour rendre ces procédures plus accessibles et moins chronophages.

Je souhaite également développer davantage les dispositifs d'aide au répit, qui sont essentiels pour prévenir l'épuisement professionnel. Enfin, il nous faut renforcer encore notre capacité à être force de proposition auprès des pouvoirs publics, pour améliorer la protection sociale agricole et porter des simplifications concrètes.

POUR CONCLURE, QUELS SONT LES ATOUTS DE LA MSA POUR ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS AGRICOLES QUI TRAVERSENT UNE PÉRIODE DIFFICILE ?

ALT : Nous avons la chance en MSA d'avoir un modèle de protection unique, par sa double identité d'organisme de Sécurité sociale et d'organisation professionnelle agricole, par la place centrale de ses élus et par son guichet unique. Ce modèle nous permet d'apporter des réponses globales et coordonnées.

« BIEN AU-DELÀ D'UNE SIMPLE RÉPONSE AUX CRISES, LA SANTÉ MENTALE EST DÉSORMAIS UN PILIER CENTRAL DE NOTRE STRATÉGIE SANTÉ ET DE NOTRE APPROCHE « UNE SEULE SANTÉ »»

Je suis intimement persuadée que travailler à la MSA a du sens. Nous œuvrons pour une mission de service public, dont l'objet est de permettre l'accès de tous à une protection sociale fondée sur des valeurs fortes de solidarité. Face aux crises agricoles de plus en plus nombreuses, notre mission est plus que jamais essentielle pour accompagner ceux qui nourrissent notre pays.

Enfin, l'intégration de la santé mentale comme pilier stratégique de la MSA, en synergie avec la Grande Cause nationale, marque une étape décisive dans la prise en charge du mal-être en agriculture. Cette approche globale, combinant expertise sectorielle et mobilisation nationale, offre un cadre d'action renforcé pour répondre aux défis spécifiques du monde agricole et rural. ■

Source :

1. Rapport Charges et Produits MSA 2025.

« SUBIR LE SYSTÈME DE SANTÉ À HORIZON 10 ANS ? LES FRANÇAIS SONNENT L'ALERTE ! »

PAR MAUD LIGEON
PROSPECTIVISTE AU GROUPE VYV

S'appuyant sur son baromètre prospectif, moniteur de tendances sociétales, le Groupe VYV questionne la perception qu'ont les Français de leur santé et de leur qualité de vie aujourd'hui, et les évolutions qu'ils imaginent dans 10 ans.

La santé relevant par définition de l'intime, de l'individu, autant que de considérations globales et nationales, il nous a semblé nécessaire d'écouter ce que les Français ont à en dire, eux qui sont au cœur du système de santé, eux qui le pratiquent au quotidien et qui par leurs choix peuvent valider ou invalider les grandes réformes à l'œuvre.

Cette troisième édition s'intéresse plus précisément aux perspectives d'évolution en matière de protection sociale du point de vue des personnes : que redoutent-elles, que souhaitent-elles voir advenir ? Quelles évolutions imaginent-elles à 10 ans, entre celles perçues comme les plus probables et celles qui reflètent leurs espoirs ou traduisent un besoin ?

LA VOIX DU (FUTUR) PATIENT, UNE RÉALITÉ À NE PAS NÉGLIGER

Le plus frappant est de constater la divergence de trajectoires entre les évolutions anticipées par les Français et celles qu'ils souhaiteraient voir advenir à horizon 10 ans. Autrement dit, les Français projettent à moyen-long terme un système de santé qui ne correspondra pas à leurs attentes ou besoins. Sur quels aspects du système de santé et des pratiques de soin voit-on les écarts se creuser ?

En majeur, un système de santé et des pratiques de soin qui ne conviennent pas : focus sur les évolutions jugées probables mais non souhaitables.

La trajectoire la plus plausible selon les Français est aussi la plus redoutée. Elle dessine une société dans laquelle la santé laissera une empreinte de plus en plus lourde dans le budget des foyers, conséquence principale mais non exclusive d'un recul des filets de protection sociale, contraignant à des arbitrages dangereux, comme le renoncement à s'assurer.

En parallèle, les Français anticipent un recours massif aux nouvelles technologies et au numérique. Sans y être totalement opposés, ils expriment clairement leur choix sur ce que seraient des usages acceptables, et rejettent tout aussi nettement l'idée d'une solution technologique compensatrice du déficit de professionnels de santé. Ce à quoi ils tiennent avant tout, c'est préserver le contact humain et pouvoir conserver un accès direct au soignant.

Les Français affirment leur attachement pour le service public, a fortiori en matière de santé, et cet attachement prend une résonance particulière au regard de la dynamique de financiarisation à l'œuvre (intervention croissante des fonds d'investissement privés et des géants de la « tech » dans le champ de la santé).

Les trajectoires entre évolutions anticipées et évolutions souhaitées divergent donc sur de nombreux points, mais le tableau imaginé dans 10 ans n'est pas totalement à l'opposé du tableau souhaité.

En mineur, des raisons d'espérer : focus sur les évolutions jugées tout à la fois probables et souhaitables.

Si le numérique et les nouvelles technologies sont largement rejetés dès lors qu'ils sont perçus comme se substituant au contact direct avec le professionnel de santé, ils

Pour les Français, dans 10 ans…

Le coût de la santé pèsera de plus en plus sur les individus…

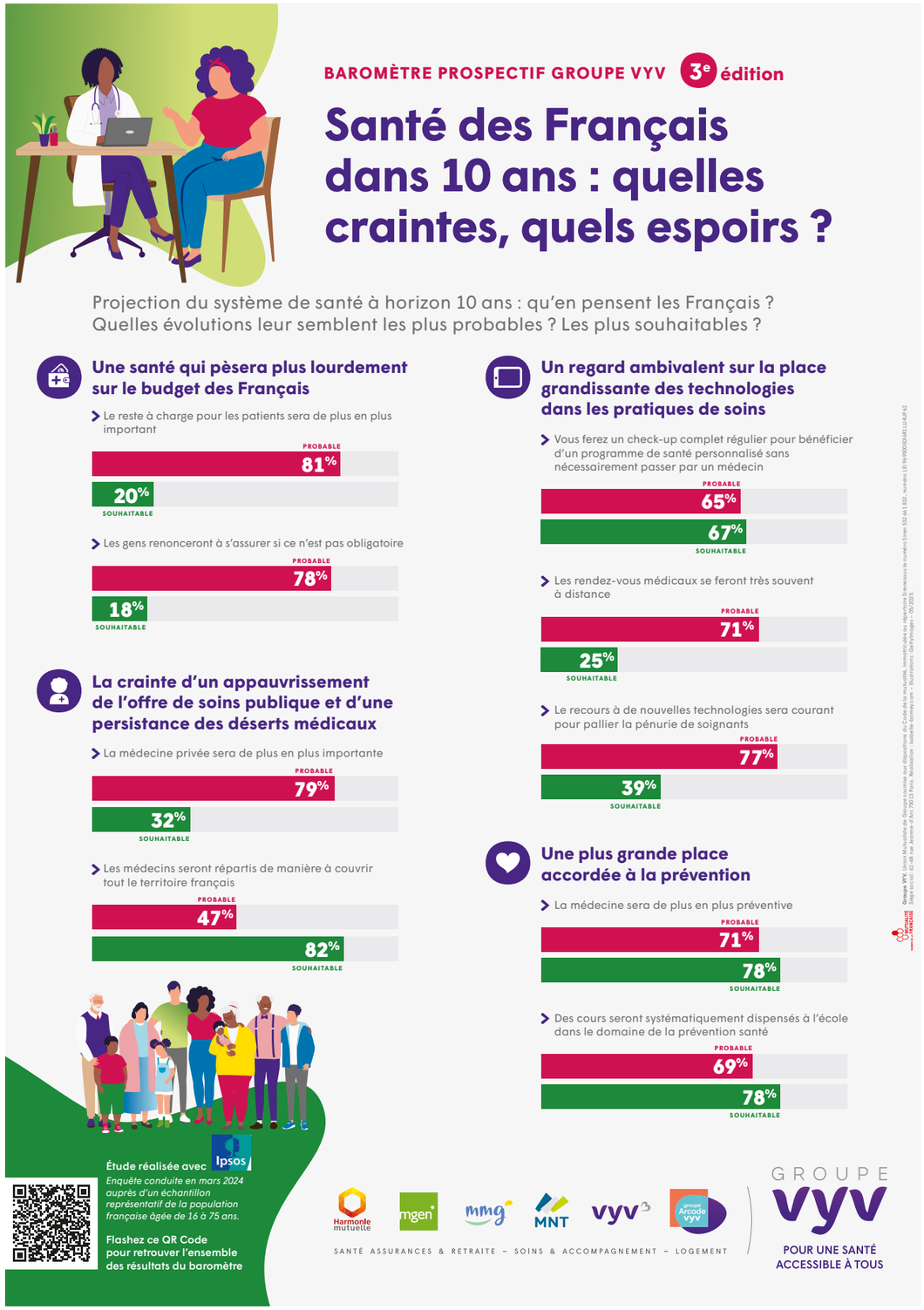
Le reste à charge pour les patients sera de plus en plus important (probable 81 % / souhaitable 20 %), les mutuelles prendront de plus en plus le relais de la Sécurité sociale (probable 73 % / souhaitable 39 %), et le suivi de la santé et le remboursement seront conditionnés au respect de parcours obligatoires (probable 75 % / souhaitable 41 %). Le nombre d'appareillages remboursés sera par ailleurs limité au maximum (probable 59 % / souhaitable 33 %).

…Dans un contexte d'effritement de la protection sociale…

La prise en charge financière de ce qui relèverait de la protection sociale incombera désormais majoritairement aux individus (probable 73 % / souhaitable 28 %).

…Les contraignant à renoncer à s'assurer.

Il faudra renoncer à s'assurer sauf si cela est obligatoire (probable 78 % / souhaitable 18 %).



Pour les Français, dans 10 ans…

L'offre de soins publique ne résistera pas aux assauts des acteurs privés.

Les lignes de partage public/privé pencheront en faveur de la médecine privée, qui prendra de plus en plus de place à horizon 10 ans (probable 79 % / souhaitable 32 %).

Les pratiques de soin éclipseront la relation humaine…

Les RDV médicaux se tiendront très souvent à distance (probable 71 % / souhaitable 25 %).
Le recours aux nouvelles technologies pour pallier la pénurie des soignants sera courant (probable 77 % / souhaitable 39 %).

… Sans solution satisfaisante pour enrayer la désertification médicale.

Répartition des médecins de manière à couvrir tout le territoire : une écrasante majorité en exprime le souhait (82 %), tandis que moins d'1 sur 2 juge cette évolution probable (47 %).

Autrement dit, les Français manifestent des attentes fortes et largement partagées pour l'avenir en termes de maillage territorial médical, mais peu y croient …

sont en revanche mieux acceptés lorsqu'ils sont associés à des gains de pertinence et de personnalisation des soins. En ce sens, alors, l'intégration croissante prévisible du numérique et des technologies dans le champ de la santé fait consensus.

C'est le cas aussi pour l'environnement dans lequel les Français souhaitent vieillir. Ils prévoient, en effet, des avancées suffisantes pour permettre une prise en charge à domicile et non plus en institution : conserver son chez-soi, son cocon pour y finir sa vie, comme une forme de personnalisation ultime, en somme.

Pour l'avenir, les Français souhaitent qu'une plus grande place soit allouée à la prévention. Ils considèrent que le système de santé évoluera suffisamment pour généraliser cette approche et en faire un axe majeur du modèle d'organisation des soins, y compris dans une perspective plus large de prise en compte de préservation de l'environnement.

Les résultats du baromètre prospectif montrent qu'un consensus se dégage sur la perception d'un système de santé qui creuserait l'écart avec les besoins et les attentes de la population. Les évolutions qui ne font pas débat, plus minoritaires, pourraient alors s'avérer des leviers précieux pour renouer avec l'adhésion des Français aux propositions de réformes à venir.

NOTRE POINT DE VUE : LA PERTINENCE DE LA PROSPECTIVE POUR VOIR PLUS LARGE ET PLUS LOIN

En ce sens, la prospective oblige à resituer la question de la santé et du système de santé en France dans un contexte plus global pour la mettre en lien avec un ensemble de tendances connexes. Pour envisager des évolutions possibles, il faut considérer le caractère systémique des enjeux, embrasser une perspective plus large et s'extraire de la seule focale « santé ».

Elle pousse à regarder un angle souvent négligé : rendre plus audible la parole des Français quels que soient leurs biais d'analyse et méconnaissances du sujet dans les constructions de trajectoires à plus long terme. Il s'agit, en somme, d'intégrer cette voix aux scénarios du futur pour apporter de nouvelles clés de compréhension. Elle apparaît alors comme un aiguillon et un outil d'aide à la décision, en rappelant des messages clés, qui, s'ils sont souvent déjà connus, ne sont

Pour les Français, dans 10 ans…

Vers des soins sur mesure…

Les données personnelles seront partagées avec les professionnels de santé pour bénéficier de soins adaptés (probable 76 % / souhaitable 66 %).

Des check-up complets seront réalisés régulièrement pour bénéficier d'un programme de santé personnalisé sans nécessairement passer par un médecin (probable 65 % / souhaitable 67 %).

… Et une fin de vie de préférence à domicile

La fin de vie se déroulera à domicile et non en institution (66 % probable / 67 % souhaitable).

Pour les Français, dans 10 ans…

Le système de santé fera la part belle à la prévention…

La médecine sera de plus en plus préventive, avec des consultations en amont de la maladie, une sensibilisation et une orientation vers des modes de vie plus sains (probable 71 % / souhaitable 78 %).

Des cours seront systématiquement dispensés à l'école dans le domaine de la prévention santé : alimentation saine ou premiers secours, par exemple (probable 69 % / souhaitable 78 %).

… Et aura intégré les enjeux écologiques

Le système de santé aura été modifié pour réduire son impact sur l'environnement : transports sanitaires collectifs, médicaments à l'unité par exemple (probable 67 % / souhaitable 65 %).

pas toujours pris à la bonne mesure, qu'il s'agisse des ordres de grandeur des transformations à venir ou de l'ampleur et de la conjugaison des impacts possibles.

C'est précisément ce que cherche à faire le baromètre prospectif VYV à travers la pose de capteurs permanents, pour comprendre finement les évolutions des attentes des Français, mesurer leur adhésion ou leur rejet de différentes hypothèses d'avenir. Cette vision reste toutefois incomplète : en miroir de la perception des Français, le regard des professionnels de santé apporterait un éclairage indispensable sur le système de santé et les pratiques de soin pour compléter et renforcer la réflexion.

À travers l'écoute de la population, cet outil apporte donc tout à la fois une compréhension fine du présent et des craintes et souhaits pour l'avenir. Ce faisant, il contribue à mettre en présence toutes les réalités sans occulter celle des citoyens, qui, intégrée à une réflexion prospective plus large, permet de replacer cette compréhension au sein d'un ensemble de scénarios d'évolution de société. ■

VOUS AVEZ RÉCEMMENT PUBLIÉ UN BAROMÈTRE, QUELS EN SONT LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS ?

Ce baromètre est un merveilleux observatoire des tendances de notre société. Une société à la fois assez satisfaite de son quotidien (78 %), mais qui, lorsqu'on l'interroge sur des objets précis, révèle nombre d'inquiétudes.

Dans son rapport à l'avenir, la société française est marquée par une polarisation entre ceux qui craignent une dégradation de leur vie (un Français sur quatre) et ceux qui entrevoient l'avenir avec plus de confiance (près d'un Français sur trois). Une étude plus fine donne à penser que les Français sont à la fois très conscients des tendances à l'œuvre, mais aussi très réalistes sur ce que l'avenir peut nous réserver.

Nous avons souhaité que ce baromètre puisse couvrir de nombreux domaines, comme le logement, l'environnement, l'alimentation ou encore le travail qui sont autant de déterminants de notre santé. Si on se concentre davantage sur l'état de santé, l'organisation de l'offre de soins et son financement, plusieurs enseignements clés en ressortent.

En matière de financement, 81 % des Français craignent que le reste à charge soit plus important d'ici 10 ans, mais plus de trois Français sur quatre (78 %) renonceraient à s'assurer si ce n'est pas obligatoire. Cela illustre à la fois une approche plus individuelle du risque, mais aussi une méconnaissance du coût réel des soins.

Dans le même temps, moins d'un Français sur deux juge que les médecins seront répartis de manière à couvrir tout le territoire : si les coûts continuent de croître, pour une offre de service qui reste limitée, l'acceptabilité démocratique de notre modèle social va être affectée. Cela montre qu'il y a

besoin de recréer du consensus.

Dans le même temps, les Français ont davantage recours à la télémédecine, l'étude va dans le sens des remontées de la DREES qui indiquent qu'elles ont été multipliées par 12 auprès de médecins généralistes libéraux en quelques années ; en revanche, c'est une solution plus subie que choisie, un palliatif, faute de praticiens disponibles à proximité : 89 % des Français s'inquiètent du manque de professionnels et trois Français sur quatre ne souhaitent pas que les rendez-vous médicaux se déroulent à distance.

Alors que le débat public est souvent frileux lorsqu'on évoque les politiques de prévention, plus de 3 Français sur 4 souhaitent que la médecine soit demain de plus en plus préventive qu'elle ne l'est aujourd'hui et la même proportion souhaite que des cours soient systématiquement donnés à l'école en intégrant une dimension préventive.

Le terreau est présent pour qu'un dialogue public et citoyen s'ouvre pour donner à notre système de protection sociale un nouveau souffle. Il est grand temps d'ôter le bandeau qui nous enferme dans l'imprévoyance. Les risques sont établis, les réponses possibles en engageant les acteurs plutôt qu'en les opposant. Le monde mutualiste répondra présent dès lors qu'il s'agira de construire des réponses.

« LE TERREAU EST PRÉSENT POUR QU'UN DIALOGUE PUBLIC ET CITOYEN S'OUVRE POUR DONNER À NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE UN NOUVEAU SOUFFLE »

POURQUOI AVOIR LANCÉ CE BAROMÈTRE ?

11 millions de Français sont protégés par nos mutuelles ou encore 6 millions de personnes sont accompagnées ou prises en charge dans nos établissements de soins et de santé. Le Groupe VYV incarne une mini-France. À ce titre, il est important d'être à l'écoute des perceptions et grandes tendances à l'œuvre dans notre société. C'est l'objectif de ce baromètre : confronter les grandes tendances - et donc les aspirations de nos adhérents - à nos futures orientations. Il permet en particulier d'apprécier les enjeux pour identifier comment contribuer à la réponse aux futurs besoins de santé et de protections.

Le Groupe est doublement contributeur : il fait de la santé et de l'accès aux soins un enjeu de citoyenneté avec une riche démocratie interne ; et il est acteur essentiel du financement et de l'offre de soins tout en développant des réponses pour agir sur des déterminants de santé.

LE GROUPE VYV VEUT CONTRIBUER À RENDRE TANGIBLE LE DROIT À LA SANTÉ POUR TOUS ET DÉVELOPPE NOTAMMENT UNE OFFRE DE LOGEMENT, POURQUOI ?

Le Groupe VYV est riche d'une grande diversité de métiers, parmi lesquels celui de bailleur social, piloté et organisé par Arcade-VYV, 4e acteur national.

Pour un groupe qui fait de sa raison d'agir la défense du droit effectif à la santé pour tous, je suis bien conscient que cela ne tombe pas sous le sceau de l'évidence.

Pourtant, qui peut croire que les politiques de logement et d'habitat ne constituent pas un déterminant majeur de santé ?

Sans même évoquer la situation des personnes qui vivent dans la rue, l'OMS Europe compte chaque année en Europe près de 130 000 décès associés à des conditions de logement inadéquates. La surmortalité hivernale est fortement liée aux caractéristiques d'hébergement. Et en période de canicule, il est estimé qu'en France la réhabilitation de 600 000 logements - considérés comme des passoires thermiques - habités par des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté engendrerait une baisse des coûts de santé de près de 500 millions d'euros par an contre un investissement de 6,5 milliards d'euros pour assurer cette transformation.

Forts de ce constat, nous avons pensé être plus forts en nous dotant de ce métier, pour promouvoir une offre de « logement santé ». L'idée est dans un premier temps de labelliser nos nouveaux logements, et d'ouvrir les réhabilitations afin que ce déterminant de santé soit pleinement considéré comme tel, de la programmation des constructions à la réalisation en passant par l'offre de services.

DANS LE LIVRE QUE VOUS VENEZ DE PUBLIER, « LA SANTÉ EST UN COMBAT », VOUS DITES QUE LA SANTÉ EST LE PREMIER DES DROITS DE L'HOMME. QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR VOUS ?

J'ai été le témoin, dans les années 90, dans ma pratique de soignant auprès de patients atteints de SIDA de ce que Jonathan Mann décrivait comme « l'épidémie sociale que représente l'ensemble des réactions et des réponses d'ordre social, culturel et politique à l'infection du VIH et à la maladie du SIDA peut être un péril aussi grave que l'infection et la maladie elle-même ».

Dit autrement, la marginalisation des personnes séropositives, le regard de la société sur les malades du SIDA a

considérablement compliqué l'action de prévention et de lutte contre la maladie, illustrant les relations à double sens qu'entretiennent la santé et les droits de l'Homme. Pour moi, la santé constitue sans nul doute un « droit naturel et imprescriptible de l'Homme », selon les termes de la Déclaration de 1789. Elle est d'ailleurs inscrite dans les lois fondamentales et les Constitutions de nombre de pays démocratiques, dont la France, et l'Union européenne.

Le respect des droits de l'Homme s'avère être à son tour une condition absolument indispensable du maintien et de la promotion de la santé. C'est particulièrement criant dans toutes les situations attentatoires aux droits et libertés d'un groupe, quel qu'il soit, dans notre pays comme à travers le monde.

Une simple discrimination sociale suffit à produire des effets sanitaires importants. Par exemple, dans les pays où les femmes sont traditionnellement assujetties et dominées, la qualité de leur santé est inférieure à celle des hommes, alors que ce phénomène diminue naturellement dans les démocraties où l'égalité des droits est

défendue.

Encore une fois, la santé est un fait social et politique. Oui, la santé est le 1er des droits de l'Homme. Et rien n'est acquis.

C'EST POURQUOI VOUS ÉVOQUEZ LA NOTION DE COMBAT ?

Oui. La santé est un combat parce que des libertés et des droits sont aujourd'hui remis en question : la décision de la Cour suprême américaine, en juin 2022, de révoquer la protection au niveau fédéral du droit à l'IVG a privé des milliers de femmes d'un accès sécurisé à sa pratique.

Notre pays n'échappe pas à ces remises en question. C'est le cas des politiques de soutien à la santé des migrants, par exemple. Je pense aussi au sujet sensible tant il touche à l'intime - mais ô combien essentiel pour préserver la dignité des personnes - de la fin de vie. Un sujet de dignité, indissociable de la santé. Nous ne pouvons plus nous cacher derrière les soins palliatifs. Ils sont essentiels, mais notre réponse collective n'est pas à la hauteur des besoins, et en ne répondant pas aux attentes, on atteint directement à la dignité des personnes.

La santé est un combat pour défendre un système solidaire et préserver la Sécurité sociale : son financement repose sur la solidarité nationale, à travers les cotisations sociales/patronales ou la CSG, mais il est soumis à des pressions budgétaires constantes. Chaque génération doit défendre l'accès aux soins pour tous. C'est un combat de chaque instant, car la tentation de nous opposer est ravivée à chaque débat avec plus de vigueur.

« JE REGRETTE QUE NOTRE PAYS NE DISPOSE TOUJOURS PAS D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ CLAIRE »

Et parfois, la santé est un combat contre des intérêts économiques et industriels : l'action de la Dr Irène Frachon, pneumologue au CHU de Brest, pour faire reconnaître la toxicité de Mediator en témoigne.

Je réhabilite dans le livre cette idée portée par de nombreux acteurs que la santé doit redevenir un enjeu de citoyenneté et accompagner les transformations de la société.

COMMENT ÊTRE DEMAIN AU RENDEZ-VOUS DES BESOINS DE SANTÉ DES FRANÇAIS ?

En fixant un cap ! Je regrette que notre pays ne dispose toujours pas d'une stratégie nationale de santé claire. Elle aurait dû être approuvée en 2023.

Pour moi, cette stratégie est déterminante pour fixer les priorités de l'État en matière de santé. Son objectif est bien de donner de la cohérence à l'action collective de tous les ministères dans le domaine de la santé, mais plus encore pour créer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs autour d'un projet partagé.

Ce cap nous manque notamment pour faire avancer les politiques de prévention dans notre pays, adapter l'offre de soins et de santé dans les territoires, clarifier le rôle et la place des acteurs mutualistes dans notre système de santé ou encore orienter les investissements sociaux futurs.

Il y a urgence à porter une nouvelle stratégie de santé.

IL EST TEMPS DE REMETTRE LA QUESTION DE LA SANTÉ ENTRE LES MAINS DES FRANÇAIS

PAR MYLÈNE BONNEL,
ADMINISTRATRICE DU GROUPE VYV
ET VICE-PRÉSIDENTE DÉLÉGUÉE MGEN

Quoi de plus redoutable que d'assister à la lente agonie de ce qui nous est cher[1] ? Être pleinement conscient que la direction prise n'est pas la bonne, sans parvenir à modifier la trajectoire ? Être spectateur en somme, dans une forme de passivité imposée - voire d'impuissance ? -, tout en étant le personnage principal du film qui se déroule sous nos yeux.

EN SOMMES-NOUS LÀ EN MATIÈRE DE SANTÉ EN FRANCE ?

Car c'est bien ce qui émane de la perception qu'ont les Français de la trajectoire prise par le système de santé. Cette impression que ce dernier ne répond plus, ou mal, sans avoir aucune maîtrise de son devenir.

La santé est pourtant l'un des piliers de la vie des Français. Sujet éminemment sensible, qui conditionne grandement la qualité de vie, elle est aujourd'hui envisagée dans son acception la plus large possible : physique, mentale, sociale, financière…

Sujet d'importance s'il en est, puisqu'elle progresse dans le classement des préoccupations des Français depuis quelques années et ressort dans les études les plus récentes sur le podium de leurs sources d'inquiétude[2], la santé suscite nombre de craintes et de déceptions, mais aussi quelques espoirs - signe qu'il y a encore beaucoup à imaginer - pour l'avenir.

À horizon 10 ans, les Français anticipent une trajectoire du système de santé qui s'éloigne toujours plus de leurs attentes et besoins et brossent un portrait plutôt peu flatteur des évolutions à venir. Les Français sont-ils pessimistes par nature ? Ou leurs craintes sont-elles fondées ?

À tout le moins, ces projections démontrent que le sujet est anxiogène. Et il l'est encore plus dans un monde particulièrement bousculé, où les tensions géostratégiques s'ajoutent désormais aux transformations environnementales, le tout dans un contexte de vieillissement de la population et d'explosion des pathologies chroniques. Et cela pèse sur la santé : qu'il s'agisse de réviser les priorités d'allocations de budget (la défense ou la protection sociale, faudra-t-il choisir ?) ou de prendre la mesure des conséquences des changements climatiques et écologiques sur la santé, le compte n'y sera pas. Et c'est bien ce qui inquiète.

À l'heure où la question du financement de la protection sociale se fait de plus en plus critique, où les institutions se penchent sur les possibles virages à prendre (le Gouvernement a saisi simultanément en mars dernier les trois Hauts Conseils[3] sur le financement et le redressement des comptes sociaux, tandis que le Sénat mène en parallèle une mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale), il est urgent d'intégrer à la réflexion les attentes des Français. Et de réévaluer les alternatives qui s'ouvrent au prisme de leurs demandes. En bref, redonnons la main aux Français sur les questions qui concernent leur santé !

QUE NOUS DISENT-ILS ? QUE SOUHAITENT-ILS ?

L'accès aux soins constitue leur préoccupation la plus forte, à double titre. En premier lieu, le sentiment d'un reste à charge croissant et la perception d'une offre de soins publique qui s'étiole au profit d'acteurs privés dans une logique de financiarisation de la santé fait craindre des dépenses de santé qui pèseront plus lourdement dans un budget de plus en plus contraint, pouvant conduire à des arbitrages en défaveur du soin. La pénurie de professionnels de santé, qui au mieux oblige à des déplacements conséquents (encore faut-il en avoir les moyens !), au pire retarde les prises en charge, voire même les empêche, nourrit également cette préoccupation.

Dès lors, il est utile de rechercher des leviers à même d'œuvrer en faveur de la soutenabilité du modèle tout en répondant aux attentes de la population française. Dans cette perspective, la prévention peut constituer une réponse sur laquelle s'appuyer, qui est réclamée par les Français, prêts à s'y engager. S'il n'est plus nécessaire de faire la démonstration de l'intérêt du modèle préventif, vertueux à bien des égards (dépenses de maladie évitées, meilleure qualité de vie en bonne santé, réduction du risque de saturation des hôpitaux, etc.), il faut s'interroger sur son acceptabilité dans la société, condition d'un virage réussi. Or, les Français expriment des attentes claires : ils appellent à un large déploiement de l'approche préventive. À l'échelle individuelle, une majorité d'entre eux dit déjà faire attention à son hygiène de vie (activité physique, alimentation, sommeil…)[4] pour améliorer sa santé et anticipe à horizon 10 ans la généralisation de la médecine préventive[5]. Les Français vont jusqu'à souhaiter que l'éducation à la prévention se systématise dès l'école[6]. Le moment semble donc idéal pour accélérer vers davantage de prévention, encourager l'intention[7] pour favoriser le passage à l'action et, ce faisant, faire montre d'une prise en compte des attentes.

Car dans un contexte de défiance critique vis-à-vis des élites et des institutions, il est également crucial de désamorcer le sentiment de confiscation du pouvoir qui enfle, en réaffirmant toute la puissance démocratique sur les enjeux de santé fondamentaux pour les dix années qui viennent.

COMMENT CETTE PUISSANCE DÉMOCRATIQUE PEUT-ELLE S'INCARNER ?

En matière de santé, la mutuelle, à travers les principes et les valeurs qui la fondent, constitue par essence un espace démocratique, dont il est utile de rappeler la nature. Chaque adhérent participe pleinement aux décisions, avec une égalité des droits : tous les membres ont ainsi la même voix, indépendamment de leur situation économique. Un adhérent, une voix. Et au-delà de son mode de gouvernance démocratique, c'est bien d'une forme d'exemplarité dont la mutuelle peut se prévaloir, car, n'ayant pas d'intérêt financier (non-lucrativité du modèle), ni d'intérêt « propriétaire » (bien collectif, non cessible), elle n'existe et n'a de sens qu'au service de son projet : le droit à la santé pour tous. Son implication locale forte, à l'aide des militants présents sur les territoires, garantit une écoute directe des besoins des adhérents, lui permettant de se faire ainsi porte-voix d'une part importante de la population : on dénombrait, en 2022, 35 millions de personnes protégées par une mutuelle[8].

« À HORIZON 10 ANS, LES FRANÇAIS ANTICIPENT UNE TRAJECTOIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ QUI S'ÉLOIGNE TOUJOURS PLUS DE LEURS ATTENTES ET BESOINS ET BROSSENT UN PORTRAIT PLUTÔT PEU FLATTEUR DES ÉVOLUTIONS À VENIR »

Pour faire le lien avec le modèle préventif plébiscité par les Français, les mutuelles sont pleinement légitimes pour accompagner à l'accélération de la dynamique engagée en la matière : la Mutualité Française était en effet en 2023, avec 26 000 actions de prévention menées dans l'année, le premier acteur privé de prévention[9]. À travers des initiatives concrètes, elles concourent ainsi à rendre effective la démocratie en santé.

Les mutuelles doivent donc être reconnues dans leur rôle de porte-parole des citoyens, au même titre que d'autres organes de représentation tels que les associations de patients ou syndicats des professions de santé, pour œuvrer pleinement sur les questions de santé en France, aux côtés de l'ensemble des acteurs publics et privés - politiques, institutionnels, entreprises, associations -, et construire, en véritables partenaires, la trajectoire idoine. ■

Sources :

1. « 85 % des Français pensent qu'il faut absolument que [la Sécurité sociale] continue à assurer tous les Français, quoi qu'il arrive ». Les Français et la Sécurité sociale d'aujourd'hui et de demain, Étude Ipsos pour le Groupe VYV et la Fondation Jean Jaurès, février 2025.

2. « La santé est la première préoccupation des Français » (+ 3 pts par rapport à 2023), Baromètre État de la France, sondage Ipsos pour le CESE, septembre 2024.

3. Haut Conseil pour le financement de la protection sociale, Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

4. Baromètre prospectif VYV, 2e édition, 2022.

5. « Dans 10 ans, la médecine sera de plus en plus préventive : probable pour 71 % des Français, souhaitable pour 78 % des Français », Baromètre prospectif VYV, 3e édition, 2024.

6. « Dans 10 ans, des cours seront systématiquement dispensés à l'école dans le domaine de la prévention », Ibid.

7. L'intention d'adopter un mode de vie plus vertueux en matière de santé doit être accompagnée pour être effective, lorsque l'on sait par ailleurs que plus d'un Français sur deux peine à voir clair dans les informations de santé à sa disposition. « 52 % des Français ont du mal à savoir ce qui est bon ou mauvais pour leur santé aujourd'hui, il y a trop d'informations contradictoires », Ibid.

8. Rapport d'activité 2022, Mutualité française.

9. Rapport d'activité 2023, Mutualité française.

PROTECTION SOCIALE COLLECTIVE : L'ABSURDE COMPLEXITÉ D'UN SYSTÈME À BOUT DE SOUFFLE

PAR DAMIEN VIEILLARD-BARON,
PRÉSIDENT DE GEREP

Il est des labyrinthes que l'on construit pierre après pierre, non pas pour servir une logique, mais pour justifier l'existence de leurs architectes. La protection sociale collective en entreprise est l'un de ces édifices réglementaires dont la complexité croissante semble être devenue une fin en soi. La Direction de la Sécurité sociale (DSS), à la manœuvre depuis des décennies, s'est peu à peu transformée en une formidable machine à produire de la complexité et du risque URSSAF pour les entreprises.

UN CASSE-TÊTE ADMINISTRATIF PERMANENT

Prenons un cas emblématique : les régimes collectifs de prévoyance et de frais de santé. Conçus pour accompagner les salariés en cas d'accidents de la vie - décès, arrêt de travail, frais médicaux - ces dispositifs devraient être limpides. Pourtant, leur gestion est devenue un véritable casse-tête administratif pour les entreprises.

« IL EST ENCORE TEMPS DE SORTIR DE CETTE SPIRALE INFERNALE DE COMPLEXITÉ ET DE RIGIDITÉ »

Pour être en conformité, celles-ci doivent s'engager dans une course sans fin de mises à jour et de vérifications réglementaires.

La notion de cadre a muté d'Article 4 à 4 bis, puis à Article 2.1 et 2.2. Certaines catégories d'agents de maîtrise oscillent même entre cadre et non-cadre selon les évolutions jurisprudentielles.

Les entreprises doivent également jongler avec une myriade de règles :

- Distinguer les dispenses d'affiliation d'ordre public des dispenses facultatives et en assurer une traçabilité rigoureuse.
- Respecter le « tunnel de soins » imposé par le contrat dit « responsable » en frais de santé.
- Vérifier le caractère collectif de régime, en respectant des critères formalisés avec 5 niveaux d'importance : ceux définis par défaut comme collectifs, et ceux qui nécessitent une justification.

- Respecter des règles tout aussi complexes concernant les structures de cotisations possibles.
- Communiquer et former les salariés sur un système de garanties exprimé en %BR, %PMSS, et autres sigles opaques issus d'une nomenclature Sécurité sociale de soins tout aussi hermétique et de plus en plus complexe.

Ce maquis réglementaire transforme ce qui devrait être un outil de protection en un casse-tête chronophage, mobilisant des ressources précieuses et augmentant les coûts de gestion.

UNE INFLATION RÉGLEMENTAIRE NUISIBLE

Dans sa grande mansuétude, la DSS concède des périodes transitoires à chaque nouvelle vague réglementaire, permettant aux entreprises de s'adapter lentement à une complexité qu'elle a elle-même créée. Cette inflation réglementaire entraîne des coûts administratifs supplémentaires pour les entreprises et freine leur agilité, au détriment de leur performance et de la qualité du service rendu aux salariés.

LA NÉCESSITÉ D'UN BIG BANG DE SIMPLIFICATION

Mais pourquoi persiste-t-on dans cette fuite en avant réglementaire ? Pourquoi ne pas enclencher un Big Bang de simplification ? Une réforme de bon sens consisterait tout simplement à revenir à une seule règle simple : utiliser comme critère unique le plafond de déductibilité des cotisations, quel que soit le risque couvert, prévoyance, santé ou retraite. Cette approche permettrait aux entreprises d'organiser librement leurs régimes en fonction des besoins de leurs salariés, avec un plancher de financement garanti pour chaque risque. Une telle évolution offrirait une plus grande flexibilité aux employeurs et plus de clarté aux employés, qui pourraient bénéficier d'une couverture plus adaptée à leur situation personnelle.

DES EXEMPLES INTERNATIONAUX INSPIRANTS

De nombreux pays ont déjà amorcé cette transition vers des régimes plus simples et lisibles, favorisant la responsabilisation des employeurs et des salariés dans la gestion de leur protection sociale. La France, pourtant pionnière en matière de droits sociaux, pourrait s'inspirer de ces expériences réussies pour réinventer son modèle de protection sociale collective. En misant sur une simplification intelligente, on pourrait réduire les coûts administratifs, libérer du temps et de l'énergie pour les entreprises, et ainsi améliorer la performance globale des contrats tout en assurant une meilleure lisibilité pour les bénéficiaires.

UNE OPPORTUNITÉ DE MODERNISATION

Il est encore temps de sortir de cette spirale infernale de complexité et de rigidité. Un dialogue ouvert entre les partenaires sociaux, les pouvoirs publics et les entreprises permettrait d'imaginer un cadre plus moderne, plus agile et plus efficace. Car au-delà des contraintes actuelles, la protection sociale collective demeure un formidable levier d'engagement et de bien-être pour les salariés. Il suffit d'oser repenser le modèle pour en faire un véritable outil de progrès et de performance, au service de tous. ■

L'EUROPE DOIT CONSTRUIRE UN MODÈLE DE « SOLI-DATA-RITÉ »

PAR ÉLISE DEBIÈS ET LE PR PIERRE-ANTOINE GOURRAUD
AVOCATE AU BARREAU DE PARIS, PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS - PRATICIEN HOSPITALIER, NANTES UNIVERSITÉ

L'espace européen de données d'assurance augmentée en santé ne pourra exister que s'il repose sur la transparence des consentements et l'usage de données synthétiques anonymes. Les « espaces de données », écosystèmes où les organisations partagent des données de manière décentralisée, régulée et contrôlée, sont un levier stratégique pour l'innovation et le développement des secteurs industriels et de services en Europe, désormais encadrés par le règlement européen sur la gouvernance des données (DGA). L'espace européen de données « assurance augmentée en santé » est essentiel à une IA de confiance en assurance santé : une IA centrée sur des usages explicites, explicable, robuste, responsable, conforme à la réglementation et aux standards.

Dans un secteur aussi concurrentiel que celui de l'assurance, l'idée même de partager des données peut sembler contre-intuitive. Pourtant, elle s'imposera comme une nécessité tant pour les pouvoirs publics et les assureurs que pour les assurés eux-mêmes. Le principe de mutualisation du risque peut se doubler d'une solidarité nouvelle par le partage des données. Créer des programmes personnalisés de prévention en santé, à partir de données issues de strates complémentaires, de la science au bien-être, c'est l'affaire de tous et de chacun. Mais ces usages vertueux ne pourront éclore sans un cadre éthique et technologique rigoureux qui garantisse la confiance des assurés.

LE CADRE JURIDIQUE EUROPÉEN SÉCURISE LES USAGES DE LA DONNÉE EN ASSURANCE SANTÉ

Développer des systèmes d'intelligence artificielle fiables et robustes devient la ligne de mire des data spaces. Le règlement européen sur l'IA (RIA) intègre dans son annexe III, parmi les SIA à haut risque, « les systèmes d'IA destinés à être utilisés pour l'évaluation des risques et la tarification en ce qui concerne les personnes physiques en matière d'assurance-vie et d'assurance maladie ». Qualifiées de « prestations sociales essentielles », elles se voient appliquer dans ce contexte les exigences et garanties propres aux SIA à haut risque, qui préservent la santé, la sécurité et les droits fondamentaux.

Les données synthétiques sont visées par le DGA, dont le considérant 7 prévoit qu'« il existe des techniques permettant d'effectuer des analyses dans les bases de données contenant des données à caractère personnel, notamment l'anonymisation, la confidentialité différentielle, la généralisation, la suppression et la randomisation, l'utilisation de données synthétiques […], qui pourraient contribuer à un traitement des données plus respectueux de la vie privée ».

L'Espace européen des données de santé (EHDS) a précisé les « finalités interdites » des réutilisations de données de santé : sélection

« CRÉER DES PROGRAMMES PERSONNALISÉS DE PRÉVENTION EN SANTÉ, À PARTIR DE DONNÉES ISSUES DE STRATES COMPLÉMENTAIRES, DE LA SCIENCE AU BIEN-ÊTRE, C'EST L'AFFAIRE DE TOUS ET DE CHACUN »

LA MISE EN ŒUVRE D'UN DATA SPACE EN ASSURANCE SANTÉ S'APPUIERA SUR LA TRAÇABILITÉ DES CONSENTEMENTS ET LE RECOURS AUX DONNÉES SYNTHÉTIQUES

L'exploitation des données d'assurance en santé, de données de data spaces sectoriels utiles aux programmes de prévention en santé, de données de qualité de vie et bien-être issues d'objets connectés, dans le respect des finalités autorisées, est particulièrement sensible. Elle exige un équilibre entre usage de données personnelles et non personnelles, traçabilité des consentements, transparence des finalités et robustesse des infrastructures.

Le consentement est non seulement l'apanage de la personne concernée par le traitement de ses données personnelles, mais devient aussi un instrument sur le terrain concurrentiel : la CJUE a récemment sanctionné le non-respect des conditions de recueil du consentement au titre de la concurrence déloyale. Face au développement des usages secondaires des données, il devient crucial d'adopter des mécanismes de transparence dynamiques, comme les portails de contrôle en continu. Ceux-ci doivent offrir aux citoyens une vue claire et compréhensible sur les usages de leurs données, tout en garantissant un contrôle effectif et permanent.

L'intégration de « données synthétiques anonymes mises en qualité » offre une perspective prometteuse, réconciliant respect de la vie privée de chacun et innovation au service de tous. La notion de « données synthétiques » renvoie d'abord à la capacité à simuler des données de granularité individuelle, soit avec des modèles mathématiques, soit avec des bases de données et souvent en combinant les deux. Ensuite, les qualifier de « anonymes » indique que les critères du G29 ont été étudiés et sont respectés. Enfin, plus important encore, ces données sont « mises en qualité », c'est-à-dire adaptées aux usages en les amplifiant et en corrigeant leur biais. L'usage systématique de ces données synthétiques permettrait d'enrichir les analyses prédictives tout en s'immunisant des risques de réidentification.

Pour que l'Europe reste maître de son avenir numérique, elle doit construire un modèle de « soli-data-rité » : une solidarité fondée sur le partage éthique et maîtrisé des données. Ce n'est qu'ainsi que l'assurance augmentée en santé du XXIe siècle pourra réellement voir le jour et remplir sa mission au service de tous, dans le respect de chaque individu. ■

du risque, mais aussi « prise de décisions préjudiciables à une personne physique ou un groupe de personnes physiques sur la base de leurs données de santé électroniques », ce qui permet d'exclure toute réutilisation en assurance préjudiciable à des personnes répondant à des profils (article 54 EHDS). De plus, les personnes peuvent « refuser à tout moment et sans motif le traitement des données de santé électroniques à caractère personnel les concernant à des fins d'utilisation secondaire » (article 71 EHDS). C'est une garantie nouvelle extrêmement importante, qui doit faire l'objet d'une information intelligible des personnes et de mécanismes fiables de prise en compte des refus et des retraits de consentements.

Sources :

1. RÈGLEMENT (UE) 2022/868 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 30 mai 2022 portant sur la gouvernance européenne des données.

2. RÈGLEMENT (UE) 2024/1689 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 13 juin 2024 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle.

3. RÈGLEMENT (UE) 2025/327 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 11 février 2025 relatif à l'espace européen des données de santé et modifiant la directive 2011/24/UE et le règlement (UE) 2024/2847.

4. CJUE, gde ch., 4 octobre 2024, aff. C. 21/23, Lindenapotheke.

L'ENTREPRISE LIBÉRALE AUGMENTÉE SERA L'ENTREPRISE LIBÉRALE DE DEMAIN

PAR DENIS RAYNAL
PRÉSIDENT DE L'UNAPL

Les professions libérales sont le cœur battant de la société. Ce sont des acteurs économiques de premier plan qui se distinguent par des valeurs d'indépendance, de responsabilité et humanistes. Certains professionnels libéraux assument même au quotidien des missions de service public. L'entreprise libérale est garante de la protection du patient ou de l'assistance du client.

Chaque année, 350 000 nouvelles entreprises libérales sont créées, en grande partie sous le régime de la microentreprise et dans le secteur technique et cadre de vie. Les effectifs des professions libérales ne cessent de croître et les TPE

« LES EFFECTIFS DES PROFESSIONS LIBÉRALES NE CESSENT DE CROÎTRE ET LES TPE LIBÉRALES REPRÉSENTENT DÉSORMAIS UN TIERS DES ENTREPRISES FRANÇAISES ! »

libérales représentent désormais un tiers des entreprises françaises !

Leur développement, mais aussi leur adaptation aux transformations dans un monde qui subit des mutations rapides et intenses, doit être une priorité. Il faut préparer les entreprises libérales à l'avenir. C'est dans ce but que l'entreprise libérale de demain doit se moderniser et entrer dans sa version augmentée.

Aujourd'hui, malgré la vitalité et la capacité des TPE libérales à investir, développer, employer et former des entrepreneurs libéraux, toutes leurs aptitudes ne sont pas encore pleinement reconnues. L'Entreprise libérale augmentée sera mieux reconnue, mieux valorisée et renforcée.

Dans un contexte où les professionnels libéraux doivent constamment repenser leurs façons d'exercer et s'adapter, l'augmentation de notre modèle entrepreneurial n'est pas une option, mais une nécessité. Il s'agit d'aider nos entreprises à répondre aux besoins de demain, à stimuler leur croissance, l'emploi, le dialogue social…

Les transformations numériques et l'intégration de l'intelligence artificielle au sein des activités libérales font partie des principales « augmentations » de l'entreprise libérale. L'IA devient un partenaire professionnel de premier niveau, une innovation utile et un véritable progrès pour l'exercice libéral.

Mais l'Entreprise libérale augmentée va bien au-delà des nouvelles technologies. Elle nécessite de soutenir activement la formation professionnelle, condition essentielle pour s'adapter aux nouveaux enjeux. À l'UNAPL, nous tenons à mettre en œuvre des solutions pratiques pour renforcer les compétences entrepreneuriales et managériales des libéraux.

La simplification de la vie et des activités de nos TPE libérales, qui ont des spécificités liées à leur taille, va aussi transformer nos entreprises et les libérer de la densité du maquis réglementaire. Sur le sujet de débureaucratisation, comme dans l'ensemble des réformes qui touchent aux professions libérales, la prospective doit nous guider. L'anticipation des transformations permet aux professionnels libéraux d'être pleinement acteurs de leur avenir.

Vous l'aurez compris, l'Entreprise libérale augmentée sera l'entreprise libérale de demain, ouverte au progrès et qui met la technologie et les outils au service du savoir-faire unique de chaque professionnel libéral. C'est un modèle entrepreneurial éthique, créateur d'emplois, et instinctivement RSE, capable de maintenir sa liberté d'action et son indépendance. La dimension européenne de l'exercice libéral fera aussi partie du modèle d'entreprise libérale augmentée. Ce modèle est à protéger pour l'ensemble des professionnels libéraux, mais aussi pour les 5 millions de Français qui sont soignés, défendus et accompagnés chaque jour. ■

VERS UNE DÉCENTRALISATION DES URGENCES LÉGÈRES, AU CŒUR DES TERRITOIRES : LA MISSION DES CSNP

PAR LE DR MAEVA DELAVEAU,
PRÉSIDENTE DE LA FFCSNP

Améliorer l'accès aux soins. Désengorger les urgences. Lutter contre les déserts médicaux : des thèmes récemment repris par les médias et les politiques. Une réalité pour les patients et pour les professionnels de santé depuis 20 ans. En 21 ans d'exercice, pour moi, le constat est sans équivoque : ça se dégrade.

Toujours plus de patients aux urgences, des moyens qui ne progressent pas au même rythme, un épuisement croissant, l'impression de vider la mer à la petite cuillère. Plus de 20 millions de passages aux urgences en 2023. 20 millions. Pourquoi ? Parce que c'est le seul lieu où règnent unité de lieu, unité de temps, unité d'action. La règle des trois unités : le fondement de la médecine d'urgence. Un théâtre toujours ouvert pour accueillir toutes les histoires de vie. Et être pris en charge sans délai, en une fois. Pour les urgences ressenties, et tout ce qui n'a pas trouvé de solution en amont. Diminuer les urgences ? Est-ce possible ?

Un peu, à la marge. Il y a finalement peu de

consultations inadaptées, qui relèveraient d'une consultation en cabinet de médecine générale classique qui puissent être différées. On trie à l'accueil. La majorité sont bien des urgences, de gravités différentes, qui nécessitent une prise en charge qui ne peut être programmée, qui vont avoir besoin d'une consultation médicale, infirmière, d'une radiologie, d'une biologie, d'actes thérapeutiques.

Et puis souvent, il faut avoir vu le patient pour finalement conclure que ce n'était pas si grave… mais l'accès à un médecin est difficile. Une mesure efficace serait d'améliorer l'attractivité de la médecine générale pour augmenter les installations et le nombre de créneaux de consultation, bien sûr.

Alors ? Redimensionner les services d'urgence pour les adapter à des flux toujours plus importants ? On a essayé : les méga services d'accueil des urgences, regroupant plusieurs services d'urgence ont forcément des goulots d'étranglement, c'est risqué pour les patients plus graves, les temps d'attente explosent, ça fait monter l'agressivité, le surdimensionnement nuit à la dimension humaine de nos métiers de soignants, il fait le lit de la perte de sens.

« INNOVER, ENTREPRENDRE, RÉORGANISER LES URGENCES EST UN TRAVAIL DE LONGUE HALEINE »

La solution ? Créer des unités au sein des territoires qui puissent assurer les urgences ambulatoires, avec un plateau technique léger, mais indispensable : radiologie, biologie, réalisations d'actes techniques.

Unité de lieu, unité d'action, unité de temps.

De quoi prendre en charge 40 % des 20 millions de passages aux urgences qui relèveraient de la ville selon une étude des observatoires régionaux des urgences, voire, avec les 70 % de patients qui, selon la classification des malades aux urgences, ressortent après réalisation d'un examen complémentaire ou d'un acte thérapeutique.

Soit 8 millions à 14 millions de passages aux urgences évités par an.

Ces urgences, ambulatoires, certes non vitales, sont malgré tout des urgences. Elles ne nécessitent pas le plateau technique hospitalier, mais doivent être prises en charge le jour même : fractures, douleurs aiguës, entorses, luxations, coliques néphrétiques, douleurs thoraciques atypiques, crises d'asthme, plaies, lombalgies, pyélonéphrites, brûlures, syndromes fébriles…

En un lieu, en un temps, une action.

Les Centres de soins non programmés (CSNP) sont nés d'initiatives locales de professionnels de l'urgence, médecins et infirmiers, conscients de la problématique et souhaitant y apporter une solution.

En 2024, ces cabinets médico-infirmiers, libéraux, indépendants, ont réalisé au moins deux millions de prises en charge : des soins urgents nécessitant des examens complémentaires (radiologie, biologie, ECG, échographie) et/ou des actes thérapeutiques (immobilisations, sutures, aérosols, antalgie, soins infirmiers…), réalisés sur place dans le même temps de prise en charge.

Tout est réglé, alors, me direz-vous ? Il n'y a plus qu'à y adresser aussi les plus de 10 millions des urgences les plus légères qui consultent aux urgences. Et non !

Innover, entreprendre, réorganiser les urgences est un travail de longue haleine. Créer des maillons intermédiaires n'est pas une mince affaire et ce n'est toujours pas chose faite, même si ça fonctionne bien sur le terrain. Il faut changer de paradigme. Ne pas opposer les exercices, mais les voir dans un flux structuré et gradué des soins non programmés aigus. Cela nécessite d'avoir une définition consensuelle de l'urgence. Puis de définir quel type d'urgence relève de quelle prise en charge.

Définir le cahier des charges des unités de ville pour assurer une prise en charge de qualité, et leur cadre réglementaire indispensable… qui se fait attendre…

Définir le bon maillage territorial : celui qui permettra de désengorger les urgences, sans les spolier de leurs professionnels, en apportant de la proximité aux patients. Les CPTS semblent être le territoire adéquat, avec des professionnels de santé travaillant déjà de façon coordonnée, des profils de populations et de risques sanitaires bien identifiés, des missions d'accès aux soins non programmés définies, avec des CSNP déjà engagés.

Parce que qui pour prendre en charge ces urgences ambulatoires non vitales ?

Les urgentistes sont les experts du soin non programmé aigu urgent. Ils savent trier, prioriser, assurer les prises en charge initiales, solliciter les avis spécialisés, orienter dans les filières adéquates, réaliser les examens complémentaires et les soins techniques nécessaires.

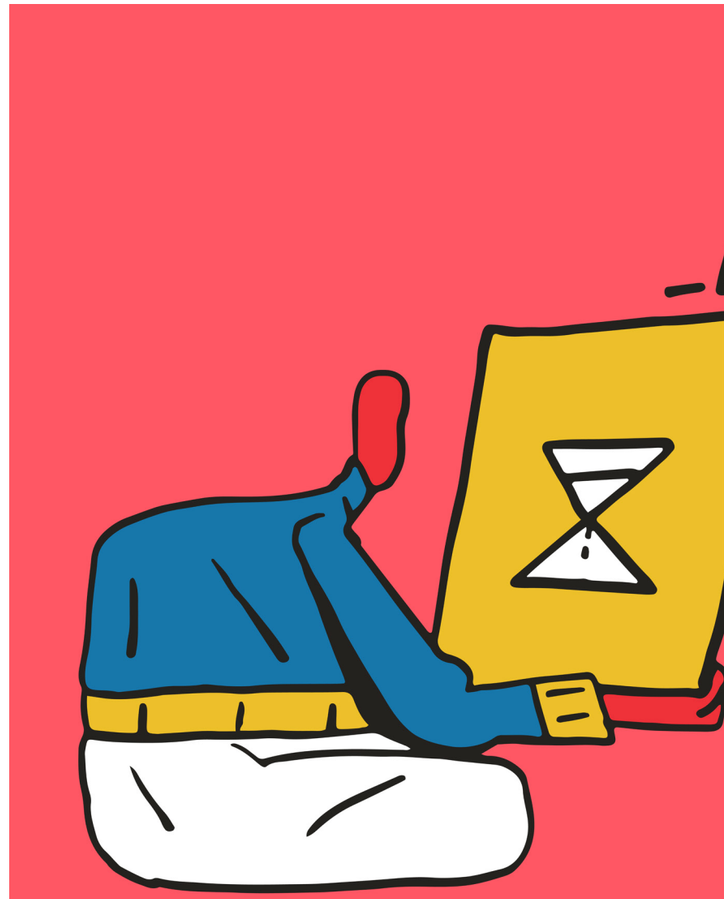
Les petites urgences ambulatoires ont besoin de cette expertise. De professionnels expérimentés, puisqu'ils assurent des prises en charge en dehors des murs d'un hôpital, sans filet.

Des médecins et des infirmiers, pour une mission de recours de qualité égale à une prise en charge aux urgences.

Le monde de l'urgence ne doit pas se tromper : désengorger les urgences, ce n'est pas décider que des urgences ne sont plus des urgences. La pensée magique, ça ne fonctionne pas. C'est organiser autrement leur prise en charge. C'est engager un virage ambulatoire, de proximité, des urgences, dans les territoires. C'est accompagner et former des médecins et des infirmiers à ces prises en charge.

Dans un Service d'accueil des urgences (SAU), dans un camion, un urgentiste est urgentiste. Parce qu'il a une formation diplômante, une expertise, un savoir-faire. Il ne les perd pas quand il sort des murs de l'hôpital. Et cette expertise est nécessaire pour trier, gérer des urgences certes non vitales, poser des indications immédiatement, réaliser des gestes techniques, assurer une prise en charge des soins non programmés urgents en un lieu, un temps, une action.

Les CSNP sont amenés à assurer plus de



10 millions de passages par an. Partout. Ramener les soins urgents au cœur des territoires.

Ils ne règlent pas tous seuls les déserts médicaux. Mais ils répondent à une partie de l'accès aux soins. Ils redonnent de l'attractivité à certains territoires. Ils font le lien avec l'hôpital et les services de secours. Ils sont le relais des urgences au sein des territoires pour les soins non programmés aigus, mais aussi pour la gestion des risques sanitaires et situations exceptionnelles. Mais alors, que manque-t-il ?

Une définition des CSNP pour commencer ! Un cahier des charges les identifiant. Une existence réglementaire des CSNP, un cadre juridique permettant un exercice médico-infirmier et une collaboration entre médecins de spécialités différentes : généralistes, radiologues, biologistes, et garantissant une activité indépendante. Il s'agit de mission de service public, qui ne peut être monopolisée par des groupes financiers, ce qui arrivera si on n'est pas vigilant et si on ne donne pas aux professionnels de terrain les moyens réglementaires et conventionnels de travailler.

La possibilité pour les urgentistes d'exercer en CSNP (pour garder une activité mixte, hospitalière et libérale, préserver les effectifs des services d'urgence, mais aussi parce que c'est la qualification adéquate).

La possibilité pour les infirmiers de participer aux soins non programmés, ce qui n'est pas conventionnellement prévu. La possibilité pour les CSNP de participer au SAS, à la PDSA, en tant qu'entité. L'adossement à une pharmacie hospitalière pour disposer de certains traitements. L'autorisation de réaliser de la biologie délocalisée.

Tous ces freins que l'on n'imagine pas et qui rendent l'activité si difficile alors qu'on en a tant besoin. Nous attendons une politique responsable qui en viendra à bout.

Puis viendra la nécessaire orientation et régulation des patients, l'éducation de la population également pour user au mieux de notre système de soins, solidairement. Les outils existent : le SAS, des applications à déployer largement auprès des patients pour qu'ils puissent s'orienter dans un parcours de soins qui serait clair. Une communication claire, sur des parcours lisibles, pour éviter les consultations multiples et coûteuses pour une même prise en charge.

Unité de lieu, unité de temps, unité d'action.

Les urgences sont un baromètre sociétal. Pour préserver leur excellence, elles doivent évoluer. Sans sacrifier la définition de l'urgence, il faut évaluer plus de patients, car l'urgence ressentie est plus fréquente, parfois irraisonnée. Nous sommes aux prises avec l'immédiateté, et la santé n'y échappe pas. Des solutions doivent être apportées, sous peine d'exposer les soignants à la vindicte des patients, et de décourager les vocations. De la pédagogie doit être faite auprès des patients, les parcours doivent être expliqués, les prises en charge urgentes doivent être assurées. Il faut jongler avec tous les aspects sans impacter les urgences lourdes : les urgences plus légères doivent être accueillies dans d'autres lieux, bien identifiés, bénéficiant d'une expertise solide.

Ville et hôpital doivent poursuivre leur travail, ensemble. Le bon chaînage des professionnels de santé reste la force de notre système solidaire.

Les CSNP sont un maillon intermédiaire à déployer pour un parcours de soins structuré, une réponse graduée et économique sans rogner sur la qualité des soins que nous devons même aux petites urgences, et qui seule donne du sens à ce que nous faisons : soigner.

Pour assurer plus de 10 millions de prises en charge par an. Désengorger les SAU en orientant les urgences les plus légères vers des structures expertes.

Nous, médecins, infirmiers et patients, attendons le cadre législatif qui nous permettra de continuer à bien soigner.

En un lieu, un temps, une action.

Sur tout le territoire. ■

L'EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ EN FRANCE : UN ENJEU STRATÉGIQUE POUR LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS ET L'INNOVATION EN SANTÉ

PAR ALEXANDRE DREZET ET LE DR ALEXANDRE VALLÉE, MD, PHD,
DIRECTEUR DE L'INNOVATION - CHEF DE L'UNITÉ D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE À L'HÔPITAL FOCH

UN RETARD PRÉOCCUPANT MALGRÉ DES BASES MÉDICO-ADMINISTRATIVES PIONNIÈRES

Historiquement en avance dans la structuration des bases de données médico-administratives avec le SNIIRAM et le PMSI, la France peine aujourd'hui à concrétiser le potentiel de ces ressources pour orienter efficacement sa politique de santé et favoriser l'innovation. Si plusieurs initiatives ont émergé, leur manque de coordination et l'absence d'une vision cohérente entravent le déploiement d'une véritable stratégie de pilotage par la donnée.

L'utilisation des données rétrospectives reste largement sous-exploitée, à l'exception des bases historiques intégrées au Système national des données de santé (SNDS). Bien que cette agrégation ait permis des croisements entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, le véritable pouvoir transformationnel de ces données reste limité.

Plusieurs obstacles freinent cette exploitation :

- Un périmètre restreint aux remboursements des soins, limitant l'analyse des parcours patients au prisme financier plutôt qu'en termes d'efficacité médicale et organisationnelle ;
- Une agrégation encore cloisonnée à l'échelle des

établissements et des cabinets libéraux, empêchant une approche globale et transversale du suivi des patients ;
- Un manque de confiance dans l'opérateur national, le Health Data Hub, dont la gestion des données via le cloud Azure de Microsoft a soulevé d'importants débats sur la souveraineté numérique et la confidentialité ;
- Un cadre réglementaire français plus restrictif que celui de nombreux pays industrialisés, freinant l'innovation en matière d'intelligence artificielle et d'exploitation des données de santé.

UN MARCHÉ STRATÉGIQUE ET UN ENJEU ÉCONOMIQUE DE PREMIER PLAN

Le marché des données de santé est aujourd'hui en pleine expansion, porté par la croissance de la médecine personnalisée, le développement de l'intelligence artificielle et l'essor des plateformes numériques en santé. Selon certaines estimations, le marché mondial des données de santé atteindrait plusieurs centaines de milliards d'euros d'ici 2030. La France, malgré son écosystème médical et académique de premier plan, peine à tirer parti de cet essor en raison de son cadre réglementaire contraignant et d'une réticence à exploiter ces données de manière optimisée.

L'exploitation des données de santé permettrait pourtant :

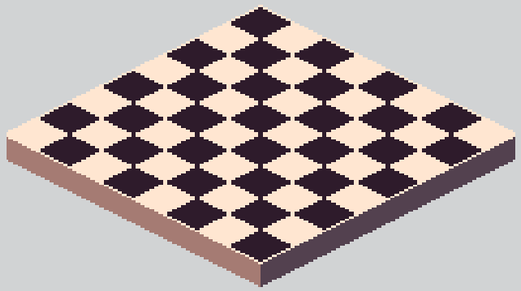
- De réduire les coûts de prise en charge, en optimisant les parcours patients et en limitant les actes inutiles ou redondants ;
- D'accélérer la recherche clinique et l'innovation thérapeutique, en facilitant l'accès à des cohortes de patients et en développant des modèles prédictifs de réponse aux traitements ;
- D'attirer les investissements des industriels de la santé et des biotechnologies, en renforçant l'attractivité de la France comme hub de recherche clinique et d'innovation numérique en santé.

LES ENJEUX ÉTHIQUES ET LA SOUVERAINETÉ DES DONNÉES DE SANTÉ

L'exploitation des données de santé soulève des questions éthiques majeures concernant la protection de la vie privée, la transparence des usages et le consentement des patients. En ce sens :

- Le respect du RGPD et des principes de protection des données personnelles doit être une priorité absolue, afin de garantir la confiance des citoyens et des professionnels de santé ;
- L'enjeu de la transparence est fondamental : les citoyens doivent être informés de l'utilisation de leurs données et bénéficier d'un droit de regard sur leur exploitation ;
- L'évitement des biais algorithmiques : les algorithmes d'IA doivent être conçus avec des garanties de neutralité, afin d'éviter toute discrimination dans l'accès aux soins ou la prise de décision médicale.

En parallèle, la question de la souveraineté numérique est cruciale. Actuellement, les géants américains et chinois dominent le marché du stockage et de l'exploitation des données de santé. La France et l'Europe doivent développer des solutions souveraines de stockage et de traitement des données médicales, à l'image de projets comme Gaia-X ou des initiatives européennes pour mettre en place un cloud sécurisé.



« LA SOUVERAINETÉ NUMÉRIQUE EST CRUCIALE. ACTUELLEMENT, LES GÉANTS AMÉRICAINS ET CHINOIS DOMINENT LE MARCHÉ DU STOCKAGE ET DE L'EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ. LA FRANCE ET L'EUROPE DOIVENT DÉVELOPPER DES SOLUTIONS SOUVERAINES DE STOCKAGE ET DE TRAITEMENT DES DONNÉES MÉDICALES »

UN ENJEU MAJEUR POUR LA RECHERCHE CLINIQUE ET L'INNOVATION EN SANTÉ

L'accès à des bases de données médicales robustes est un facteur déterminant pour la recherche clinique et l'émergence de nouvelles thérapies. Or, la France, qui dispose de l'un des systèmes de santé les plus complets et d'une expertise reconnue en recherche médicale, pourrait devenir un acteur clé dans le domaine des essais cliniques pilotés par la donnée. Les retombées seraient importantes :

- Accélération des essais cliniques : en facilitant l'identification des patients éligibles et en optimisant le suivi des cohortes, les bases de données permettent de réduire les délais et les coûts des études cliniques ;
- Développement de la médecine de précision : l'analyse des données en vie réelle permet d'identifier les facteurs de réponse aux traitements et d'adapter les protocoles thérapeutiques aux profils génétiques et physiologiques des patients ;
- Amélioration de la pharmacovigilance : le suivi en temps réel des effets secondaires et des interactions médicamenteuses via l'analyse des bases de données de santé renforce la sécurité des traitements.

La France a une carte à jouer dans ce domaine en ouvrant davantage ses bases de données à la recherche tout en garantissant un cadre sécurisé et éthique à leur exploitation.

LE RÔLE DES STARTUPS ET DES ENTREPRISES TECHNOLOGIQUES

Les start-up de la HealthTech et de la MedTech jouent un rôle croissant dans l'exploitation des données de santé, en développant des solutions d'analyse avancées et des outils d'aide à la décision médicale basés sur l'intelligence artificielle.

- De nombreuses startups françaises sont pionnières dans ce domaine, comme Owkin, Implicity ou BioSerenity, qui exploitent l'IA et les données pour améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients ;
- Les plateformes d'IA appliquées à la santé se multiplient, permettant d'automatiser l'analyse des dossiers médicaux, d'optimiser la détection précoce des maladies et de personnaliser les traitements ;
- Les hôpitaux doivent nouer des partenariats stratégiques avec ces startups pour favoriser l'intégration des innovations technologiques au sein du parcours de soins.

UN ENJEU MAJEUR POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS

La mise en place d'une gouvernance efficace des données de santé est un levier essentiel pour l'amélioration du système de soins. Trois dimensions stratégiques justifient un investissement massif dans cette transformation :

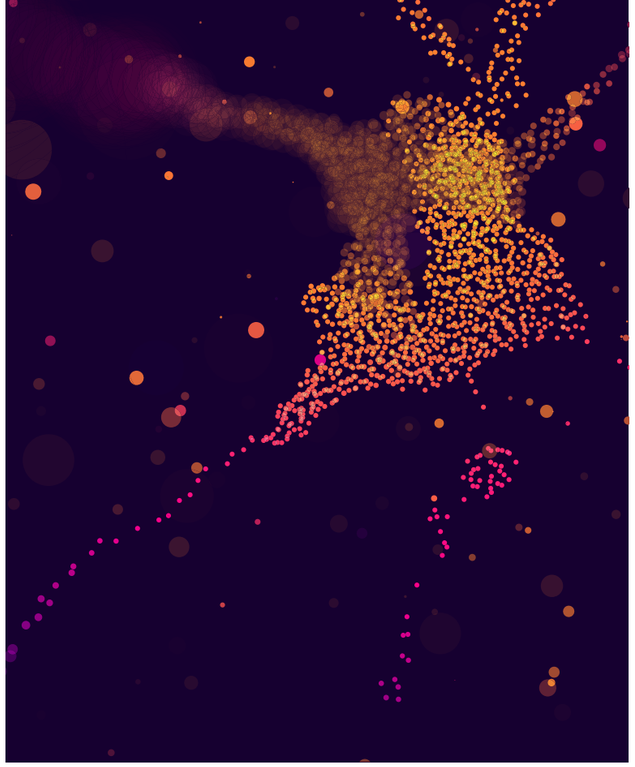
- Une meilleure prévention et un diagnostic optimisé : l'analyse rétrospective des données de santé permettrait d'identifier plus rapidement les signaux faibles de certaines pathologies et d'améliorer la détection précoce des maladies chroniques. Grâce à l'intelligence artificielle, le parangonnage des pratiques cliniques et l'analyse comparative des traitements offriraient des recommandations personnalisées à chaque patient en fonction de son profil médical et des expériences passées d'autres patients aux caractéristiques similaires ;
- Une médecine fondée sur la preuve *(evidence-based medicine)* et une prise en charge plus efficace : l'exploitation des données massives permettrait une objectivation des choix médicaux sur la base d'analyses statistiques solides et reproductibles. La prise de décision ne reposerait plus uniquement sur l'expertise individuelle des praticiens, mais serait enrichie par l'analyse de milliards de données issues de la pratique en vie réelle. Cette approche renforcerait l'acceptabilité des innovations organisationnelles et thérapeutiques, notamment auprès des professionnels de santé et des autorités de régulation ;
- Un impact économique et une amélioration de l'efficience du système de santé : à l'heure où les finances publiques sont sous pression, l'exploitation des données de santé représente un levier majeur de rationalisation des dépenses. L'identification des doublons, la réduction des actes médicaux inutiles et l'optimisation des parcours patients permettraient de limiter le gaspillage et d'orienter les ressources là où elles sont réellement nécessaires. De plus, une meilleure gestion des flux hospitaliers et des urgences réduirait la saturation des établissements et améliorerait la qualité des soins.

« L'HEURE N'EST PLUS AUX HÉSITATIONS, MAIS À L'ACTION. LA RÉVOLUTION DES DONNÉES DE SANTÉ EST EN MARCHE, ET LA FRANCE NE PEUT PLUS SE CONTENTER D'ÊTRE SPECTATRICE »

LE RÔLE CENTRAL DES HÔPITAUX DANS L'EXPLOITATION DES DONNÉES DE SANTÉ

Les établissements hospitaliers occupent une place clé dans cette transition vers une médecine pilotée par la donnée. En tant que principaux producteurs d'informations médicales, ils doivent être au cœur du dispositif de consolidation et d'exploitation des données de santé.

- Des hôpitaux comme pôles d'excellence en data science médicale : la structuration des données hospitalières doit être renforcée pour garantir une interopérabilité entre les systèmes d'information et permettre une exploitation efficace à l'échelle nationale. Les CHU et les grands établissements de santé doivent être des hubs d'innovation, en lien avec les laboratoires de recherche et les industriels du numérique ;
- Un rôle clé dans la recherche et l'évaluation des innovations : grâce à la massification des données, les hôpitaux pourraient jouer un rôle central dans l'évaluation en vie réelle des nouveaux traitements et l'analyse de leur efficacité sur des cohortes de patients suivis sur le long terme. Cette capacité d'analyse renforcerait l'attractivité des hôpitaux français pour les essais cliniques et les études d'impact sanitaire ;
- Un enjeu de formation et d'acceptabilité : l'exploitation des données doit s'accompagner d'un effort massif de formation des professionnels de santé pour qu'ils puissent s'approprier ces outils et en faire un levier d'amélioration des pratiques médicales. L'intégration des *data scientists* et des experts en intelligence artificielle dans les équipes hospitalières est également une priorité pour structurer cette transformation.



VALORISER L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET GARANTIR LA SOUVERAINETÉ NUMÉRIQUE

L'intelligence artificielle, dont la matière première est la donnée, ne pourra pleinement jouer son rôle que si la France parvient à structurer des bases de données robustes, sécurisées et interopérables. Le pays dispose d'un avantage compétitif majeur avec son mix énergétique bas carbone, qui lui permet d'envisager une infrastructure numérique durable et peu coûteuse pour le stockage et le traitement des données de santé.

Toutefois, la question de la souveraineté numérique reste cruciale :

- Le stockage des données de santé sur des serveurs étrangers pose un problème stratégique. La France doit accélérer le développement de solutions cloud souveraines pour garantir la confidentialité des informations médicales ;
- L'accès aux bases de données médicales doit être encadré pour favoriser l'innovation tout en protégeant les droits des patients. Un équilibre entre régulation et flexibilité est nécessaire pour éviter que des contraintes excessives freinent la recherche et le développement de nouveaux outils d'intelligence artificielle.

UNE NÉCESSITÉ STRATÉGIQUE POUR L'AVENIR DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'heure n'est plus aux hésitations, mais à l'action. La révolution des données de santé est en marche, et la France ne peut plus se contenter d'être spectatrice. Nous disposons d'un système de soins d'excellence, d'une expertise médicale reconnue, d'une recherche clinique de pointe et d'un écosystème HealthTech en pleine effervescence. Pourtant, nous sommes encore trop frileux face à l'exploitation des données, laissant d'autres nations structurer l'avenir de la médecine de précision et de l'intelligence artificielle en santé.

Ne nous y trompons pas : les données de santé ne sont pas seulement une ressource, elles sont un levier stratégique, un moteur d'innovation et un outil de souveraineté. Elles représentent un accélérateur de progrès médical, un atout économique majeur et une opportunité unique d'optimiser notre système de soins.

Nous avons tout pour réussir. Il est temps d'ouvrir l'accès aux données dans un cadre sécurisé, de structurer leur exploitation à grande échelle, d'accompagner l'innovation des start-up, d'impliquer nos hôpitaux et de garantir une souveraineté numérique forte. En faisant ce choix audacieux, la France peut non seulement améliorer la qualité des soins et maîtriser ses dépenses de santé, mais aussi devenir un modèle européen et mondial de gouvernance des données médicales.

Le XXI^{e} siècle sera celui de la médecine personnalisée, de l'intelligence artificielle et des décisions basées sur la preuve. À nous d'être à la hauteur de ce défi. ■

LA BIOLOGIE MÉDICALE EN FRANCE : SIMPLE PRESTATAIRE DE DONNÉES DE SANTÉ OU VÉRITABLE ACTEUR DE SANTÉ ?

PAR LE DR FRANÇOIS BLANCHECOTTE
PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES BIOLOGISTES

Grâce au développement de technologies innovantes et, à terme, de l'apport de l'intelligence artificielle (IA), médecins et pharmaciens biologistes vont pouvoir proposer à chacun de leurs patients une médecine préventive et un diagnostic d'une pertinence et d'une efficacité bien plus élevées et personnalisées qu'auparavant.

Prévention, pertinence, exploitation des données de santé et IA sont des éléments profondément liés, susceptibles d'optimiser les dépenses de santé.

LA PRÉVENTION : UN EXERCICE COLLECTIF

Investir dans la prévention, dès le plus jeune âge, est l'affaire de tous, des professionnels de santé comme des pouvoirs publics et c'est la clé pour assurer l'avenir du financement de notre système de santé, sa pérennité et son équilibre financier. La mise en place d'une prévention efficace nécessite une approche coordonnée et un financement efficient. Il est important de s'inspirer de modèles comme les dotations populationnelles, mesurant le besoin de santé de proximité, en fonction de différents critères démographiques. Il faut par ailleurs absolument veiller à ce que la limitation des ressources financières et l'apport du numérique ne viennent pas aggraver les inégalités d'accès aux soins : il est crucial de maintenir des ressources humaines pour « aller vers » les patients éloignés du système de santé en impliquant et valorisant les professionnels de santé, comme les infirmières libérales et les laboratoires qui aujourd'hui encore peuvent se faire le relais d'une offre de prévention et de dépistage ciblé au niveau des territoires ruraux ou des populations fragiles.

Actuellement, une méconnaissance des lieux, des compétences et des horaires de soins existe entre les différentes professions. La cartographie réalisée lors de la crise Covid a permis d'améliorer cet aspect, mais reste inaboutie et insuffisamment exploitée.

L'échange entre professionnels de santé est également essentiel pour le suivi des patients, en particulier lorsqu'il s'agit de coordonner les actions avec le secteur médico-social. Les ESCAP (Équipes de soins coordonnées avec le patient) devraient permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé.

« GARANTIR QUE LES EXAMENS RÉALISÉS SOIENT RÉELLEMENT NÉCESSAIRES ET ADAPTÉS AUX BESOINS EST LA CONDITION SINE QUA NON D'UNE OPTIMISATION DES DÉPENSES DE SANTÉ TOUT EN PRÉSERVANT LA QUALITÉ DES SOINS »

LA BIOLOGIE MÉDICALE PEUT JOUER UN RÔLE CLÉ DANS LA PRÉVENTION

En médecine, la difficulté réside à repérer précocement les patients en bonne santé apparente qui vont gagner à bénéficier d'une intervention précoce permettant de leur éviter des complications, coûteuses individuellement en termes d'espérance de vie et collectivement à l'échelle des dépenses de santé afférentes.

- Maladies cardiovasculaires : systématiser le recours aux scores prédictifs d'évènements cardiovasculaires (comme le SCORE2) pour repérer les patients à risque ;
- Maladie rénale chronique (MRC) : la détermination du RAC (ratio albuminurie/créatininurie) et le calcul du SRR (score de risque rénal) pour les populations cibles (notamment diabétiques et/ou hypertendues) sont des examens peu coûteux permettant de repérer les patients dont la fonction rénale risque de progressivement s'aggraver et d'intervenir précocement avec la mise en place d'une néphroprotection afin d'éviter le recours à la dialyse ;
- Dépistage des infections urinaires : le dépistage par bandelette peut être réalisé dans des situations déterminées, afin d'éviter de réaliser un examen cytobactériologique complet. Les biologistes devraient pouvoir être un recours de première intention, capable de prescrire la prise en charge la plus adaptée à la situation, des examens plus poussés dans les situations le nécessitant et uniquement lorsque cela est nécessaire, la prescription d'une antibiothérapie ciblée adaptée afin d'épargner les molécules les plus à risque de générer de l'antibiorésistance ;
- Dépistages organisés des cancers (col de l'utérus, cancer du côlon) : ouvrir l'accès aux biologistes aux bases de données « amelipro » de statut de dépistage organisé permettrait d'optimiser l'efficacité de ce programme en faisant du laboratoire un lieu de promotion de ces actions. Cela pourrait être par ailleurs utilement intégré dans les bilans de prévention aux âges clés de la vie, en plus des examens biologiques éventuellement nécessaires, liés aux facteurs de risque individuels ;

- Vaccination : l'échec des campagnes de vaccination a montré que l'accès aux vaccins doit être facilité pour les professionnels de santé, y compris les biologistes médicaux. Ils disposent déjà de la formation et de l'environnement nécessaires pour mener à bien cette tâche, mais l'accès au stock de vaccins reste compliqué d'un point de vue administratif et logistique.

PERTINENCE ET GOUVERNANCE DES DONNÉES DE SANTÉ SONT LES CLÉS DE L'OPTIMISATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Garantir que les examens réalisés soient réellement nécessaires et adaptés aux besoins est la condition sine qua non d'une optimisation des dépenses de santé tout en préservant la qualité des soins. Cela réside dans une approche rigoureuse qui combine efficacité diagnostique, au travers de la constitution et application de référentiels et recommandations HAS, et gestion responsable des ressources. Le potentiel d'exploitation des données de santé de biologie vers le pilotage d'une politique de suivi individuel efficiente devient une évidence.

Cela pourrait prendre la forme d'une mise en place d'algorithmes de prescription par pathologie (diagnostic, suivi) dans les logiciels médecins, d'alertes sur les anomalies critiques non prises en charge, d'alertes sur l'absence de suivi biologique lié à certaines pathologies (suivant les recommandations actualisées HAS), offrant la possibilité de faire de chaque patient un acteur de sa propre santé au travers de leur Espace Santé.

Parallèlement, la limitation des actes inutiles ou redondants commence à être implémentée avec le concours des biologistes médicaux, mais sans intéressement financier prévu à ce jour pour le travail accompli de révision des prescriptions : une proposition avancée par le SDBIO était un partage des économies générées entre les laboratoires et l'Assurance maladie. Une approche gagnant-gagnant dans la gestion des risques du fait de l'expertise et de l'engagement des biologistes médicaux.

UN PARCOURS DE SOINS PLUS LISIBLE

Le parcours de santé devient de plus en plus complexe pour les patients. Bien qu'il apparaisse nécessaire de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, il est très important de garder une cohérence et lisibilité dans le parcours pour le patient : la biologie médicale n'a pas sa place en officine, les tests rapides ne sont pas le strict équivalent d'un examen de biologie médicale accrédité. Il est important de ne pas confondre l'interprofessionnalité et la délégation d'actes, savoir ne pas céder au clientélisme. Au contraire, afin d'assurer la meilleure prise en charge, il est primordial que le bon soin soit apporté par le professionnel adéquat, au bon moment. Cela passe par une coordination efficace entre tous les acteurs du système de santé, une gestion des données de santé optimisée et la mise en place de parcours de soins personnalisés. La biologie, au travers de ses 4 300 sites et ses 4 500 biologistes libéraux, doit être un maillon essentiel dans cette chaîne.

C'est en plaçant l'ensemble du système de santé sur cette voie que nous pourrons assurer une prise en charge précoce et de qualité pour chaque patient, tout en maîtrisant les coûts de manière durable.

Il est essentiel d'avoir confiance dans les biologistes médicaux, de leur permettre de gagner en productivité, en autonomie et en reconnaissance afin qu'ils puissent au mieux jouer l'ensemble de ces rôles au service de la collectivité. C'est à ce prix que notre système de santé pourra non seulement répondre aux défis actuels mais aussi pérenniser son avenir. ■

RÉÉCRIRE LE CONTRAT RESPONSABLE : UNE NÉCESSITÉ POUR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

PAR CAMILLE MOSSE ET JÉRÉMY PEREIRA
DIRECTRICE DU DÉPARTEMENT TECHNIQUE ET OFFRE, DIRECTEUR DE LA STRATEGIE ET DE L'OFFRE DE MERCER FRANCE

« Les dépenses de santé ne cessent de grimper. » Cette phrase, devenue un marronnier sociétal, exprime aujourd'hui une urgence. Notre système de santé ne peut perdurer ainsi sans la nécessaire responsabilisation des Français face à leurs dépenses et une remise en question de nos processus. De fait, pourquoi ne pas réécrire le contrat responsable, initialement conçu pour limiter ces coûts mais qui connaît un bilan très mitigé ?

Depuis sa création en 2006, le contrat responsable avait, entre autres, pour ambition de contenir les dépenses en plafonnant certains remboursements, en mettant l'accent sur la prévention santé et les

actes de dépistage, et en établissant pour les Français un parcours de soins articulé autour du médecin traitant. Pourtant, 20 ans plus tard, nous constatons que les professionnels de santé pratiquent davantage de dépassements d'honoraires, certaines dépenses explosent, et il persiste une aversion tenace pour la prévention. De plus, le contrat responsable peine à s'adapter aux nouveaux enjeux des Français et des professionnels de santé, devenant ainsi un texte vieillissant et complexe.

UNE INFLATION DES DÉPENSES QUI N'A PAS PU ÊTRE ENDIGUÉE

Bien que certaines dépenses, comme les soins dentaires, semblent contenues grâce aux efforts conjoints de l'assurance maladie et des professionnels de santé, cela fait encore figure d'exception. Des chiffres révélateurs illustrent notre situation. Prenons l'exemple des lentilles de contact, dont le tarif a augmenté de 11,6 % en 2024… Cette garantie, non encadrée par le contrat responsable, est symptomatique d'un manque de régulation.

Notons également la proportion de praticiens en secteur 1 qui diminue durablement, au profit de ceux pratiquant des dépassements d'honoraires, la part d'ophtalmologues ne pratiquant pas de dépassements étant passée de 43 % en 2015 à 30 % en 2023. Enfin, nous ne pouvons plus occulter la financiarisation de notre système de soins, dont les répercussions directes et indirectes, sont nombreuses et troublantes. Citons, par exemple, le recours aux chambres particulières qui augmente (+5 %), alors même que le nombre de lits disponibles se contracte (-1,8 %)…

RESPONSABILISER ET PROMOUVOIR UN SYSTÈME PRÉVENTIF

La responsabilisation des Français face aux dépenses de santé est cruciale, mais l'approche actuelle se concentre trop sur la lutte contre les abus, comme la taxe lapin. Cette stratégie, bien que nécessaire, ne touche pas la majorité des assurés, qui agissent souvent plus par méconnaissance que par malveillance. Existe-t-il d'autres domaines dans lesquels les Français ont si peu accès à l'information ? Si peu de référentiels pour s'évaluer, se comparer, se former aux bonnes pratiques, juger du juste tarif proposé par leur équipe de professionnels de santé ?

Par ailleurs, la prévention est insuffisamment encouragée : 54 % des femmes n'ont pas consulté de gynécologue et 52 % des Français n'ont pas vu de dentiste ces deux dernières années.

Les idées pour réduire les dépenses de santé existent, mais elles doivent être mises en avant par une communication efficace et ciblée. L'État et les acteurs de la santé doivent aider les Français à comprendre leur système de soins.

UN NOUVEAU CONTRAT RESPONSABLE PLUS EFFICACE

L'échec relatif du contrat responsable appelle à sa réécriture. Il doit redéfinir son intention : responsabiliser les Français face à leurs dépenses de santé, en plaçant la prévention au cœur de sa démarche. Au-delà de l'approche répressive, le contrat doit récompenser les comportements vertueux, par exemple en offrant des garanties différenciées pour ceux qui adoptent une démarche préventive.

Il est temps de repenser le contrat responsable en tenant compte des enseignements des 20 dernières années. Autrement dit : rappeler l'importance de la solidarité dans les dépenses de santé, clarifier les rôles des organismes complémentaires et de la Sécurité sociale, responsabiliser les assurés, récompenser les comportements vertueux, capitaliser sur les réussites comme la réduction des tarifs en optique et lutter de manière coordonnée contre la fraude et les abus.

Éclairés et accompagnés, les Français sont en capacité de fournir des efforts. Preuve en est les remarquables transformations qu'ils ont opérées sur leurs habitudes du quotidien pour prendre en compte l'impératif climatique et accompagner la transition énergétique. Pour que la santé ne devienne jamais un luxe, les instances dirigeantes se doivent maintenant d'amorcer la transformation de notre système et de travailler à le rendre plus efficient, en commençant par remettre à plat cette définition du contrat responsable. ■

LA SITUATION DE LA CNRACL : CHRONIQUE D'UN DÉSASTRE ÉVITABLE

PAR MARC BOURQUIN
CONSEILLER STRATÉGIE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
CET ARTICLE N'ENGAGE QUE SON AUTEUR

La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales, qui concerne également, comme son nom ne l'indique pas, à parts à peu près égales les agents de la fonction publique hospitalière, assure les retraites de 1,6 million de personnes et rassemble 2,2 millions de cotisants.

UN RETOURNEMENT DÉMOGRAPHIQUE SPECTACULAIRE

Dans les années 1980-90, les recrutements massifs dans les collectivités locales et les établissements publics de santé et médico-sociaux permettaient à la CNRACL d'être structurellement excédentaire avec un ratio de 4,5 cotisants pour 1 retraité. C'est dans ce contexte que cette caisse a massivement contribué à l'équilibre des autres branches au titre d'une solidarité démographique, jusqu'à plus de 4 milliards d'euros par an. Solidarité qu'on

lui refuse aujourd'hui. Car, du fait même de ces recrutements il y a quarante ans, nous assistons aujourd'hui à des départs massifs à la retraite et, en raison d'une espérance de vie plus longue en moyenne, cet excédent structurel se transforme en un déficit abyssal qu'a mis à jour le rapport des 3 inspections (IGAS - IGF - IGA) publié au mois de septembre 2024. Le rapport souligne qu'en l'absence de mesures de redressement, le déficit croîtrait inexorablement (3,7 milliards d'euros en 2024 et 11 milliards d'euros en 2030, soit plus de 30 % des prestations) provoquant l'apparition d'une dette insoutenable de près de 100 milliards d'euros, à tel point que cela pourrait représenter plus de la moitié de la dette des administrations sociales.

DEVANT CETTE RÉALITÉ, QUELLES SOLUTIONS LES POUVOIRS PUBLICS ONT-ILS MISES EN ŒUVRE ?

Prenant le contre-pied total d'un discours gouvernemental constant depuis une décennie sur la nécessité de ne pas augmenter les cotisations des employeurs afin de préserver leur équilibre économique, les pouvoirs publics ont décidé, sans qu'un dialogue ait pu être initié sur les solutions alternatives, d'augmenter de… 13 points en cinq ans (2024 - 2028) les cotisations des employeurs territoriaux et hospitaliers ! Ce qui représente, à l'horizon 2028, un surcoût d'environ 4 000 euros par agent en moyenne. Si les effets sont importants aussi pour les collectivités territoriales, ils sont encore plus ravageurs pour le secteur de la santé et du médico-social, et ce, pour trois raisons :

- La masse salariale représente entre 70 et 90 % du coût de fonctionnement des opérateurs publics sanitaires et médico-sociaux.

- Les ressources de ces établissements sont intégralement définies par les pouvoirs publics sans possibilité de lever l'impôt.

- Les opérateurs publics sont de facto en concurrence avec ceux d'autres statuts, qui, évidemment, ne sont pas concernés par cette hausse de coût sans précédent.

Il va de soi que, dans un contexte où les établissements publics sont déjà confrontés à une situation financière plus que précaire (le déficit des établissements publics atteint près de 3 milliards d'euros fin 2024), ces augmentations de coûts sont insoutenables.

« NOUS ASSISTONS AUJOURD'HUI À DES DÉPARTS MASSIFS À LA RETRAITE ET, EN RAISON D'UNE ESPÉRANCE DE VIE PLUS LONGUE EN MOYENNE, CET EXCÉDENT STRUCTUREL SE TRANSFORME EN UN DÉFICIT ABYSSAL »

Survient alors une nouvelle stupéfiante de la part des pouvoirs publics : l'augmentation de cotisation sera compensée « à l'euro l'euro », actant ainsi un transfert du déficit de la caisse de retraite à l'assurance maladie.

Cette décision, dont on comprend l'intérêt à court terme pour les établissements, interroge tout de même en termes de cohérence :

- Comment peut-on justifier d'imputer le déficit d'une caisse de retraite à l'assurance maladie dont la situation est déjà loin d'être florissante. Quelle est la cohérence de ce jeu du Mistigri ?

- Ou bien doit-on s'attendre à ce que la compensation s'accompagne à terme d'une demande accrue d'économie que les établissements seront bien en peine de trouver ?

Les « effets secondaires » de cette décision d'augmenter de façon exorbitante les cotisations employeur risquent, de plus, d'entraîner très rapidement un véritable effondrement des EHPAD publics, déjà fragilisés par une triple crise

(sanitaire avec le Covid, réputationnelle avec l'affaire ORPEA, inflationniste, enfin, avec l'impact de la guerre en Ukraine) : en effet, pour les EHPAD, la compensation ne concernera que la partie assurance maladie de leurs ressources, et pas leur budget hébergement et dépendance soit pour les quatre années qui viennent, toutes choses égales par ailleurs.

Augmentation des charges de 3 à 4 % l'an et une quasi-stagnation des ressources. Que restera-t-il des EHPAD publics si une telle saignée devait se réaliser effectivement ? Or, dans bien des territoires, l'offre publique est la seule disponible et son coût pour les usagers est de 1 000 euros par mois inférieur à celui du secteur commercial.

UN REMÈDE D'OPPORTUNITÉ COMPTABLE QUI POURRAIT S'AVÉRER PIRE QUE LE MAL

Mais les effets négatifs de cette décision d'augmenter drastiquement les seules cotisations employeur vont bien au-delà, car cela n'affaiblira pas seulement les établissements publics et les collectivités territoriales : le remède va aussi, à terme, tuer le malade, à savoir la CNRACL elle-même.

À cela, trois raisons, aussi imparables que l'attraction terrestre :

- D'abord, en accroissant démesurément le coût relatif de l'emploi des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux, déjà plus important que celui des employeurs privés, mais qui atteindra près de 30 % en 2028, on incite mécaniquement les gestionnaires à recourir toujours plus à des contractuels. … et partant à réduire le nombre des cotisants à la CNRACL.

- Ensuite, parce que cela poussera les opérateurs publics, confrontés à la croissance de leurs charges, à concéder certaines activités logistiques (blanchisserie, restauration, concession de leur service pour les collectivités) qui seront assurées à moindre coût par des agents fonctionnaires, mais peut-être aussi médicotechniques (laboratoire de radiologie) pour les établissements de santé. Là encore, nous assisterons à une réduction du nombre de cotisants.

- En troisième lieu, parce qu'un nombre croissant de collectivités locales et d'établissements publics ne pourront plus payer tout ou partie de leurs cotisations, générant un manque à gagner croissant - sous forme de dette sociale pour la CNRACL. À terme, ces établissements devront réduire leur activité voire l'arrêter comme c'est d'ores et déjà le cas de certains EHPAD publics.

« L'EXEMPLE DE LA CNRACL MONTRE, S'IL EN ÉTAIT BESOIN, QUE L'EXISTENCE D'UNE CAISSE SÉPARÉE EST INCOMPATIBLE À LA FOIS AVEC L'ÉQUITÉ DE TRAITEMENT DES COTISANTS ET DES RETRAITÉS ET AVEC UN PILOTAGE À LONG TERME DE CET IMMENSE SUJET QUI EST CELUI DU FINANCEMENT DES RETRAITES »

Dans ce contexte, comment croire que l'on n'assistera pas à une réduction drastique du nombre de cotisants et donc des recettes de la CNRACL alors même que le nombre des pensionnés continuera lui à progresser durant des décennies ?

En février 2025, le rapport de la Cour des comptes commandé par le Premier ministre pour préparer le fameux « conclave » (qui semble avancer plus lentement que celui de Rome), a porté le regard au-delà de 2030 et affirmé que le déséquilibre n'était pas résorbable par les seules hausses de cotisations employeur décidées, et cela, sans même tenir compte des phénomènes d'attrition et de substitution évoqués ci-dessus.

S'il est acquis que la thérapeutique mise en œuvre par les pouvoirs publics pourrait bien tuer le malade et affaiblir gravement au passage les établissements publics et les collectivités territoriales, reste qu'il est indispensable de trouver des solutions pérennes pour conforter le financement des retraites des agents publics hospitaliers et territoriaux.

POUR UNE RÉPONSE SYSTÉMIQUE

Commençons par dire que l'ensemble de ces sujets ne se pose qu'en raison du renoncement à la création d'un régime universel de retraite. En effet, l'exemple de la CNRACL montre, s'il en était besoin, que l'existence d'une caisse séparée est incompatible à la fois avec l'équité de traitement des cotisants et des retraités et avec un pilotage à long terme de cet immense sujet qui est celui du financement des retraites.

Il n'est pas indifférent de constater en effet que, à mesure que la CNRACL s'enfonce irrémédiablement dans le déficit, l'IRCANTEC (Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités) accumule les excédents, portés par la croissance du nombre des contractuels dans la fonction publique.

De même, alors que le régime général de retraite reçoit plusieurs milliards d'euros de compensation de la CNAF d'une part et du FSV d'autre part, il n'existe aucune compensation à ce titre pour la CNRACL (un manque à gagner de 1,3 milliard d'euros).

Dans ce contexte, et sauf à remettre fortement en cause les droits acquis des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, il n'existe fondamentalement

que deux solutions qui, l'une comme l'autre, conduisent à adosser financièrement la CNRACL soit :

- Au régime de pension de l'État (dit CAS pension). On pourrait penser que cela ne devrait pas poser de problème puisque, comme l'a indiqué le 1er président de la Cour des comptes en février 2025, le régime des fonctionnaires d'État est « par hypothèse équilibré ».

- Si, par extraordinaire, le gouvernement ne souhaitait néanmoins pas assumer les déséquilibres de la CNRACL, comme il le fait pour ceux de ses propres agents, il faudra bien adosser celle-ci au régime général, en tenant compte dans la résolution du problème et la gestion de la dette, des cotisations et des actifs de l'IRCANTEC, dont les excédents ne peuvent que croître.

- Dans l'attente de ces décisions de fond - et que celles-ci produisent leurs effets - il serait largement préférable d'affecter une ressource fiscale, pour une durée déterminée, au rééquilibrage de la CNRACL, plutôt que de passer par une hausse exorbitante des cotisations, plus ou moins compensée par l'ONDAM et la branche autonomie, dont les effets pervers sont évidents au détriment des établissements publics, et donc au final des malades et des résidents. Il n'est pas sain de remettre en cause le statut de la fonction publique de façon détournée et sans qu'un débat démocratique ait lieu en ce sens. De même, obliger - sans l'assumer - les EHPAD à faire payer aux usagers des EHPAD la hausse des cotisations - soit sous forme de hausse de tarif, soit sous forme de baisse de la qualité de service - apparaît particulièrement choquant au plan éthique. En ce qui concerne les établissements publics sanitaires et médico-sociaux, l'affectation d'une quote-part de CSG (de l'ordre de + 0,2% progressivement d'ici 2028) à la CNRACL semble nettement plus claire et transparente.

UNE FOIS RÉALISÉ CE SAUVETAGE, IL SERA TEMPS DE TRANCHER UN SECOND SUJET FONDAMENTAL

Ne doit-on pas, comme pour les régimes spéciaux de la SNCF/RATP/EDF, appliquer la clause de la « grand-mère » (il y a bien plus de femmes que d'hommes parmi les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux) pour les nouveaux embauchés, ce qui implique notamment de cotiser sur la totalité de la rémunération et de calculer la retraite sur les 25 meilleures années ?

Cette solution, si elle devait être retenue, n'implique nullement de supprimer le statut de la fonction publique pour les nouveaux agents comme le démontre la situation des praticiens hospitaliers et des fonctionnaires à temps très partiel (moins de 28 heures par semaine) qui cotisent d'ores et déjà au régime général et à l'IRCANTEC. À titre personnel, il ne me semble pas démontré que le régime de retraite actuel soit, finalement, plus équitable ni même plus avantageux pour les agents publics que le régime général, comme le relève d'ailleurs le rapport des trois inspections. Est-il plus équitable d'exclure les primes du calcul des cotisations et des pensions alors que l'importance des primes varie énormément d'une profession à l'autre ? Est-il plus équitable de retenir la règle des six derniers mois alors que cela peut induire des effets d'aubaine d'une année à l'autre (un agent hospitalier ayant une carrière complète n'aura pas la même retraite selon que, par exemple, il aura fait valoir ses droits à la retraite en juin 2021, avant la mise en œuvre du complément de traitement indiciaire (190 euros par mois) ou en janvier 2021). Enfin, au-delà même des questions d'équilibre démographique, il n'y a à peu près aucune chance pour que la règle des six derniers mois corresponde à l'équilibre à long terme d'un régime, puisqu'elle est totalement déconnectée de toute notion d'équilibre actuariel.

En adossant financièrement la CNRACL au régime général et en intégrant dans ce scénario le fonctionnement de l'IRCANTEC, les pouvoirs publics sauveraient de la faillite le système de retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et éviteraient d'affaiblir durablement le service public.

Reste à trouver le courage politique de mener une telle réforme. ■

« EN ADOSSANT FINANCIÈREMENT LA CNRACL AU RÉGIME GÉNÉRAL ET EN INTÉGRANT DANS CE SCÉNARIO LE FONCTIONNEMENT DE L'IRCANTEC, LES POUVOIRS PUBLICS SAUVERAIENT DE LA FAILLITE LE SYSTÈME DE RETRAITE »

PLUS DE PROTECTION SOCIALE POUR DAVANTAGE D'ATTRACTIVITÉ POUR NOS HÔPITAUX

PAR BENOIT FRASLIN ET ARTHUR MOINET
PRÉSIDENT ET DIRECTEUR DE CABINET DE LA MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS

L'état de santé de ceux qui soignent est un enjeu de santé publique souvent occulté et insuffisamment documenté malgré son coût important.

Les derniers résultats de l'enquête Odoxa publiée par l'Observatoire MNH[1], en lien avec la Chaire santé de Sciences Po, sont pourtant édifiants : 45 % des soignants disent avoir été affectés par un problème de santé au cours des 3 derniers mois, soit deux fois plus que la population générale. 35 % des soignants déclarent en outre être en mauvaise santé psychologique, soit plus du double de l'ensemble de la population. Infirmières, aides-soignants, médecins, sages-femmes… Les soignants sont ainsi plus que la moyenne exposés au stress, à l'anxiété, à la dépression, ou bien encore à certains facteurs aggravants qui participent à une santé psychologique dégradée comme les violences ou bien la charge mentale.

D'autre part, les hôpitaux doivent aujourd'hui redoubler d'efforts pour être attractifs et fidéliser sur

le long terme leurs agents, dans un contexte de mutations sociétales faisant évoluer le rapport au travail. Malgré la spécificité des sujétions hospitalières, les nouvelles générations de soignants sont ainsi plus qu'hier attentives à ce que leur environnement de travail prenne en compte leur santé et leur bien-être.

Dans ce contexte, force est de constater que les mécanismes de protection sociale dans leur ensemble doivent s'adapter aux besoins des hospitaliers, et peuvent contribuer à répondre aux enjeux actuels de l'hôpital public.

Aussi, pour mieux protéger les hospitaliers, trois leviers peuvent en particulier aujourd'hui être activés.

LA MISE EN PLACE RAPIDE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE AU PROFIT DES HOSPITALIERS

Alors que l'instauration d'une prise en charge obligatoire d'une part du coût de la complémentaire santé remonte à un accord national interprofessionnel signé il y a près de 10 ans en ce qui concerne le secteur privé, force est de constater que cette dernière n'est toujours pas en place au sein de la fonction publique hospitalière, malgré son instauration par l'ordonnance du 17 février 2021.

En particulier, alors que sa mise en place se concrétise aujourd'hui dans la fonction publique d'État, l'on ne peut que déplorer l'absence de calendrier précis à ce jour au sein de la fonction publique hospitalière.

Au regard des besoins de santé des hospitaliers, et alors que le secteur privé lucratif dispose déjà de cet avantage, ce retard est difficilement compréhensible et ne contribue pas à l'attractivité de l'hôpital public.

Dès 2023, la MNH publiait ainsi ses propositions afin que les hospitaliers puissent percevoir à l'application de la réforme une amélioration perceptible de leur niveau de protection.

En particulier, les cahiers des charges devront notamment exiger des garanties en matière de solidarité intergénérationnelle et s'adapter aux particularités de catégories d'agents hospitaliers très hétérogènes.

D'autre part, dans le contexte hospitalier, la sous-couverture des agents en matière de prévoyance représente une problématique réelle.

Des garanties socles devront pouvoir être exigées des futurs soumissionnaires. Plus généralement, un effort de pédagogie doit probablement être mené dans une logique de prévention sur les différents types de risques et les couvertures possibles.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION

L'accentuation des efforts en matière de prévention à l'hôpital représente d'autre part un axe essentiel de l'action des différents acteurs pour mieux protéger les hospitaliers.

Ces actions doivent néanmoins être adaptées à leurs besoins spécifiques et fondées sur des données précises, afin de proposer des interventions ciblées et efficaces. C'est tout le sens du travail engagé par la Fondation MNH qui a construit des programmes de recherche centrés sur les soignants avec des partenaires universitaires. Grâce aux résultats de ces programmes, la direction de la prévention de la MNH a ainsi pu construire des premiers parcours adaptés aux besoins des soignants.

Par ailleurs, le recours à l'intelligence artificielle aura dans les années à venir un impact croissant, et devrait permettre de développer une analyse prédictive des risques, via notamment l'analyse en temps réel des comportements et des données, et représentera ainsi une avancée majeure, sous condition d'une protection efficace des données stockées.

« LES MÉCANISMES DE PROTECTION SOCIALE DANS LEUR ENSEMBLE DOIVENT S'ADAPTER AUX BESOINS DES HOSPITALIERS, ET PEUVENT CONTRIBUER À RÉPONDRE AUX ENJEUX ACTUELS DE L'HÔPITAL PUBLIC »

D'autre part, il apparaît essentiel d'avancer vers une généralisation de bilans de santé réguliers pour les soignants. Une mesure qui ne pourra néanmoins être mise en œuvre sans un renforcement des moyens alloués aux services de prévention et de santé au travail dans les établissements hospitaliers. Il semblerait en outre aujourd'hui cohérent d'avancer vers le renforcement des compétences des infirmiers de santé au travail, voire d'envisager la création d'une pratique avancée infirmière, dans une logique de fluidification des parcours de soins, et d'étoffer les actions de prévention, au plus près des besoins, c'est-à-dire dans les services. Plus largement, la revalorisation des spécialités de santé publique et de médecine du travail sera un chantier de fond à ouvrir.

La MNH est aujourd'hui très engagée en matière de prévention, notamment via l'action de son réseau de délégués prévention dans chaque département.

Par exemple, cette dernière a historiquement mis en place un programme de suivi de la santé des soignants incluant l'accès à des ateliers de gestion du stress, à des bilans de santé et des conseils personnalisés en ergonomie au travail.

Le programme Sérum Psy, qui a testé de façon positive l'impact de l'accompagnement des étudiants sur leur bien-être au travail, est un autre exemple de cet engagement.

Au-delà de cette initiative, il apparaît toutefois nécessaire et urgent de graver dans le marbre de la formation des étudiants en santé l'apprentissage des compétences psychosociales : ces dernières sont cognitives, émotionnelles, sociales et désignent par exemple la capacité à écouter activement, gérer ses émotions, mieux communiquer, gérer son stress et sa souffrance.

Cette mesure pourrait s'inscrire dans le cadre de la réforme de la formation en sciences infirmières et de la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes de 12 à 25 ans. Les compétences psychosociales feraient alors l'objet d'une unité d'enseignement (UE) dédiée dans les maquettes de formation en santé. Un enseignement qui permettrait, par là même, de renforcer les compétences clés relatives aux « soins relationnels », tels qu'envisagés par le législateur dans le cadre de la proposition de loi sur la profession d'infirmier.

POUR RELEVER CES DÉFIS, LA CONSTRUCTION D'ALLIANCES PARTENARIALES ROBUSTES

Pour réaliser ces objectifs, une approche partenariale renouvelée semble nécessaire entre les différents acteurs, notamment la Sécurité sociale, les organismes complémentaires d'Assurance maladie et les établissements de santé.

Le retard pris dans la « mise à l'agenda » de l'enjeu d'amélioration de la santé des soignants peut en particulier s'expliquer jusqu'à aujourd'hui par une coordination perfectible des acteurs impliqués et le manque de données consolidées.

Dans son dernier rapport sur l'exécution de l'Ondam[2], la Cour des comptes préconisait ainsi récemment de mieux associer les organismes complémentaires à la définition des politiques nationales de prévention.

En particulier, les acteurs mutualistes apparaissent comme des acteurs essentiels, notamment pour leur connaissance souvent fine de leurs adhérents.

La récente alliance nouée par la MNH avec la MGEN et Relyens est par exemple motivée par le partage de valeurs communes, au service de la protection des agents publics.

Plus généralement, à son échelle, la MNH agit avec différents acteurs pour faire converger les efforts.

Citons l'Urops, avec lequel des actions de dépistage sont mises en place dans des établissements hospitaliers d'outre-mer.

Le partenariat noué il y a près de 30 ans avec le Respadd, qui accompagne notamment les hospitaliers à l'arrêt du tabac, en est une autre illustration concrète.

Au-delà de ces initiatives, il nous semble utile au niveau national de créer des espaces de dialogue dédiés à la santé des soignants, comme un groupe de travail permanent au sein de la Conférence nationale de santé (CNS) ou du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). En lien avec la Haute Autorité de santé (HAS), l'élaboration de référentiels spécifiques en matière de bien-être des soignants pourrait représenter une avancée utile.

De plus, la santé des soignants mériterait de devenir un axe prioritaire du dialogue social au sein des établissements. Les partenaires sociaux pourraient être impliqués dans la mise en place de mesures concrètes, comme la création de plages de consultations réservées aux soignants ou des programmes de prévention cofinancés par l'Assurance maladie et les mutuelles affinitaires, comme la MNH[3].

Pour conclure, investir pour nos hôpitaux ne doit pas se limiter à une approche purement financière, la question de la protection des hospitaliers représentant tout particulièrement un investissement indispensable au service de l'humain et de la performance des hôpitaux.

Notons toutefois que le financement durable de la prise en charge de la protection sociale complémentaire sera incontournable, au regard de la situation financière dégradée d'une grande partie des établissements et afin d'assurer une équité territoriale. ■

INNOVATION EN SANTÉ, COMMENT TROUVER UN ÉQUILIBRE ENTRE ACCÈS ET PERTINENCE

PAR LE DR FRANÇOIS KRABANSKY
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU HAUT CONSEIL DES NOMENCLATURES

UN TERREAU FERTILE D'INNOVATIONS QUI PEINENT À ACCÉDER AU FINANCEMENT ET AU MARCHÉ

La France comptait environ 2 700 entreprises innovantes dans le secteur de la santé en 2024 dont 864 dans la biotech, 1 393 dans la medtech et 450 en santé numérique et intelligence artificielle. L'évolution a été particulièrement importante dans le secteur du numérique avec un doublement du nombre d'entreprises au cours des quatre dernières années.

L'émergence de nouvelles technologies et solutions pour les patients ou les professionnels de santé est souvent prometteuse. Les entreprises développent un produit qu'elles arrivent généralement à proposer à un nombre restreint de professionnels de santé, d'établissements ou, parfois, des complémentaires santé. Ces derniers voient dans la solution proposée une perspective d'amélioration de la prévention, de la qualité de prise en charge des patients ou d'efficacité de leur travail. Dans certains cas, les solutions intègrent des protocoles de recherche qui visent à étudier de nouvelles thérapeutiques ou de nouvelles pratiques. Les situations rencontrées par les entreprises lors de cette phase d'émergence sont nombreuses et variées. Il est à noter que l'on parle ici principalement des dispositifs médicaux, le contexte de l'innovation médicamenteuse est bien différent, car beaucoup plus cadré et codifié.

Sauf dans les cas d'intégration dans des protocoles

de recherche, ces produits ou outils innovants ne disposent pas de prise en charge par la collectivité dans cette première phase. Ils sont donc achetés directement par les utilisateurs. Hormis les outils qui peuvent améliorer le volume d'activité, ces achats représentent généralement une perte pour les acheteurs. Cette situation limite donc la capacité de financement et d'accès au marché à plus grande échelle.

Plus les dispositifs sont innovants, plus cette situation se confirme. Le monde du médicament, qui connaît toujours quelques évolutions, est moins touché, car les modalités d'évaluation et de prise en charge sont organisées, effectives et connues depuis longtemps. Par ailleurs, les entreprises qui commercialisent les molécules ont désormais les moyens de mettre en place une stratégie d'investissement à long terme et de maîtriser les risques qui en découlent. Pour les dispositifs médicaux, en particulier les outils numériques et depuis peu les outils avec intelligence artificielle, la route est longue, sinueuse et souvent mal indiquée.

UN PARCOURS LONG ET PEU LISIBLE POUR LES ENTREPRISES

La toute première étape pour les entreprises qui développent des solutions innovantes est d'obtenir le fameux marquage « CE ». Cette étape est indispensable ne serait-ce que pour permettre l'utilisation du dispositif par des professionnels de santé.

Le Graal de l'accès au marché est généralement l'obtention d'une validation de la Haute Autorité de santé (HAS). En effet, le seul moyen de bénéficier d'une prise en charge dans le droit commun par l'assurance maladie, et donc la collectivité, est d'avoir une évaluation favorable de la HAS. Cette évaluation détermine le service attendu des dispositifs, c'est-à-dire leur utilité dans les prises en charge des patients ainsi que l'amélioration du service attendu, qui compare le dispositif à l'existant afin d'identifier la plus-value du dispositif par rapport, soit à une prise en charge de référence, soit une prise en charge proche de celle du dispositif étudié.

Tous les dispositifs n'ont pas nécessairement besoin d'une évaluation de la HAS. Notamment, certains instruments ou consommables peuvent se contenter d'un marquage CE. Cette situation est en lien avec les modalités de prise en charge par l'assurance maladie et du type de dispositif, nous y reviendrons.

La plus grande difficulté pour les entreprises du secteur, et en particulier les start-up, se situe généralement à cette étape préalable à l'évaluation de la HAS. Les raisons sont multiples. La première est de comprendre que le client, le professionnel ou l'établissement qui achète le dispositif, n'est pas le payeur. Du moins, sa capacité d'achat dépend très largement des prises en charge de l'assurance maladie et des complémentaires.

La seconde est d'identifier par quelle modalité de financement est pris en charge le dispositif. C'est aujourd'hui une question compliquée, car elle dépend du type de dispositif et il n'existe pas de définitions réellement partagées des différentes catégories. Pour autant, identifier la modalité de financement est essentiel pour les entreprises, car d'elle dépend la capacité des professionnels et des établissements à acheter ou non le dispositif sans prise en charge par l'assurance maladie et donc sans avis de la HAS nécessaire.

Enfin, en fonction de la modalité de financement, un avis de la HAS peut donc être nécessaire. Cela concerne surtout les dispositifs à destination des patients, comme les prothèses par exemple. Mais certains dispositifs à destination des professionnels de santé peuvent également être concernés. Les entreprises doivent donc à ce stade déterminer si un avis de la HAS est nécessaire ou non. Si c'est bien le cas, elles doivent mettre en place une étude permettant à la HAS d'évaluer le dispositif. Une étape indispensable pour la prise en charge par l'assurance maladie qui peut être longue, voire très longue, mais également coûteuse. En effet, la mise en place d'études nécessite que le dispositif soit utilisé par des professionnels et qu'un recueil d'informations nécessaires à l'évaluation soit organisé. La durée pour le recueil de ces informations peut être conséquente et pendant ce temps, il faut trouver le moyen de financer l'utilisation du dispositif puisque l'assurance maladie ne peut le faire à ce stade.

Des aides ont été mises en place afin d'accompagner les entreprises lors de ce parcours. L'Agence de l'innovation en santé, PariSanté campus, l'Agence du numérique en santé, la plateforme G_NIUS, la BPI de façon plus globale et d'autres encore accompagnent les start-up en santé. La HAS se met également à disposition pour aider les entreprises à créer la méthode d'étude nécessaire pour la future évaluation. Elle le fait notamment dans le cadre de l'accès au forfait innovation, qui permet de bénéficier d'un financement pour cette phase d'étude. Il existe d'autres modalités d'aide au financement telles que les dispositifs dérogatoires de l'assurance maladie de prise en charge anticipée numérique (PECAN) pour des dispositifs numériques ayant une visée thérapeutique ou de télésurveillance qui ont déjà démontré des bénéfices cliniques ou organisationnels, ou de prise en charge transitoire (PECT) pour les dispositifs éligibles à la liste des produits et prestations (LPP) couvrant des besoins mal couverts dans le cadre de maladies rares. Les conditions d'obtention de ces dispositifs sont assez spécifiques et restrictives et nécessitent un usage bien décrit du dispositif. Il existe également le fonds du Référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) spécifiquement pour les actes de biologie et d'anatomopathologie. Les établissements publics peuvent également utiliser des fonds spécifiques comme les budgets pour les missions d'enseignement, de recherche de référence et d'innovation (MERRI). Enfin, les Agences régionales de santé peuvent éventuellement utiliser le fonds d'intervention régional (FIR) dans certains cas. Bien que de nombreuses aides existent, les conditions d'accès et les modalités de prise en charge semblent toujours mettre en difficulté les plus petites et jeunes entreprises.

« L'IMMENSE COMPLEXITÉ DU SECTEUR DE L'INNOVATION EN SANTÉ, QUI CONNAÎT UNE ÉVOLUTION FULGURANTE PAR RAPPORT À LA CAPACITÉ DU SYSTÈME À S'EN SAISIR, FORCE À RESTER HUMBLE SUR LES SOLUTIONS À APPORTER »

UNE VOLONTÉ COLLECTIVE D'ALLER PLUS VITE DANS L'ACCÈS À L'INNOVATION, MAIS UNE ÉVALUATION DE LA PERTINENCE QUI RESTE INDISPENSABLE DANS UN SYSTÈME SOLIDAIRE

La période suivant l'émergence du dispositif et précédant l'avis de la HAS favorable ouvrant à la prise en charge par l'assurance maladie est la cause soit d'un échec, soit d'un enlisement des entreprises. Elle retarde l'accès à des dispositifs innovants parfois d'un grand intérêt dans l'amélioration de la prise en charge des patients ou la pratique des professionnels. Les conséquences sont multiples, comme des iniquités d'accès pour les patients à des innovations qui peuvent améliorer les diagnostics ou des dispositifs thérapeutiques pouvant améliorer les chances de guérison, éviter des complications ou encore la qualité de vie et réduire les effets indésirables. Cela peut également avoir pour conséquence le retard de mise en place de dispositifs de prévention ou de dépistage pouvant éviter la survenue de maladies. Mais c'est aussi une difficulté d'accès à de nouveaux instruments ou machines pour des professionnels de santé qui peuvent améliorer la qualité des pratiques ou l'efficacité permettant d'augmenter le volume de prises en charge et réduire les délais d'accès pour les patients dans certains domaines ou spécialités.

Aussi, tous s'accordent sur le fait de devoir faciliter et optimiser cette phase critique se situant entre l'émergence d'une innovation et le passage à l'échelle permis généralement une fois le financement de droit commun par l'assurance maladie assuré. Mais cela ne doit pas se faire au détriment

de l'évaluation des dispositifs. En effet, si certains sont prometteurs, tous n'ont pas, après évaluation, les résultats escomptés. Or, dans notre système de santé solidaire dont l'équilibre est plus que jamais précaire, il n'est pas possible d'avoir une logique d'investissement massive de la collectivité avec une prise de risque inconsidérée. D'autant plus que les radiations de prises en charge sont difficiles à mettre en œuvre, or c'est un précepte de l'investissement que de pouvoir arrêter les frais en l'absence de résultat. L'argent perdu pour financer des projets sans intérêt démontré est celui du contribuable, ne l'oublions pas. Aussi, il est essentiel de conserver la garantie, apportée par l'évaluation de la HAS, d'une qualité et d'un intérêt suffisants des dispositifs avant que ces derniers ne soient pris en charge par l'assurance maladie. Bien entendu, cela ne signifie pas qu'il faille exclure toute notion d'investissement des fonds publics. Les différents financements énoncés plus haut, qui sont spécifiques aux dispositifs médicaux, en sont un exemple. Il existe d'autres financements dédiés à l'investissement en faveur de l'innovation de façon plus globale, mais qui peuvent être utilisés dans le domaine de la santé comme les subventions du plan France 2030.

COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AU PLUS GRAND NOMBRE POUR LES INNOVATIONS LES PLUS PERTINENTES

L'immense complexité du secteur de l'innovation en santé, qui connaît une évolution fulgurante par rapport à la capacité du système à s'en saisir, force à rester humble sur les solutions à apporter. Comme beaucoup de réponses aux problématiques de santé publique, il n'existe pas de solution unique et miracle qui permettrait de donner un accès quasi instantané aux innovations utiles et efficientes. Toutefois, au vu du contexte, il semble que plusieurs pistes seraient intéressantes à investir.

La première est de rendre plus lisibles les modalités de financement à terme pour les différents types de dispositifs. Pourquoi ? Parce qu'un instrument chirurgical ne sera pas financé comme un scanner ou une IRM. Qu'un dispositif médical implantable ne sera pas non plus pris en charge de la même façon qu'un dispositif numérique pour les patients ou pour les professionnels de santé. Certains sont financés par les tarifs hospitaliers via le PMSI, d'autres par un tarif à la LPP, d'autres encore sont inclus dans le tarif des actes médicaux qui comprend les charges nécessaires à leur réalisation, et pour certaines machines il existe un forfait technique qui s'adapte au taux d'amortissement. Il faut donc avant toute chose que ces modalités soient clairement définies et partagées avec tous les acteurs du secteur.

Afin de faciliter l'identification des modalités de financement, il est également nécessaire de définir des catégories pour les dispositifs médicaux innovants. En effet, c'est en fonction de la catégorie du dispositif que les modalités de financement par l'assurance maladie ainsi que la définition des tarifs sont prévues. Ces catégories permettraient aussi d'identifier les dispositifs qui nécessitent un avis HAS de ceux qui peuvent être déployés avec le seul marquage CE. Par exemple, il faut distinguer les instruments, des consommables, des machines, des dispositifs implantables entre autres. Cette liste doit être exhaustive et refléter la réalité de la pratique, suffisamment précise pour être pertinente, mais pas trop pour rester lisible et cohérente avec les modalités de financement.

L'accompagnement des entreprises développant les dispositifs les plus prometteurs en termes de qualité des soins et d'efficience du système de santé semble aussi indispensable pour les guider entre les aides de financement et les démarches administratives. Notamment en vue de réaliser les études nécessaires à l'évaluation de la HAS. Une forme de guichet unique permettant d'informer les entreprises sur les modalités d'évaluation et les solutions de financement serait une piste intéressante. Elle pourrait également proposer une priorisation de l'évaluation des dispositifs les plus prometteurs à la HAS.

Nous avons vu que les aides pour financer l'utilisation des dispositifs lors de phases d'étude permettant par la suite une évaluation de la HAS sont multiples avec des règles et des contraintes d'utilisation qui peuvent les rendre difficilement lisibles et accessibles. Réunir ces différents fonds dans une logique d'investissement en identifiant les dispositifs les plus prometteurs qui pourraient en bénéficier et en les intégrant dans une démarche évaluative semble intéressant. C'est peu ou prou ce que propose le forfait innovation, qui pourrait être renforcé et peut-être mieux adapté aux contraintes des entreprises. L'assurance maladie, qui aujourd'hui n'est que spectatrice dans l'attente de l'avis de la HAS, devrait pouvoir être partie prenante pour identifier les dispositifs qui lui semblent les plus prometteurs.

Pour renforcer la pertinence des remboursements et la justesse des tarifs proposés par l'assurance maladie, l'évaluation médico-économique des dispositifs devrait se développer. À ce jour, c'est principalement l'intérêt clinique qui est évalué. Les informations sur les impacts organisationnels et les coûts des pratiques innovantes sont peu nombreuses, entrent peu en compte dans la décision de prise en charge par l'assurance maladie et compliquent la définition des tarifs. Une analyse plus poussée de ces impacts et ces pratiques devrait accompagner systématiquement les évaluations des dispositifs.

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'accélération du déploiement des innovations ne doit pas se faire au détriment de l'évaluation de la pertinence, mais également l'efficience. Pour permettre les deux, l'accompagnement des dispositifs prometteurs lors de la phase d'étude, juste après l'émergence et avant l'évaluation par la HAS, doit être renforcé. Les entreprises doivent pouvoir identifier facilement les démarches à réaliser et comment. Pour celles identifiées comme représentant un potentiel en termes d'évolution de la qualité des prises en charge ou d'amélioration de la performance ou de l'efficience du système de santé, une logique d'investissement doit être mise en place avec un fonds clairement défini et une utilisation pragmatique. Ce fonds doit permettre de soutenir la réalisation des études permettant l'évaluation des dispositifs innovants prometteurs en prenant en charge notamment les coûts de pratiques des professionnels utilisant le dispositif et les coûts de l'étude.

Il faudra sûrement aller beaucoup plus loin pour garantir un accès rapide et sécurisé aux innovations apportant une amélioration notable dans la prise en charge des patients et la pratique des professionnels. Commencer par clarifier la situation, accompagner les entreprises qui développent ces dispositifs et simplifier les démarches à ce stade serait un bon début, mais le chemin reste long. ■

PAR VINCENT LEQUENNE,
PRÉSIDENT OXEA CONSEIL,
ENSEIGNANT ASSOCIÉ EN MASTER D'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ À L'UNIVERSITÉ PARIS DAUPHINE (DEPUIS 2002),
ENSEIGNANT ASSOCIÉ À L'ÉCOLE DE MANAGEMENT DE NORMANDIE (DEPUIS 2023),
ANCIEN CHEF DE PROJET AU SEIN DE L'ÉQUIPE SESAM VITALE INTER-RÉGIME (ANNÉES 90-2000)

LA FRAUDE À LA CARTE VITALE OU LE MYTHE DES CARTES SURNUMÉRAIRES : DÉCRYPTAGE D'UNE POLÉMIQUE RÉCURRENTE

La carte Vitale, symbole de la protection sociale française, cristallise depuis des années un débat récurrent autour des « millions de cartes surnuméraires » qui alimenteraient une fraude massive. Ce sujet, régulièrement instrumentalisé dans le débat public, mérite une analyse rigoureuse et de bon sens pour distinguer réalité administrative et fantasmes politiques.

GENÈSE ET ÉVOLUTION DU MYTHE DES CARTES VITALE SURNUMÉRAIRES

L'idée d'un « stock » de cartes Vitale excédentaires a émergé dès les premiers mois du déploiement des cartes Vitale, qui a débuté en 1996.

En réalité, la prolifération des cartes Vitale est due à plusieurs facteurs. La principale cause réside dans la décision initiale de ne pas appliquer de date de fin de validité aux cartes Vitale, contrairement à leurs cousines[1], les cartes bancaires. Cette absence de date de fin de validité, combinée à l'inexpérience des assurés qui perdaient facilement leurs cartes gratuites, a conduit les organismes d'assurance maladie à distribuer un peu trop généreusement de nouvelles cartes à ceux qui en faisaient la demande. Au-delà de la perte de carte, les familles ont également compris qu'il était possible d'en posséder plusieurs pour chaque membre[2].

Le nombre de cartes Vitale en circulation a rapidement dépassé le nombre de détenteurs potentiels. La récupération ou la mise en opposition de ces cartes excédentaires a été un processus long et complexe.

Ce n'est que vers 2010, que cette information, connue des spécialistes depuis le départ, est devenue publique. Un rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) évoquait en

2013 près de 7,76 millions de cartes surnuméraires, soit un écart de 15 % entre le nombre de cartes actives (60,36 millions) et la population éligible (52,6 millions)[3-4]. Ces données, reprises sans nuance, ont alimenté l'image d'un système gangrené par la fraude.

Aux causes principales évoquées ci-dessus, cette surreprésentation s'explique également par d'autres raisons essentiellement techniques : changements de régime (passage du régime général à celui des indépendants, par exemple), retards de mise à jour après un décès, ou doubles affiliations temporaires lors de transitions professionnelles[5]. La Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a progressivement apuré ces anomalies, invalidant 4 millions de cartes inactives entre 2019 et 2020[6-7]. En 2023, le nombre de cartes surnuméraires dans le régime général était réduit à zéro, et à moins de 35 000 pour les régimes spéciaux[8].

« LA RÉCUPÉRATION POLITIQUE DU SUJET REPOSE SYSTÉMATIQUEMENT SUR DES CHIFFRES ANCIENS, DES CONFUSIONS ENTRE DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE POPULATION OU DE DROITS »

CARTES SURNUMÉRAIRES : DE LA RÉALITÉ ADMINISTRATIVE À LA FRAUDE AVÉRÉE

Par ailleurs, au-delà des « errements » des premiers temps, les « surnuméraires » ne constituent pas automatiquement - voire quasiment pas - des outils de fraude. En 2020, sur les 58,3 millions de cartes en circulation, seuls 2,6 millions étaient considérés comme excédentaires - un chiffre en baisse de 50 % par rapport à 2019. La majorité correspondait à des doublons inactifs, non utilisés pour des prestations indues comme indiqué dans les paragraphes précédents.

La fraude avérée liée à la carte Vitale reste marginale. En 2024, les fraudes détectées sur les feuilles de soins électroniques ne représentaient que 0,023 % des transactions, soit une part infime des 6 à 8 milliards d'euros annuels de fraude sociale globale[9-10]. Les cas avérés concernent principalement :

- L'usurpation d'identité : cas où un assuré utilise la carte Vitale d'un autre assuré bénéficiant par exemple d'une exonération ou une modulation de ticket modérateur (ALD, invalidités, maternité…) ou d'une Complémentaire santé solidaire (C2S ex-CMU/ACS) le tout dans un contexte de tiers payant…

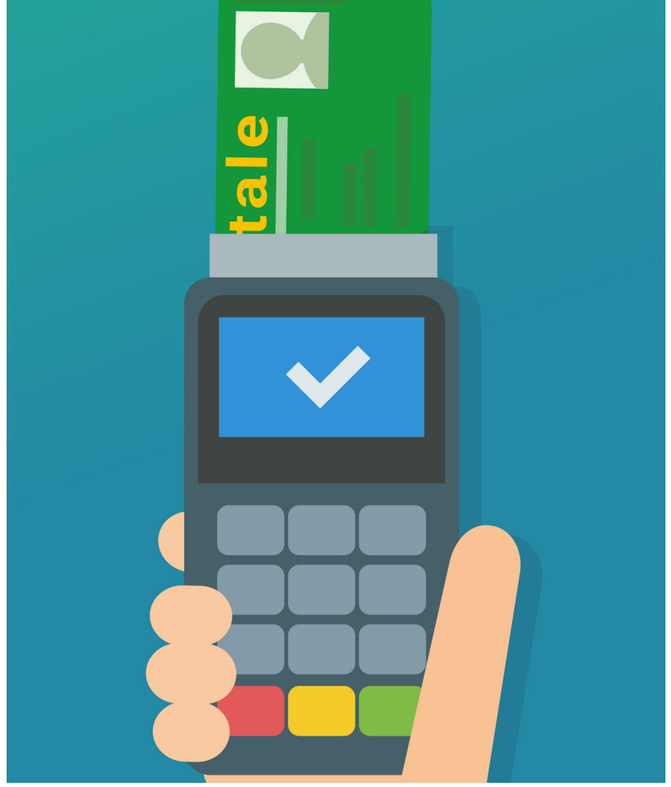
- La revente de médicaments : sachant que la carte Vitale ne favorise pas ce type de fraude qui existait bien avant son apparition.

Précisons par ailleurs que ces cas de fraude sont souvent limités par les contrôles a posteriori des caisses.

POURQUOI LE MYTHE PERSISTE-T-IL ? ENJEUX POLITIQUES ET MÉDIATIQUES

La question des cartes Vitale surnuméraires fait l'objet de récupérations politiques régulières, souvent déconnectées de la réalité des chiffres et des pratiques. Plusieurs responsables politiques ont fait de ce sujet un symbole de la lutte contre la fraude sociale, mobilisant des chiffres spectaculaires issus de rapports anciens ou de calculs erronés pour appuyer leurs propositions.

Dès la présidentielle 2022, des candidats comme Nicolas Dupont-Aignan ont fait du « scandale des millions de cartes Vitale surnuméraires » un axe de campagne, évoquant l'existence de « millions de fausses cartes Vitale en circulation, générant de colossales fraudes ». Ces affirmations s'appuient sur des estimations anciennes (jusqu'à 7,7 millions de cartes surnuméraires en 2013), sans tenir compte des efforts d'apurement menés depuis par la CNAM, ni de la distinction entre



surnombre administratif et fraude réelle.

Au Parlement, la question revient régulièrement dans les débats. Des députés et sénateurs, notamment du Rassemblement national ou des Républicains, interpellent le gouvernement sur la nécessité de « moderniser » la carte Vitale, souvent en promouvant la biométrie ou la fusion avec la carte d'identité comme solutions miracles contre la fraude. En 2023, le gouvernement a ainsi envisagé la fusion des deux cartes, une mesure présentée comme « phare » dans son plan de lutte contre la fraude sociale, bien que ses modalités restent floues et son efficacité contestée.

Le sujet est aussi instrumentalisé dans les discours de politique générale. En octobre 2024, Michel Barnier, alors Premier ministre, a fait de la « sécurisation » de la carte Vitale un levier pour réduire les dépenses publiques et lutter contre la fraude sociale, alors même qu'un rapport IGF-IGAS rappelait que la fraude avérée à la carte Vitale était résiduelle et que le coût d'une telle réforme serait très élevé par rapport aux gains attendus.

Les médias relaient ces prises de position, contribuant à entretenir la confusion entre surnombre administratif et fraude effective. Les chiffres avancés varient d'un rapport à l'autre, selon la méthode de calcul et la période considérée, ce qui alimente la persistance du mythe dans l'opinion publique. Cette focalisation sur la carte Vitale occulte souvent les véritables enjeux de la fraude sociale, qui relèvent davantage de la complexité des dispositifs et de la multiplicité des prestations que de la simple existence de doublons administratifs.

LES RÉPONSES PRAGMATIQUES : MODERNISATION ET CONTRÔLE CIBLÉ

Face à ces enjeux, les pouvoirs publics ont privilégié des mesures techniques plutôt que symboliques :

- **Portail inter-régimes :** depuis 2010, une plateforme centralisée permet de « muter » une carte Vitale lors d'un changement de régime, évitant la création de doublons.

- **Mises à jour automatiques :** les droits des assurés sont actualisés annuellement, limitant les risques d'utilisation de cartes périmées.

- **Dématérialisation :** l'application « e-carte Vitale », expérimentée depuis 2023, combine mise à jour en temps réel et authentification renforcée via FranceConnect.

Ces outils complètent des dispositifs de contrôle existants : croisement des données avec les fichiers de décès de l'INSEE, listes d'opposition en cas de perte ou vol, et vérifications aléatoires par les caisses primaires.

CONCLUSION : POUR UN DÉBAT DÉPASSIONNÉ

La récupération politique du sujet repose

systématiquement sur des chiffres anciens, des confusions entre différentes catégories de population ou de droits, et une assimilation abusive entre surnombre administratif et fraude réelle.

La fraude liée à la carte Vitale existe, mais elle est marginale et mieux contrôlée que ne le laissent croire certains discours. De nos jours, l'enjeu n'est plus de traquer des millions de fantômes, mais de garantir un accès équitable aux soins pour les 99,977 % de transactions régulières.

Le mythe des cartes Vitale surnuméraires relève davantage d'une angoisse collective face à la complexité administrative que d'une réalité frauduleuse. Si la modernisation du support reste nécessaire – notamment via la dématérialisation –, elle ne saurait occulter les vrais défis de la protection sociale. ■

RÉCUPÉRATIONS POLITIQUES
AU SUJET DES CARTES VITALE SURNUMÉRAIRES

FAUX

Nicolas Dupont-Aignan (Debout la France) - 2021

« Des millions de fausses cartes Vitale » (5,2 millions) — *Le monde (octobre 2021)*

✕ *Utilisation de chiffres anciens et contradictoires, confusion entre surnombre administratif et fraude réelle*

Stéphane Le Rudulier (Les Républicains) - Août 2022

« 7 millions de cartes Vitale en trop » — *TF1 (août 2022)*

✕ *Chiffre daté de 2013, repris d'un ancien rapport IGF/IGAS, alors que le surnombre réel en 2022 était très inférieur*

Patrice Martin (Rassemblement National) - Février 2025

« 2,6 millions de cartes surnuméraires » (déclaration 2020), « 3,1 % de fraude sociale »

✕ *Chiffres anciens, non actualisés ; amalgame entre surnombre administratif et fraude effective* — *Question Assemblée nationale (février 2025)*

Charles Prats (relayé sur Facebook) (ex-magistrat, relais RN) - Avril 2024

« Entre 5 et 8 millions de fausses cartes Vitale » — *Les surligneurs (avril 2024)*

✕ *Confusion entre nombre de personnes inscrites au RNIAM et nombre réel de cartes actives, amalgame entre droits ouverts et cartes en circulation*

Commission des affaires sociales (Assemblée nationale) - Transpartisan - Novembre 2020

« 1,8 million de cartes surnuméraires » — *Le monde (octobre 2021) - TF1 (août 2022)*

✕ *Estimation basée sur un écart administratif, sans prise en compte des corrections et des cas particuliers (expatriés, retraités à l'étranger, etc.)*

Liste des principales récupérations politiques du sujet des cartes Vitale surnuméraires, avec pour chaque cas : l'identité du politique, son parti, la date, les chiffres cités et les erreurs ou approximations associées.

Sources :

À L'HEURE OÙ LES CONTRATS COLLECTIFS DEVIENNENT LA NORME, NOTAMMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE AVEC LA RÉFORME PSC, LA PLACE DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ DANS LA PRÉVENTION MÉRITE D'ÊTRE REPENSÉE. MATTHIEU SAINTON (ASSOCIÉ CHEZ EUROGROUP CONSULTING) ET DAVID OLLIVIER-LANNUZEL (PRÉSIDENT DE L'UROPS) CONFRONTENT LEURS POINTS DE VUE SUR UN SYSTÈME DE SANTÉ DEVENU DIFFICILEMENT LISIBLE, ET SUR LES CONDITIONS POUR RECRÉER UN CONTINUUM DE PRÉVENTION EFFICACE ET COHÉRENT AUTOUR DE L'USAGER.

LA COUVERTURE SANTÉ EST DE PLUS EN PLUS DIFFICILE À COMPRENDRE POUR L'USAGER. POURQUOI ?

Matthieu Sainton : On a construit un système dans lequel l'usager est progressivement devenu un spectateur. Tout d'abord, le processus de remboursement est découpé et ce n'est qu'à la fin que le patient connaît son reste à charge, une fois que l'AMC a effectué son remboursement, même si elle est majoritaire. Force est de constater que le professionnel de santé informe rarement sur le remboursement et sur la prise en charge : qui rembourse quoi ? À quel moment ? Sur quelle base ? L'individu ne sait plus. Et pour un même soin, le financeur principal peut varier : l'hôpital est pris en charge par l'AMO, les lunettes par l'AMC. Ce jeu à géométrie variable complique énormément la lecture.

David Ollivier Lannuzel : Et cela se traduit concrètement dans la compréhension des garanties. Un tableau de garanties, c'est illisible pour un assuré lambda. On ne comprend ni le niveau de remboursement réel, ni l'articulation entre les acteurs. Il y a un vrai besoin de pédagogie, mais personne ne s'en empare réellement. Résultat : certains se demandent s'ils ne paient pas pour rien, notamment lorsqu'ils ne consomment pas ou peu de soins.

MS : Par ailleurs, le choix de la complémentaire n'est généralement pas réalisé par l'usager : avec la généralisation de la PSC, seuls les retraités et les indépendants choisissent réellement leur mutuelle. C'est-à-dire que 60% des Français éligibles ne choisissent pas réellement leur contrat de complémentaire santé. Ceci affaiblit énormément le lien avec sa « mutuelle ».

COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ET PRÉVENTION : RECONSTRUIRE UN CONTINUUM AU SERVICE DE L'USAGER

MATTHIEU SAINTON
ASSOCIÉ CHEZ EUROGROUP CONSULTING

DAVID OLLIVIER-LANNUZEL
PRÉSIDENT DE L'UROPS

AVEC LE SOUTIEN DE CAMILLE DUGELAY, MANAGER CHEZ EUROGROUP CONSULTING

DOL : Ce qui est intéressant, c'est que le monde mutualiste est d'abord construit sur un lien avec un métier. Quand on voit certains résultats de la PSC pour les ministères, on est contraint de constater que ce lien affinitaire est parfois remis en cause.

MS : En effet, nous avons d'ailleurs fait une étude auprès d'une population assez large et le premier critère de choix pour retenir une mutuelle, c'est le prix et la rapidité du remboursement. Le côté affinitaire et serviciel est totalement passé au second plan.

COMMENT RECRÉER UNE COHÉRENCE DANS LA PRISE EN CHARGE ?

MS : Il faut donc accepter que l'AMC n'est plus l'acteur affinitaire qu'elle a longtemps été. C'est devenu un produit standard, imposé par l'employeur. Pour recréer un lien, elle doit proposer plus que du remboursement : des services utiles, adaptés à la réalité de ses bénéficiaires. Et la prévention peut être ce levier, si elle est pensée intelligemment.

DOL : Absolument. Je fais une distinction claire entre la prévention d'intérêt général, qui relève de l'AMO - vaccination, dépistages, grands programmes de santé publique - et une prévention plus ciblée, de terrain, que les complémentaires peuvent porter. C'est notamment vrai dans les branches professionnelles ou les ministères dans le cadre de la PSC, avec des actions construites sur mesure : TMS, santé mentale, aménagement du poste… On ne fait pas de la prévention "générique" : on fait de la prévention contextualisée.

CE CONTINUUM EST-IL DÉJÀ EN TRAIN D'ÉMERGER ?

MS : Il y a des avancées. Mon Espace Santé, par exemple, peut contribuer à créer une continuité d'information entre les acteurs du soin. Mais ce n'est pas suffisant. Et surtout, ces outils restent difficilement accessibles à certaines populations : personnes âgées, précaires, primo-arrivants… Si on n'y prend pas garde, on reproduit les inégalités au lieu de les corriger.

DOL : Et du côté des complémentaires, on observe parfois un empilement de services plus qu'un projet structurant. Les actions les plus efficaces sont celles construites avec les employeurs ou les DRH, sur des problématiques ciblées. C'est là que se joue la capacité à rendre la prévention visible, utile et mesurable.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DE CE CONTINUUM ?

MS : Il faut sortir d'une logique en silo. Aujourd'hui, médecine de ville, médecine du travail, mutuelles, assurance maladie… ne se parlent pas. Or, c'est l'usager qui fait le lien, et il est seul. Prenez un agent de cantine scolaire en retour progressif à l'emploi : la médecine du travail le suit, mais pas son médecin traitant, et… parfois par sa mutuelle, s'il dépend d'une mutuelle qui a mis en place un parcours spécifique. Il faut penser la prévention comme une responsabilité partagée entre tous les acteurs du parcours de vie.

DOL : Nous manquons d'un véritable corps de professionnels de la prévention en entreprise. Il nous faut des préventeurs, des infirmiers de santé au travail, des coordinateurs. Ce chaînon est aujourd'hui absent. Et pourtant, c'est là, au croisement entre santé publique, santé au travail et action sociale, que le système pourrait gagner en efficacité.

ET LA RESPONSABILISATION DANS TOUT ÇA ? FAUT-IL ALLER VERS PLUS D'INDIVIDUALISATION ? PEUT-ON IMAGINER SORTIR DU DÉSÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ SANS FAIRE CONTRIBUER PLUS LES INDIVIDUS ?

MS : Je crois peu à la responsabilisation individuelle isolée. Dans une société où les inégalités d'accès à la santé sont criantes, cela reviendrait à pointer du doigt ceux qui n'ont pas les moyens de faire autrement. En revanche, je crois à la responsabilisation collective : les employeurs ont un rôle central à jouer.

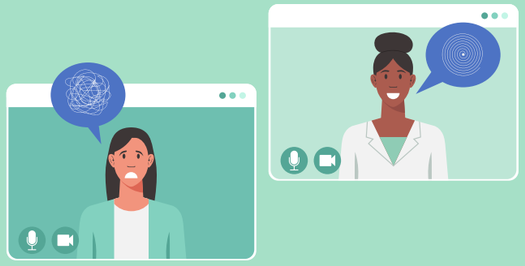
DOL : Il faut trouver le bon équilibre. Je suis également réservé sur les malus individuels. En revanche, des incitations positives - des bonus sur la cotisation pour les adhérents qui s'engagent dans des parcours de prévention - me semblent intéressantes. Mais à condition qu'elles ne renforcent pas l'exclusion de ceux qui, pour des raisons économiques, sociales ou culturelles, ont plus de mal à s'impliquer dans ces parcours.

Sur la question économique, il faut avoir un regard particulier sur les exonérations de charges sociales qui représentent près de 80 milliards d'euros en France. Là encore, on a perdu en lisibilité sur ces exonérations et sur comment est financée la protection sociale. Avant de vouloir « taxer » l'usager, la remise à plat des exonérations est peut-être à étudier.

MS : Il faut également noter que des systèmes de bonus/malus existent au niveau des entreprises notamment en lien avec les indemnités journalières. À ce titre, si remise à niveau des exonérations sociales il y a, on pourrait imaginer des bonus/malus associés à des indicateurs de santé pour favoriser la responsabilisation collective et non individuelle.

CONCLUSION

La réforme PSC marque une bascule : la complémentaire santé devient un produit collectif, impersonnel, souvent prescrit. Dans ce contexte, la prévention peut redevenir un espace d'innovation, de différenciation et d'impact. Mais elle ne peut fonctionner sans une clarification des rôles entre AMC et AMO, sans une coopération renouvelée avec les employeurs, et sans une structuration de l'écosystème de la prévention. C'est à cette triple condition que les complémentaires retrouveront une place utile dans un système de santé enfin pensé autour de l'usager. ■



EFFICIENCE DES SOINS EN FRANCE, LA TÉLÉSANTÉ, UN LEVIER À PORTÉE DE MAIN

PAR LE DR NICOLAS LEBLANC ET PAUL MARTIN GOUSSET
DIRECTION MÉDICALE DE LIVI FRANCE

Le système de santé français, parmi les plus dépensiers de l'OCDE (11,9 % du PIB), voit ses dépenses de soins primaires croître rapidement sous l'effet combiné du vieillissement de la population, des maladies chroniques et de l'innovation biomédicale. La France consacre ainsi 923 euros par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) aux soins ambulatoires, bien au-dessus de la moyenne européenne à 689 euros par habitant (PPA), avec une efficience encore perfectible.

Malgré une multiplication des dispositifs destinés à son amélioration (médecin traitant, ROSP, MSP, CPTS, Mon Espace Santé…), les effets restent insuffisants et lents. Les limites sont multiples : gouvernance éclatée entre ville et hôpital, pilotage financier complexe, évaluation de la qualité quasi absente en soins primaires, coordination encore embryonnaire, faible attractivité des métiers et surpondération du paiement à l'acte aux dépens de celui des parcours.

Face à ces blocages structurels, quatre leviers d'efficience, accessibles au consensus, se dégagent :

- Le renforcement de la coordination des soins,
- L'évaluation systématique de leur pertinence,
- La mobilisation de tous les professionnels de santé,
- Le développement massif de la télésanté, seule action immédiatement mobilisable à grande échelle.

En somme, améliorer l'efficience des soins primaires est une nécessité dont l'urgence s'accroît. Elle est aussi bien financière que sanitaire. Si une réforme structurelle globale s'impose, la télésanté en est le déclencheur le plus rapide et accessible à court terme.

« AMÉLIORER L'EFFICIENCE DES SOINS PRIMAIRES EST UNE NÉCESSITÉ DONT L'URGENCE S'ACCROÎT. ELLE EST AUSSI BIEN FINANCIÈRE QUE SANITAIRE. SI UNE RÉFORME STRUCTURELLE GLOBALE S'IMPOSE, LA TÉLÉSANTÉ EN EST LE DÉCLENCHEUR LE PLUS RAPIDE ET ACCESSIBLE À COURT TERME »

L'EFFICIENCE EN SOINS PRIMAIRES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

De manière résumée, l'efficience consiste à optimiser les ressources entrantes pour produire des biens et des services avec des objectifs quantitatifs et qualitatifs mesurables[1]. On peut également résumer l'efficience des soins par un rapport entre 3 critères interconnectés : l'accessibilité, la qualité et les coûts. Ainsi, l'efficience dans le système de soins peut être définie comme la capacité à maximiser la qualité et l'accessibilité des soins avec des ressources limitées, en minimisant les dépenses pour un niveau optimal de services de santé.

L'efficience en santé est complexe à mesurer au regard des périmètres couverts. Il n'en demeure pas moins, comme le souligne Y. Bourgueil, que « l'efficience et sa mesure peuvent être envisagées comme un moyen de clarifier les objectifs et définir les règles du jeu pour les acteurs[2] ». Or, le montant des dépenses induites par les ordonnateurs en ambulatoire (c'est une part importante des 249 milliards de la CSBM en 2023) conjugué aux contraintes budgétaires invite à en poser rapidement les bases.

LES SOINS PRIMAIRES : UNE NÉCESSITÉ D'EFFICIENCE

La dynamique structurelle d'augmentation des dépenses des soins ambulatoires est forte. Elle est établie sur un périmètre qui comprend les soins de médecins et de sages-femmes, les soins d'auxiliaires médicaux, les soins dentaires, la biologie médicale, les transports sanitaires et les cures thermales. Considérant que le parcours médecin traitant est le fondement des trajectoires des patients et donc l'inducteur principal des dépenses de santé, une manière d'envisager les dépenses de santé serait de considérer les médecins de ville comme des donneurs d'ordre avec le spectre des dépenses couvertes par ces ordres. Il s'agirait ici

de voir le volume des dépenses induites et donc pilotables par les ordonnateurs ambulatoires. Cette donnée n'est pas disponible en l'état. Elle nécessiterait vraisemblablement un travail de définition du périmètre d'analyse : prescription d'examens paracliniques, médicamenteux et de matériel médical, de consultations spécialisées, de soins par les auxiliaires médicaux, d'hospitalisations programmées, etc.

Il est fort à parier que les dépenses sous contrôle ambulatoire sont supérieures à celles présentées dans les publications de la Drees dans son rapport annuel des dépenses de santé en France. Or, les inducteurs des dépenses de santé sont structurels et vont continuer à peser lourdement. Il s'agit des dépenses liées au vieillissement des populations, aux revenus et à l'innovation médicale[3].

Le paysage épidémiologique montre, depuis plusieurs décennies, la croissance forte des maladies chroniques au premier rang desquelles les pathologies tumorales et cardiovasculaires. D'autre part, les maladies associées à nos modes de vie et à l'environnement pèsent de plus en plus, comme en témoignent les chiffres du diabète et de l'obésité, en lien avec le tabac, l'alcool, la sédentarité, et la pollution de l'air dans le monde comme en France. Parallèlement, les politiques publiques fondées sur le virage ambulatoire et domiciliaire amplifient les enjeux du ressort des soins ambulatoires. Tous ces éléments appellent à un changement de paradigme en matière de gestion des soins primaires. Pour faire face aux tensions et au besoin de soins croissant, une meilleure efficience est nécessaire.

LA TÉLÉSANTÉ, UN LEVIER RAPIDEMENT MOBILISABLE DE L'EFFICIENCE DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE

Afin d'améliorer l'efficience des soins primaires, il convient de structurer l'action publique autour de quatre leviers désormais bien identifiés : la prise en charge collective des patients, l'amélioration de la pertinence des soins via l'évaluation, le déploiement de la télésanté et la mobilisation accrue des professionnels de santé. Toutefois, ces leviers ne présentent pas le même degré de maturité opérationnelle. La télésanté, appuyée sur des outils numériques largement disponibles et des usages déjà répandus, constitue une solution immédiatement activable à grande échelle. À l'inverse, les trois autres axes nécessitent des transformations structurelles profondes du système de santé, en matière de gouvernance, de formation, de financement et de coordination, dont la mise en œuvre s'inscrit nécessairement dans un temps long.

« LA FRANCE EST AINSI PARMI LES PAYS DE L'OCDE QUI ONT LE MOINS RECOURS À LA TÉLÉCONSULTATION QUI REPRÉSENTE MOINS DE 4 % DES ACTES CONTRE 16 % EN MOYENNE DANS L'ENSEMBLE DES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE »

La digitalisation, et en particulier la télésanté, s'est imposée comme un levier d'efficience incontournable. En France, la crise Covid-19 a révélé le potentiel de la téléconsultation, passée de 500 000 actes remboursés en 2019 à 17 millions en 2020. Pourtant, depuis 2020, on observe une baisse significative (-30 %) du recours à la téléconsultation pour atteindre 11,6 millions d'actes remboursés en 2023[4].

La France est ainsi parmi les pays de l'OCDE qui ont le moins recours à la téléconsultation laquelle représente moins de 4 % des actes contre 16 % en moyenne dans l'ensemble des pays de l'Union européenne[5].

POURTANT, LES BÉNÉFICES EN TERMES D'EFFICIENCE SONT DOCUMENTÉS

- Gain de temps médical à moindre coût : une téléconsultation dure en moyenne 10,5

minutes contre 18 minutes en présentiel[6]. Dans le même temps, depuis la convention médicale de 2025, la téléconsultation est valorisée à 25 euros contre 30 euros pour une consultation en présentiel. Ainsi, si on passait de 4 % de téléconsultations en 2024[7] à 10 % de téléconsultations, soit 30 millions d'actes contre 12 millions actuellement, l'économie serait alors de 90 millions d'euros simplement par la différence de coût unitaire entre la téléconsultation et la consultation physique (18 millions d'actes x 5 euros d'économie par acte).

- Réduction des inégalités d'accès : la téléconsultation, en particulier celle proposée par les platesformes de téléconsultation, permet aux patients éloignés des soins d'avoir accès à un médecin facilement quand ils en ont besoin. Ainsi, en 2022, 18 % des patients ayant téléconsulté sur les plateformes n'avaient pas de médecin traitant contre 7 % pour ceux qui ont téléconsulté hors plateforme[8]. En France, 10 % de la population n'a pas de médecin traitant. De même, « en comparaison à l'ensemble des patients téléconsultants, les patients ayant téléconsulté en plateforme résidaient davantage dans des communes avec une faible accessibilité aux MG » et 41 % résidaient en zone à faible densité médicale (ZIP) contre 28,5 % de l'ensemble des patients téléconsultants[9].

- Évitement des consultations spécialisées inutiles : la téléexpertise s'est fortement développée depuis 2 ans. En 2024, on recense plus de 50 000 actes par mois, contre moins de 10 000 sur l'année 2020[10]. Cette pratique permet de renforcer considérablement la coordination professionnelle, puisque son fondement même consiste à demander l'appui d'un autre professionnel médical. Elle est, en elle-même, une rémunération de la coordination des soins. Elle permet enfin d'apporter une réponse au patient à coût maîtrisé, puisqu'elle est facturée 30 euros au total (20 euros pour le requis et 10 euros pour le requérant).

- Évitement des urgences évitables : la téléconsultation permet de réduire le recours aux urgences. Un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation a un coût unitaire de 224 euros contre 25 euros pour une téléconsultation. Ainsi, la téléconsultation permet déjà aujourd'hui de réaliser une économie de 113 millions d'euros chaque année[11].

« À L'HEURE OÙ LES CHANGEMENTS DU MONDE MODIFIENT LES PRIORITÉS POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES, L'EFFICIENCE N'EST PLUS UNE OPTION PARMI D'AUTRES AUX HORIZONS LOINTAINS »

- Réduction des coûts pour le système de santé : la télémédecine aide à limiter la pression exercée sur les structures de soins physiques, permettant de réduire les coûts liés aux consultations non nécessaires en présentiel. En France, cette réduction des coûts est encore à un stade de développement, tandis qu'en Suède, pays précurseur, elle est déjà ancrée dans le système, contribuant à limiter les dépenses de soins. Ainsi, en Suède, la téléconsultation présente un coût unitaire inférieur de 158 dollars par rapport à la consultation physique, soit une réduction des coûts de l'ordre de 40 %. Cette estimation inclut à la fois les coûts directs et les coûts indirects pour chacun des deux modèles de prestataires ainsi que pour les utilisateurs des services. Ainsi, en 2017, en Suède, « si 10 % des visites de soins primaires effectuées aujourd'hui dans les cliniques traditionnelles étaient effectuées par voie numérique, les économies financières brutes s'élèveraient à environ 114 millions de dollars américains. Les économies totales pour la société s'élèveraient à environ 229 millions de dollars[12] ». Ces économies sont à mettre en perspective avec la population suédoise, 10 millions d'habitants. Elles laissent envisager le potentiel dans un pays sept fois plus peuplé comme la France. En Allemagne, « selon le parlement de la République fédérale (Bundestag), la téléconsultation aurait permis globalement d'économiser de 200 à 300 millions d'euros chaque année, sur la période 2018-2022[13] ».

En France, les perspectives de réduction des coûts liés à l'utilisation de la télémédecine sont également très importantes. Ainsi, développer la téléconsultation permettrait de réaliser des économies substantielles[14] :

- 293 millions d'euros économisés par la baisse des dépenses de transport pour les patients optant pour la téléconsultation ;

- 67 millions d'euros de réduction des dépenses relatives aux consultations de généralistes et de spécialistes ;

- 284 millions d'euros d'économies générées dans les services d'urgences.

Enfin, pour la gestion des maladies chroniques, développer la télémédecine permettrait de faire « de 6 % à 21 % d'économies selon les maladies » avec un impact notamment sur les dépenses de transport, les indemnités journalières, les traitements médicamenteux et les consultations médicales et paramédicales[15].

CONCLUSION

À l'heure où les changements du monde modifient les priorités politiques et économiques, l'efficience n'est plus une option parmi d'autres aux horizons lointains. En ce qui concerne les soins, le socle du système demeure ce qui se passe en ville. C'est ici que la population noue ses premiers contacts avec les professionnels de santé. C'est ici que ces professionnels de santé reçoivent les patients, posent leurs diagnostics, prescrivent, piquent, pansent, délivrent, analysent, orientent, réconfortent, suivent et accompagnent avec engagement. C'est là que tout commence, où tout se noue ou presque. Et c'est ici que le système se lézarde, comme en témoignent les difficultés d'accès aux soins, les difficultés de la permanence des soins, les tentatives longues et partielles d'organisation collective et pluridisciplinaire, la territorialisation poussive tant la ressource est rare, les tensions entre les acteurs, et les propositions de loi radicales qui émergent. Enfin, c'est ici aussi que les difficultés hospitalières trouvent en partie leurs sources. De plus, l'accroissement naturel des dépenses de santé conjugué aux difficultés d'accès aux soins, de plus en plus mal vécues par les Français, engage à trouver des solutions multiples à la fois structurelles et rapides. Il n'y a pas un remède miracle, mais un éventail de mesures qui pourraient de proche en proche améliorer la situation. La télésanté et la téléconsultation en font partie. La crise Covid a déployé les usages dans un premier temps. Et même si le soufflé est retombé depuis, il est tout à fait vraisemblable qu'une dynamisation de cette activité constitue une voie à portée de main pour soulager les maux qui minent l'accès aux soins pour nos concitoyens. ■

Sources :

UNE APPROCHE PLURIANNUELLE POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ

PAR SOPHIE BEAUPÈRE
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE D'UNICANCER

Le financement et l'organisation de notre système de santé reposent historiquement sur un cadre annuel, incarné depuis 1996 par la création de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce cadre budgétaire établit un objectif annuel de recettes et de dépenses pour la Sécurité sociale et est voté chaque année par le Parlement dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). La logique court-termiste qu'il embrasse contraint aujourd'hui la capacité de notre système de santé à anticiper les besoins de santé et à calibrer les ressources nécessaires pour y répondre de manière durable. Plus largement, l'absence de planification et de cadre stratégique pluriannuel - au-delà du seul financement - freine la mise en œuvre des évolutions indispensables à la pérennité de notre système de santé, et limite sa capacité à répondre durablement aux enjeux de santé publique, parmi lesquels la lutte contre le cancer.

La mise en œuvre d'une stratégie pluriannuelle en santé répond tout d'abord à un impératif de transformation des politiques de prévention et de dépistage organisé. Le cancer est aujourd'hui la première cause de mortalité par maladie en France, avec près de 150 000 décès chaque année, et son incidence a doublé au cours des trente dernières années. Alors que 40 % des cancers pourraient être évités en agissant sur les principaux facteurs de risque - tabac, alcool, malnutrition et surpoids/obésité -, les politiques traditionnelles de prévention et de dépistage se heurtent à des difficultés persistantes, la France accusant un retard important eu égard aux résultats de participation aux trois programmes de dépistage organisé. Cette transformation exige un changement d'échelle et de paradigme global en faveur d'une politique de prévention personnalisée basée sur les risques individuels, et ne pourra se concrétiser qu'au travers de l'adoption d'une stratégie de long terme, fondée sur une vision pluriannuelle et dotée de financements pérennes.

En parallèle, alors que les besoins en santé croissent, sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques, les inégalités territoriales d'accès aux soins persistent, accélérées par la crise de démographie médicale. Une situation héritée à la fois d'un manque d'anticipation de l'évolution démographique et épidémiologique, et d'une planification stratégique insuffisante des formations médicales, paramédicales et administratives. En

NB : Dépistage organisé du cancer colorectal : 34,2% d'adhésion en 2023
Dépistage organisé du cancer du sein : 56,9% d'adhésion en 2023
Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : 59,5% d'adhésion en 2023

France, le secteur de la santé emploie plus d'1,3 million de professionnels au service de l'intérêt général de la santé de la population. Les enjeux de démographie médicale et de fidélisation des professionnels sont ainsi centraux pour maintenir l'excellence de la prise en charge. Salaires, formation, qualité de vie au travail, reconnaissance professionnelle, sont autant de leviers pour redynamiser l'emploi en santé et consolider les équipes de soins à travers tout le pays. Ils sont actionnables à condition d'adopter une véritable politique d'investissements pluriannuels dans les ressources humaines.

Offrir un cadre de long terme aux acteurs en matière de financement et de capacité d'investissement est indispensable afin d'accélérer la recherche, et pour garantir l'accès de tous les patients sur l'ensemble du territoire aux innovations en oncologie. À titre d'illustration, il conviendrait de rendre encore plus accessibles les actes de biologie moléculaire, outils devenus indispensables pour orienter les parcours de soins et les stratégies thérapeutiques proposées aux patients atteints de cancer, éviter l'errance diagnostique et les pertes de chance, et accélérer la recherche clinique. À ce jour, l'absence de trajectoires de financement pérennes nuit considérablement au développement de nouveaux tests sur le territoire national, et à l'élargissement de leur recours, alors même qu'ils constituent un levier important d'économies pour le système de santé. La construction d'un environnement propice à l'innovation est un levier stratégique majeur afin de répondre aux enjeux d'attractivité, de compétitivité et de souveraineté nationale.

Unicancer se réjouit des discussions engagées en vue de la signature d'un nouveau protocole de pluriannualité. Cet outil constitue un levier stratégique majeur pour garantir la pérennité et la pertinence des actions menées par les Centres de lutte contre le cancer dans la déclinaison de la stratégie décennale de lutte contre le cancer. En assurant la prévisibilité des ressources et en définissant des priorités ainsi que des engagements réciproques, ce protocole pluriannuel permettra de renforcer la coordination entre les établissements de tous statuts, d'optimiser l'impact des projets, et de soutenir la recherche et l'innovation au service des patients.

Il apparaît toutefois que la mise en place d'une loi de programmation en santé, à l'instar de ce qui existe dans d'autres secteurs stratégiques comme la défense ou la recherche, est désormais un jalon nécessaire pour répondre aux défis de l'organisation des soins face aux impératifs démographiques, de prévention ou encore d'innovation. Le virage vers une programmation pluriannuelle doit guider la transformation de notre système de santé grâce à une stratégie affirmée afin d'engager les réformes clés visant à une prise en charge d'excellence, globale et coordonnée des patients, partout dans les territoires, dans une logique de pertinence, d'efficacité et d'économies indispensable à la soutenabilité du modèle de santé français. ■

DOSSIER

QUEL RÔLE LES ACTEURS DE L'INTÉRIM DANS L'ACCOMPAGNEMENT VERS LE RETOUR À L'EMPLOI ET QUELLE COMPLÉMENTARITÉ AVEC FRANCE TRAVAIL ?

PAR YCE PARTNERS
STÉPHANIE ANDRIEUX – ASSOCIÉE FONDATRICE
ÉLODIE PERRIN – CONSULTANTE SENIOR
VIOLETTE CANDAT – CONSULTANTE
ASMAA EL WADGHIRI – CONSULTANTE

Face aux transformations rapides du marché du travail, les entreprises de travail temporaire (ETT) s'imposent comme des acteurs essentiels, qui permettent d'améliorer l'adéquation entre l'offre et la demande de travail, réduisant ainsi les difficultés de recrutement dans les différents bassins d'emploi. Le réseau constitué de plus de 10 000 agences implantées sur tout le territoire assure une proximité qui garantit à la fois une connaissance fine des besoins en compétences des entreprises et des travailleurs disponibles dans chaque bassin d'emploi. Cette expertise du placement et du recrutement positionne les agences de travail temporaire comme partenaires incontournables de France Travail pour favoriser le retour à l'emploi des demandeurs d'emploi et l'insertion des publics les plus fragiles. C'est dans ce contexte que France Travail et Prism'emploi, l'organisation professionnelle représentant les professionnels du recrutement et du travail temporaire, ont décidé de renforcer leur coopération avec la signature d'une nouvelle convention-cadre en mars 2025. Ce dossier spécial, à travers le regard d'experts du secteur (France Travail, Adecco, Actual, Adequat), vise à mieux comprendre les enjeux de cette collaboration et le rôle-clé des acteurs de l'intérim pour améliorer la fluidité du marché du travail.

LE MARCHÉ DE L'INTÉRIM EN FRANCE, QUE FAUT-IL RETENIR ?

Le secteur de l'intérim en France est dominé par trois acteurs majeurs internationaux (Adecco, Manpower et Randstad) qui se partagent plus d'un tiers d'un marché de 39,2 milliards d'euros en 2023, mais aussi riche d'un maillage de nombreux acteurs de taille plus réduite, parfaitement insérés dans l'économie des territoires, qui assurent les deux tiers des recrutements d'intérimaires. Le secteur a connu une décennie de très forte croissance jusqu'à atteindre un pic historique en janvier 2022 avec 862 000 équivalents temps plein[1]. Aujourd'hui, environ 3 % des emplois sont occupés par des travailleurs intérimaires, contre moins de 2,5 % dix ans plus tôt. Ces emplois sont aujourd'hui moins précaires, entre autres grâce à la formule du CDI intérimaire qui s'est rapidement développée jusqu'à bénéficier à environ 50 000 salariés. Répondant principalement aux besoins ponctuels en main-d'œuvre dans l'industrie, la construction, le transport/logistique et le commerce, les entreprises de travail temporaire ont considérablement élargi leur périmètre d'action au-delà du simple placement d'intérimaires. Aujourd'hui, la formation constitue un pilier straté-

« AUJOURD'HUI, ENVIRON 3 % DES EMPLOIS SONT OCCUPÉS PAR DES TRAVAILLEURS INTÉRIMAIRES, CONTRE MOINS DE 2,5 % DIX ANS PLUS TÔT. CES EMPLOIS SONT AUJOURD'HUI MOINS PRÉCAIRES, ENTRE AUTRES GRÂCE À LA FORMULE DU CDI INTÉRIMAIRE QUI S'EST RAPIDEMENT DÉVELOPPÉE JUSQU'À BÉNÉFICIER À ENVIRON 50 000 SALARIÉS »

1. Xerfi (2024). Le marché de l'intérim en France.

LES 4 AXES
DU PARTENARIAT STRATÉGIQUE ENTRE FRANCE TRAVAIL ET PRISM'EMPLOI

1. ***Renforcer les synergies territoriales***
2. ***Agir sur les offres d'emploi difficiles à pourvoir***
3. ***Se concentrer sur les publics prioritaires, notamment les travailleurs handicapés et les bénéficiaires du RSA***
4. ***Développer les compétences et contribuer à la construction de parcours de formation pour accélérer le retour à l'emploi***

gique de leur offre, qui permet de valoriser les parcours professionnels des travailleurs temporaires, d'élargir le vivier de main-d'œuvre disponible pour pourvoir les emplois vacants, et ainsi de mieux répondre aux exigences croissantes de qualification des entreprises clientes. Les ETT transforment l'intérim en facilitant l'acquisition de compétences répondant aux évolutions du marché du travail, tout en diversifiant leurs activités vers le recrutement permanent, l'outplacement et le conseil RH, permettant de réduire leur dépendance au climat économique et à un marché fortement cyclique.

UNE ARTICULATION ENTRE FRANCE TRAVAIL ET LES ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE QUI TEND À SE RENFORCER EN RÉPONSE AUX ENJEUX DU MARCHÉ DU TRAVAIL

Dans un marché de l'emploi marqué par une pluralité d'acteurs et de dispositifs, la question de l'articulation entre France Travail et les autres acteurs, en particulier les acteurs privés, de l'emploi est centrale. C'est dans cette perspective que France Travail et Prism'emploi ont signé, en mars 2025 et sous le haut patronage d'Astrid Panosyan-Bouvet, ministre chargée du Travail et de l'Emploi, une convention-cadre triennale. Cet accord marque une étape importante dans le renforcement de leur coopération, afin de mieux répondre aux défis du marché du travail et de coordonner leurs actions au service des demandeurs d'emploi et des entreprises.

Ce partenariat vise à structurer les actions conjointes autour de quatre axes majeurs. Tout d'abord, il s'agit de renforcer les synergies territoriales en coordonnant mieux les interventions entre les différents réseaux (900 agences France Travail et plus de 10 000 agences d'emploi privées) pour répondre plus efficacement aux besoins spécifiques des entreprises et des demandeurs d'emploi dans les différents bassins d'emploi. Ensuite, l'accord entend agir sur les offres d'emploi difficiles à pourvoir, en particulier dans les secteurs en tension et les métiers émergents, en mobilisant des dispositifs comme les périodes de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP) - permettant de confirmer des projets professionnels grâce à des situations réelles de travail -, la méthode de recrutement par simulation (MRS) - permettant d'évaluer les compétences des candidats à partir d'exercices pratiques, sans se baser sur le CV - ou encore les préparations opérationnelles à l'emploi individuelles (POEI) - permettant de former un demandeur d'emploi aux compétences requises pour un poste avant son embauche. Ensuite, ce partenariat vise à favoriser l'insertion des publics prioritaires, notamment les personnes en situation de handicap ou les bénéficiaires du RSA, grâce à une mobilisation conjointe des ressources humaines et des expertises des deux réseaux, en lien avec les autres acteurs de l'insertion (missions locales, Cap Emploi, etc.). Outre les agences d'intérim, les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) occupent une place à part entière dans le marché de l'emploi, en combinant activité économique et accompagnement social renforcé. En 2024, 56 420 personnes ont suivi un parcours d'insertion via une ETTI[2]. Conventionnées par l'État dans le cadre de l'insertion par l'activité économique (IAE), ces structures s'adressent à des publics très éloignés de l'emploi (bénéficiaires du RSA, jeunes sans qualification, chômeurs de longue durée…) en combinant l'acquisition d'expériences professionnelles au travers des missions d'intérim et un accompagnement socioprofessionnel renforcé. À la différence des agences classiques, les ETTI s'inscrivent avec succès dans une logique de parcours vers l'emploi durable, avec pour objectif une insertion réelle et pérenne. Partant du projet professionnel de la personne accompagnée, elles alternent missions en entreprise, formation et suivi individualisé, afin de renforcer l'employabilité et ont démontré une réelle efficacité : avec plus de 60% de sorties positives, le taux d'accès à l'emploi approche 50 %, dont une fois sur deux en emploi durable[3], soit des résultats supérieurs aux formules classiques d'emplois aidés, pour un coût inférieur à celui des autres structures d'IAE et alors que les bénéficiaires pris en charge par les ETTI sont en situation plus difficile[4].

Enfin, la convention vise à développer les compétences à travers des parcours de formation et de reconversion adaptés, pour combler les écarts entre les compétences détenues par les candidats et celles requises par les entreprises, et ainsi favoriser un retour rapide et durable à l'emploi.

« DANS UN MARCHÉ DE L'EMPLOI MARQUÉ PAR UNE PLURALITÉ D'ACTEURS ET DE DISPOSITIFS, LA QUESTION DE L'ARTICULATION ENTRE FRANCE TRAVAIL ET LES AUTRES ACTEURS, EN PARTICULIER LES ACTEURS PRIVÉS DE L'EMPLOI EST CENTRALE »

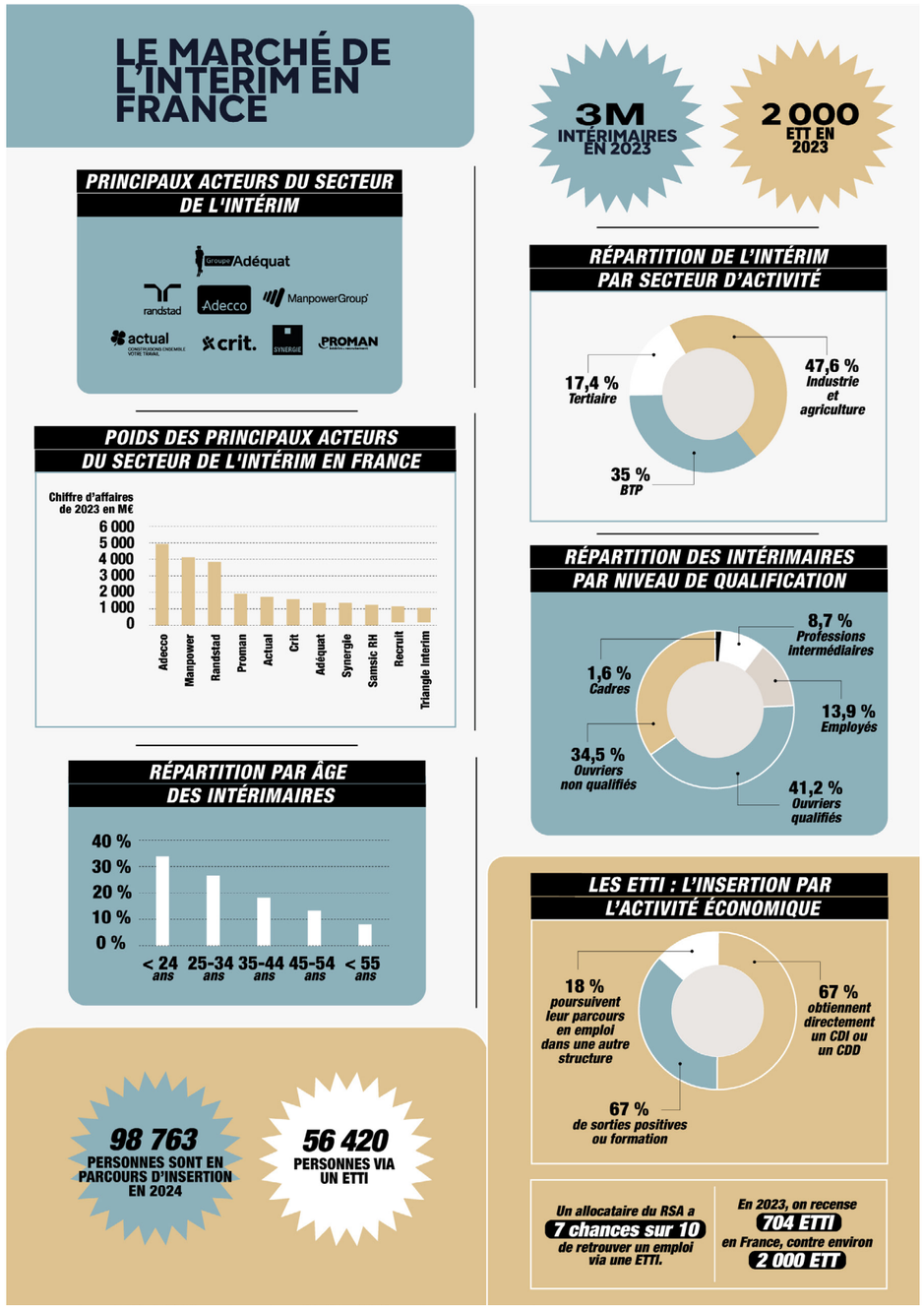
Cette coopération vient renforcer une réalité de terrain : historiquement centrées sur la réponse immédiate aux besoins de main-d'œuvre, les ETT se placent désormais comme opérateurs essentiels de l'accompagnement à l'évolution des parcours professionnels en proposant des services intégrés, incluant formation, immersion en entreprise et en développant des parcours d'insertion qualifiants qui complètent l'action des opérateurs publics. Ce rôle élargi fait des agences d'emploi un levier majeur d'accélération des parcours vers l'emploi durable. Cette complémentarité s'appuie sur les atouts respectifs de chaque acteur : les agences d'intérim, dotées d'une connaissance fine et souvent en temps réel des besoins des employeurs et du bassin d'emploi, sont en mesure de proposer rapidement des missions adaptées, tandis que France Travail mobilise un large vivier de candidats et apporte son expertise et ses moyens en matière d'accompagnement socio-professionnel, d'orientation et de formation. Enfin, la coopération entre France Travail et les agences d'intérim s'appuie de plus en plus sur des expérimentations technologiques fondées sur le partage des données et l'intelligence artificielle. À titre illustratif, l'expérimentation en cours de partage des informations entre les deux réseaux doit permettre de favoriser la diffusion des offres d'emploi des ETT aux demandeurs d'emploi répondant aux compétences attendues. Ces chantiers de transformation importants d'interopérabilité des systèmes ouvrent des perspectives tout à fait intéressantes pour gagner en efficacité dans la mise en relation entre employeurs et demandeurs d'emploi et ainsi améliorer concrètement la fluidité du marché du travail.

Ce dossier donne la parole à plusieurs acteurs-clés de ce partenariat : des groupes d'intérim – Actual, Adecco, Adéquat –, et à l'opérateur public France Travail. À travers ces entretiens, nous souhaitons mettre en lumière les complémentarités, les réussites concrètes et les axes de développement de cette coopération, afin de contribuer à une réflexion collective sur le retour à l'emploi dans un écosystème agile et coordonné.

2. Poncelet, J. (2024). Chiffres clés 2024 des entreprises d'intérim. La fédération des entreprises d'insertion.

3. BLASCO, Julien (2024) « Quelle situation professionnelle après un parcours en insertion par l'activité économique ? » Dares Analyses n°9.

4. FARGES Audrey, Raphaël FROGER (2023) « Comment l'insertion en emploi six mois après un contrat aidé non marchand évolue-t-elle depuis 2015 ? » Dares Analyses n°11.



AVEC PLUS DE 10 000 AGENCES À TRAVERS LES TERRITOIRES, EN QUOI LES ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE SONT-ELLES DES PARTENAIRES DE FRANCE TRAVAIL POUR RÉDUIRE LES TENSIONS ENTRE L'OFFRE ET LA DEMANDE SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI ?

Les acteurs du travail temporaire sont des partenaires historiques de France Travail. Notre coopération s'est intensifiée dans le cadre de la structuration du réseau pour l'emploi. Le travail temporaire est souvent un marchepied essentiel pour de nombreux demandeurs d'emploi, notamment les plus éloignés, vers un emploi durable. Nous ne voyons pas d'opposition entre l'intérim et l'emploi pérenne, mais plutôt une articulation dans une logique de parcours. Les agences d'emploi ont une connaissance fine du tissu économique local et des besoins des entreprises. Elles jouent donc un rôle clé dans la réduction des tensions de recrutement. Notre objectif commun est clair : permettre aux demandeurs d'emploi de retrouver un travail et aux entreprises de trouver les compétences dont elles ont besoin. Dans ce contexte, un rapprochement de nos offres de services doit permettre de gagner en efficacité pour répondre à cet enjeu.

FACE AUX MUTATIONS DU MARCHÉ DE L'EMPLOI ET AUX DÉFIS CROISSANTS DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE, FRANCE TRAVAIL ET PRISM'EMPLOI ONT RENFORCÉ LEUR COOPÉRATION AVEC UNE NOUVELLE CONVENTION-CADRE SIGNÉE EN MARS 2025. QUELS SONT LES PRINCIPAUX ENJEUX DE CETTE CONVENTION ?

Notre partenariat avec les acteurs du travail temporaire s'articule autour de cinq axes.

Le premier concerne la réponse aux tensions de recrutement, un enjeu central. L'objectif est de renforcer notre

AYMERIC MORIN
DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DÉLÉGUÉ DE FRANCE TRAVAIL EN CHARGE DE L'OFFRE DE SERVICES

« LE TRAVAIL TEMPORAIRE EST SOUVENT UN MARCHEPIED ESSENTIEL POUR DE NOMBREUX DEMANDEURS D'EMPLOI, NOTAMMENT LES PLUS ÉLOIGNÉS, VERS UN EMPLOI DURABLE »

« À TERME, NOUS SOUHAITONS PARTAGER DAVANTAGE LA CONNAISSANCE DES PUBLICS ET DES ENTREPRISES, DANS L'OBJECTIF DE RENFORCER L'EFFICACITÉ COLLECTIVE »

collaboration en matière de sourcing partagé des candidats, afin de mieux répondre aux besoins des entreprises. L'exemple des Jeux Olympiques illustre bien cette capacité de mobilisation conjointe qui a permis de répondre aux besoins importants pendant cette période exceptionnelle, notamment dans le secteur de la sécurité. Ce type de synergie s'applique également à d'autres secteurs en tension comme la logistique ou l'industrie. Dans cette logique, une expérimentation est en cours pour permettre à certaines agences d'intérim un accès facilité à notre base de demandeurs d'emploi, sous réserve de l'accord explicite de ces derniers. Deux acteurs majeurs, Adecco et Synergie, participent activement à ce pilote.

Le second axe repose sur le croisement de nos publics et de nos offres de services. Nous coopérons sur des dispositifs particulièrement efficaces comme par exemple les immersions professionnelles (PMSMP). Ce dispositif permet aux employeurs de rencontrer des profils et d'évaluer leur adéquation au poste, sans engagement contractuel ni contrainte juridique, France Travail se substituant à l'employeur pour les aspects réglementaires. C'est également une opportunité précieuse pour les candidats de découvrir un environnement professionnel, de se familiariser avec les métiers et les missions qui y sont associées. Nous développons ces actions en étroite coopération avec les agences d'intérim. Nous mobilisons également la méthode de recrutement par simulation (MRS), qui permet d'évaluer les habiletés des candidats indépendamment de leur expérience ou de leur formation initiale. Ce dispositif est particulièrement adapté aux personnes éloignées de l'emploi. Les Préparations opérationnelles à l'emploi (POE) constituent un autre levier structurant. Il s'agit de formations courtes, ciblées sur les besoins spécifiques d'un poste, co-construites avec les entreprises. Ces actions favorisent une prise de poste rapide et une meilleure adéquation entre les compétences acquises et les attentes de l'entreprise. Ces différents dispositifs, qui ont fait leurs preuves, permettent à la fois aux entreprises d'identifier les candidats adaptés à leurs besoins et aux demandeurs d'emploi de découvrir de manière très concrète un métier ou un secteur d'activité et de se projeter.

Le troisième axe concerne l'amélioration de la visibilité des offres d'emploi. Les agences privées de l'emploi adressent chaque année à France Travail un flux de plus de trois millions d'offres, soulignant leur rôle central dans le marché de l'emploi. Nous œuvrons à optimiser l'exposition de ces offres auprès des demandeurs d'emploi et à renforcer la pertinence des candidatures adressées aux employeurs, afin de mieux répondre à leurs attentes et d'augmenter l'efficacité des mises en relation.

Le quatrième axe repose sur une collaboration pour l'accès des publics les plus éloignés de l'emploi. L'accompagnement des publics les plus éloignés de l'emploi, notamment les bénéficiaires du RSA et les travailleurs en situation de handicap, constitue l'un des piliers de notre

coopération avec les acteurs de l'intérim. Les ETTI (Entreprises de travail temporaire d'insertion) jouent un rôle central dans cette dynamique. Elles sont des partenaires historiques, déjà fortement mobilisées sur ces enjeux. Mais notre ambition est d'élargir le spectre, en intégrant également les agences d'intérim « classiques » dans un continuum de solutions. Cela permet de proposer une réponse plus massive et plus souple, adaptée à la diversité des situations des personnes accompagnées. Plus largement, dans le cadre de l'accompagnement rénové des allocataires du RSA, nous travaillons dans une quarantaine de territoires pilotes avec les agences d'emploi pour identifier des entreprises prêtes à accueillir ces publics dans une logique de parcours vers l'emploi durable. Notre objectif commun est clair : ouvrir le champ des possibles pour les publics fragilisés, en s'appuyant sur la réactivité, la capacité d'innovation et l'ancrage territorial des acteurs de l'intérim, pour bâtir des solutions d'insertion pérennes.

Enfin, le cinquième axe porte sur la territorialisation de l'action, qui passe par une coopération quotidienne, entre les agences de France Travail et les agences d'emploi privées. Au regard de la puissance du réseau des agences d'intérim, cette coopération est essentielle.

QUEL EST LE RÔLE DE FRANCE TRAVAIL CONCERNANT PLUS SPÉCIFIQUEMENT LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET L'ACCOMPAGNEMENT AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET QUELLE COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES ACTEURS DE L'INTÉRIM ?

La formation professionnelle est au cœur de notre stratégie, notamment sur les métiers en tension. Dans un contexte budgétaire contraint, France Travail met de plus en plus l'accent sur les formations individuelles, préalables à l'embauche, pour un effet direct et rapide sur le retour à l'emploi. Les agences d'intérim, via leurs propres organismes de formation ou leurs partenaires, jouent un rôle essentiel dans ce dispositif. Nous menons aussi des expérimentations croisées, associant France Travail, entreprises utilisatrices, organismes de formation et agences d'intérim. Des modèles innovants comme « Cuisine Mode d'emploi » illustrent la pertinence de ces approches nouvelles, en construisant des parcours intégrés de formation et d'accès à l'emploi.

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'UN PARTENARIAT EFFICACE AVEC LES ACTEURS DU TRAVAIL TEMPORAIRE ? QUELS SONT LES AXES DE DÉVELOPPEMENT POUR LA SUITE (EX : INNOVATIONS, EXPÉRIMENTATION SUR LE PARTAGE DE DONNÉES, ÉVÈNEMENTS, ETC.) ?

Nous travaillons ensemble sur des approches innovantes, notamment en matière de recrutement augmenté par la donnée et l'IA. Les agences ont développé des outils similaires aux nôtres (préqualification, matching, etc.) : nous partageons les mêmes objectifs et avons tout intérêt à croiser nos expériences et nos bonnes pratiques.

Dans cette même dynamique, France Travail développe actuellement un CRM commun aux opérateurs du réseau pour l'emploi, pensé comme un outil de partage d'informations sur les entreprises et les besoins de recrutement. L'objectif est de créer une vision commune du marché, où chaque acteur ne travaille plus en silo. Même si ce CRM concernera dans un premier temps les opérateurs publics, nous envisageons d'associer les agences privées à sa conception pour garantir l'interopérabilité et la cohérence d'ensemble.

Par ailleurs, nous travaillons dans une logique d'aller vers les entreprises, ce qu'on appelle notre « team entreprise », qui vise à mutualiser les efforts de prospection auprès des employeurs, pour leur présenter l'offre de service commune au réseau pour l'emploi. L'idée est simple : lorsqu'un acteur du réseau rencontre une entreprise et identifie un besoin, cette information doit pouvoir circuler dans tout l'écosystème, afin d'apporter collectivement une réponse rapide et adaptée aux besoins de l'employeur.

Notre stratégie de relation employeur s'est d'ailleurs largement inspirée des bonnes pratiques développées par les agences d'intérim, en termes de proximité, de réactivité et de compréhension des besoins. À terme, nous souhaitons partager davantage la connaissance des publics et des entreprises, dans l'objectif de renforcer l'efficacité collective.

Au fond, l'enjeu n'est pas de savoir qui place un candidat ou répond à un besoin, mais bien que chaque personne retrouve un emploi et que chaque entreprise trouve la compétence qu'elle recherche. C'est cette philosophie partagée qui guide notre action.

INTER-VIEW

CAMILLE GUEZENNEC

DIRECTRICE DES AFFAIRES PUBLIQUES ET DE LA PROSPECTIVE, MEMBRE DU COMEX THE ADECCO GROUP FRANCE

JULIA PAJOT

RESPONSABLE DES PARTENARIATS INSTITUTIONNELS

THE ADECCO GROUP EST UN GROUPE INTERNATIONAL LEADER SUR LE SECTEUR DE L'INTÉRIM, POUVEZ-VOUS PRÉSENTER PLUS EN DÉTAIL LES ACTIVITÉS DU GROUPE ?

Présent dans plus de 60 pays, le Groupe Adecco couvre toute la chaîne de valeur des ressources humaines à travers ses trois filiales :

- Adecco, la filiale principale, qui est positionnée sur toutes les solutions liées à l'emploi et au recrutement (ex : travail temporaire, placement (CDD/CDI), formation, travail temporaire d'insertion) ;
- La filiale LHH, cabinet de conseil spécialisé dans les transformations RH des organisations ;
- La filiale Akkodis, acteur mondial de l'ingénierie et de l'IT, qui accompagne ses clients sur leurs projets R&D, transformation digitale, ingénierie numérique.

La France est le principal pays d'intervention du Groupe Adecco et représente près de 25% de son chiffre d'affaires. Avec ses 15 800 collaborateurs répartis dans 1 400 agences en France, le Groupe Adecco dispose d'un vaste réseau qui lui permet une connaissance fine des différents bassins d'emploi et une capacité d'intervention à grande échelle. L'entreprise accompagne également chaque année 16 000 personnes éloignées du marché du travail à travers le réseau Adecco Inclusion et sa filiale de travail temporaire d'insertion Humando qui existe depuis maintenant trente ans.

EN TANT QUE LEADER DU SECTEUR DU TRAVAIL TEMPORAIRE ET DU RECRUTEMENT, QUEL RÔLE JOUE ADECCO AUPRÈS DE SES ENTREPRISES CLIENTES, CANDIDATS ET PLUS LARGEMENT VIS-À-VIS DU MARCHÉ DU TRAVAIL ?

Avec 400 000 mises à l'emploi chaque année auprès de 47 000 entreprises clientes, Adecco est un opérateur de l'emploi à part entière avec un triple rôle :

- Accompagner les candidats sur le chemin de l'emploi, de l'insertion et de la sécurisation des parcours tout au long de leur carrière ;
- Accompagner les entreprises dans leur recrutement sur des métiers difficiles à pourvoir ;
- Accompagner la montée en compétences à travers son organisme de formation professionnelle Adecco Training.

Le Groupe a pour devise : *"Make the Future work for everyone"* qui signifie faire en sorte que chacun trouve sa place sur le marché du travail. En alliant la performance économique et la performance sociale, le Groupe contribue ainsi à la réduction des tensions sur le marché du travail et au développement de l'emploi et des compétences sur l'ensemble du territoire.

Plus largement, les acteurs du travail temporaire sont des intermédiaires clés du marché du travail et déploient leurs ressources aux côtés des pouvoirs publics pour atteindre l'objectif de plein-emploi. Cette reconnaissance s'inscrit dans la

« FAIRE EN SORTE QUE CHACUN TROUVE SA PLACE SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL »

continuité de la loi de cohésion sociale de 2004-2005, qui considère les entreprises de travail temporaire comme des acteurs à part entière au sein de l'écosystème du service public de l'emploi. Cette dynamique s'est renforcée avec la création du CDI intérimaire, il y a plus de dix ans. Ce contrat innovant permet au candidat de bénéficier à la fois d'un CDI et du modèle de l'intérim, un dispositif de flexisécurité à la française qui a rencontré son public avec près de 200 000 contrats signés depuis sa mise en place.

La loi pour le plein-emploi, qui confirme le rôle de France Travail comme coordinateur de l'écosystème des acteurs de l'emploi, conforte également le rôle des opérateurs privés comme partenaires incontournables pour répondre aux enjeux du marché du travail.

QUELS SONT LES ENJEUX DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE POUR LA POPULATION INTÉRIMAIRE ET QUELLES ACTIONS SONT PORTÉES PAR ADECCO SUR CE THÈME ?

La formation est un levier central du modèle économique du travail temporaire et un sujet d'investissement majeur pour le Groupe qui forme chaque année, à travers Adecco Training, environ 50 000 personnes, dont 7 500 sur des parcours longs de reconversion en alternance.

Entre 2019 et 2021, 25 % des ETP (équivalent temps plein) intérimaires ont changé de secteur et de métier, soulignant le rôle clé du secteur dans les transitions professionnelles, notamment en période de crise.

Avec plus de 700 millions d'euros investis chaque année, le secteur consacre 3,35 % de sa masse salariale à la formation, soit deux fois plus que l'obligation légale. Cet engagement vise à sécuriser les parcours, maintenir l'employabilité et répondre efficacement aux attentes des entreprises utilisatrices. Pour réaliser ces investissements, Adecco mobilise à la fois les fonds de son OPCO, des financements internes et également d'autres ressources issues des partenaires institutionnels comme les régions et France Travail.

Adecco est aussi fortement mobilisé auprès de France Travail pour former les demandeurs d'emploi, notamment à travers les dispositifs de préparation opérationnelle à l'emploi collective et individuelle (plus de 2 000 POE ont déjà été réalisées par Adecco Training en 2024, première année durant laquelle a été déployé ce dispositif pour des contrats d'intérim). Un grand nombre d'intérimaires étant inscrits auprès de France Travail en tant que demandeurs d'emploi, la collaboration entre France Travail et Adecco permet de construire des parcours de formation et d'insertion adaptés, avec des résultats tangibles à l'issue du recrutement en intérim : 1 an après leur embauche en intérim, 70% des candidats sont encore en emploi (alors que plus de 80% d'entre eux n'étaient pas en emploi avant le recrutement en intérim).

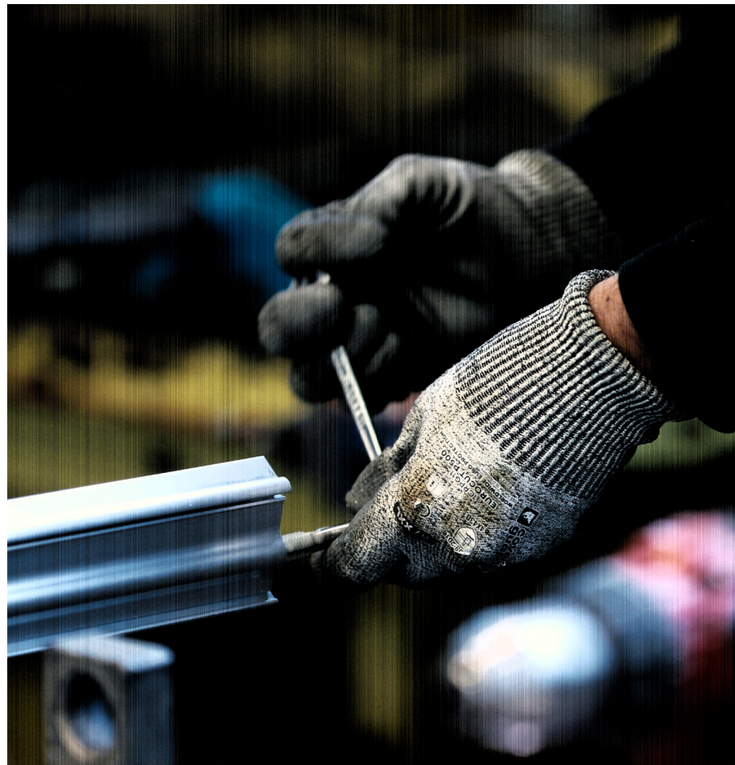
EN TANT QUE RÉSEAU D'AGENCES DE PROXIMITÉ ET EXPERT DE L'EMPLOI, COMMENT ADECCO IDENTIFIE LES FREINS À L'EMPLOI RENCONTRÉS PAR LES CANDIDATS, NOTAMMENT CEUX LES PLUS ÉLOIGNÉS DU MARCHÉ DU TRAVAIL, ET QUELLES SOLUTIONS/DISPOSITIFS PROPOSEZ-VOUS SELON LES CAS (JEUNES, SENIORS, ETC.) ?

Le fort ancrage territorial d'Adecco permet de toucher des publics éloignés de l'emploi. Par exemple, en 2024, 11 % de nos intérimaires résidaient dans les quartiers dits prioritaires (QPV). Notre conviction est que la connaissance fine des freins à l'emploi (manque de qualification, problème de mobilité, problème de confiance, etc.) combinée à la mise en place de solutions adaptées au niveau local à travers des dispositifs dédiés comme le Réseau Adecco Inclusion, Humando, et Diversité Plus permet de répondre à ces publics plus fragiles.

La filiale Humando, spécialisée dans l'insertion professionnelle, accompagne ainsi divers publics en difficulté (ex : bénéficiaires du RSA, handicapés, réfugiés) avec un suivi social et professionnel renforcé, incluant la formation pour plus de 30 % des bénéficiaires. Avec plus de 70 % de sorties positives vers l'emploi ou la formation, le travail temporaire d'insertion est un levier efficace pour l'emploi et l'économie locale, avec un effet de levier important : 8 euros redistribués pour 1 euro investi par l'État.

Les bénéficiaires du RSA représentent aujourd'hui environ 25 % des personnes accompagnées par Humando. Dans le cadre de la réforme « Plein-emploi », Adecco a renforcé sa collaboration avec France Travail, notamment via des expérimentations locales (comme dans le Nord) pour mieux informer ces publics sur les opportunités du travail temporaire d'insertion. Cette coopération se développe désormais à plus grande échelle, avec un objectif clair : mobiliser les forces complémentaires de France Travail et du réseau Adecco pour accompagner efficacement davantage de bénéficiaires du RSA vers l'emploi. Cette dynamique s'appuie sur une expertise déjà existante qu'il s'agit maintenant de déployer plus largement sur le territoire.

Par ailleurs, le dispositif Diversité Plus a été conçu pour répondre aux besoins de publics situés à la frontière entre l'insertion et l'emploi classique, à l'instar d'individus ayant vécu une longue période de rupture professionnelle et qui ne sont pas éligibles au dispositif d'insertion par l'activité économique. Ces personnes sont proches de l'emploi et n'ont pas besoin d'un accompagnement socioprofessionnel intensif comme celui proposé par Humando, mais nécessitent néanmoins un appui supplémentaire pour accéder à un contrat d'intérim classique. Pour cela, une dizaine d'agences Adecco ont été dotées de recruteurs spécialement formés par Humando pour offrir aux bénéficiaires un accompagnement personnalisé par exemple sur des questions de posture et de confiance



« LA FORMATION EST UN LEVIER CENTRAL DU MODÈLE ÉCONOMIQUE DU TRAVAIL TEMPORAIRE ET UN SUJET D'INVESTISSEMENT MAJEUR POUR LE GROUPE »

en soi. L'objectif est d'identifier et de lever les freins à l'emploi sans entrer dans un parcours d'insertion formel, tout en renforçant les liens de proximité avec les acteurs du territoire (France Travail, missions locales, associations…).

Un autre public sur lequel Adecco est historiquement très engagé est celui des réfugiés. Cet engagement se poursuit aujourd'hui, notamment aux côtés de France Travail dans le cadre de l'initiative Travailler en France, qui vise à faciliter la mise en relation entre réfugiés et offres d'emploi disponibles.

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'UN PARTENARIAT EFFICACE AVEC FRANCE TRAVAIL ?

Le partenariat entre le Groupe Adecco et France Travail repose sur trois niveaux complémentaires :

- Une relation complémentaire fondée sur des objectifs communs : former, mettre à l'emploi et réduire les tensions sur le marché du travail ;

- Une collaboration s'appuyant sur l'innovation. À titre illustratif, l'outil CV Maker, développé par Adecco avec notre filiale Akkodis. Cet outil d'intelligence artificielle transforme un récit de parcours en un CV structuré, facilitant l'accès à l'emploi. Il est désormais intégré à l'offre de services de France Travail. Des projets conjoints sont également organisés comme les opérations « Du Stade vers l'Emploi », qui mobilisent les valeurs et compétences du monde du sport pour favoriser l'insertion. Ce partenariat s'étend aussi à des expérimentations technologiques, incluant le partage de données et l'intelligence artificielle. Adecco et France Travail expérimentent actuellement de nouvelles formes de partage d'informations dans le respect du RGPD, en mutualisant leurs bases de données pour mettre en relation des offres d'emploi avec des profils de demandeurs d'emploi adaptés ;

- Une relation de prestataire de France Travail, notamment à travers nos filiales LHH (accompagnement des demandeurs d'emploi) et Adecco Training (formations des collaborateurs France Travail).

À travers le réseau « Les entreprises s'engagent », Adecco était présent au festival « UNIQUES » co-organisé par France Travail et l'association Diversidays en mai 2025, et qui a accueilli 20 000 participants : demandeurs d'emploi, recruteurs, conseillers et associations.

Cet évènement est une bonne illustration de l'importance du travail en écosystème et des synergies entre acteurs, et c'est sans doute cet axe qu'il faut continuer de renforcer dans un contexte où une entreprise sur deux dit être confrontée à des difficultés de recrutement et où plus de 5 millions d'individus sont encore inscrits à France Travail. Il est crucial que les actions en faveur de la sécurisation de parcours vers un accès durable à l'emploi s'appuient sur le développement de dispositifs concertés, ancrés localement, et portés par une diversité d'acteurs.

POUVEZ-VOUS PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS LE GROUPE ACTUAL ET SON IMPACT SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI ?

Actual est une entreprise fondée en 1991 à Laval, en Mayenne. Forte de plus de 30 ans d'existence, Actual s'impose comme un acteur de poids dans le domaine de l'emploi avec 600 agences réparties sur l'ensemble du territoire, y compris en Outre-mer. L'entreprise compte 4 000 collaborateurs et intervient aujourd'hui dans une diversité d'activités : intérim, placement, recrutement, accompagnement des demandeurs d'emploi et formation (initiale, continue, professionnelle).

Avec 1,6 milliard de chiffre d'affaires, nous nous positionnons parmi les cinq premiers acteurs nationaux du marché de l'emploi. Nous ambitionnons de devenir le leader français avec une approche singulière, fondée sur un ancrage territorial fort et des méthodes qui se distinguent des grands groupes leaders du marché, qui sont des sociétés étrangères et financiarisées, par une plus grande proximité et une souplesse d'action. Nous occupons aujourd'hui la 5e place sur le marché du recrutement, et sommes également le 3e opérateur en matière d'accompagnement des demandeurs d'emploi, soulignant notre engagement sur toute la chaîne de l'emploi et de l'insertion.

Les agences d'emploi, comme Actual et d'autres acteurs privés du secteur, ont un rôle déterminant sur le marché du travail pour favoriser l'intermédiation entre offres et demandes d'emploi. L'un des enjeux structurels du marché du travail aujourd'hui réside dans le décalage persistant entre les compétences détenues par les candidats et celles attendues par les entreprises. Cette inadéquation, souvent criante dans certains secteurs en tension, impose d'accompagner et de construire des parcours de formation adaptés pour les candidats pour leur permettre de rencontrer les besoins des entreprises.

« UN ENJEU CENTRAL RÉSIDE DANS LA CAPACITÉ À MIEUX PARTAGER L'INFORMATION ENTRE FRANCE TRAVAIL ET LES AGENCES D'INTÉRIM »

EN QUOI L'ARTICULATION AVEC FRANCE TRAVAIL ET LES AGENCES D'EMPLOI PEUT-ELLE ÊTRE UN LEVIER POUR RÉDUIRE LES TENSIONS SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL ?

Il existe aujourd'hui près de 900 agences de proximité France Travail contre environ 13 000 agences d'entreprises de travail temporaire. Cette différence structurelle reflète deux approches complémentaires du marché de l'emploi. D'un côté, France Travail a accès à l'ensemble des demandeurs d'emploi, du fait de son rôle d'opérateur de service public. De l'autre, les agences d'emploi sont en contact permanent avec les entreprises, ce qui les rend très proches du terrain et des besoins concrets. La mission de France Travail et la nôtre est commune - rapprocher l'offre et la demande d'emploi - mais les modalités d'intervention diffèrent. Ce décalage opérationnel rend la collaboration d'autant plus nécessaire et souligne la complémentarité entre opérateur public et acteurs privés. Le partenariat signé entre Prism'emploi et France Travail marque une étape importante de cette complémentarité : il souligne l'impératif de travailler ensemble et facilite l'accès des agences d'emploi aux candidats, quelle que soit la nature du contrat proposé (intérim, mission longue, CDI, etc.).

Un enjeu central réside dans la capacité à mieux partager l'information entre France Travail et les agences d'intérim pour répondre efficacement aux besoins des entreprises, en étendant la base candidats aux agences d'emploi. Cela implique de clarifier plusieurs points : quelles données peuvent être partagées ? Dans quelles conditions ? Comment garantir la confidentialité des informations, dans le respect du RGPD ? Par ailleurs, il existe également un sujet autour de l'identification de critères communs pertinents pour la sélection des candidats (compétences acquises, soft skills, projet professionnel, etc.). La convention-cadre récemment renouvelée par France Travail et Prism'emploi prévoit justement l'organisation de rendez-vous réguliers entre les parties prenantes afin d'évaluer la faisabilité technique et juridique de ces échanges, d'en mesurer les effets concrets sur le terrain, et d'adapter progressivement les modalités de coopération pour permettre à terme une généralisation aux 2 000 acteurs privés du secteur. L'objectif : fluidifier les parcours des demandeurs d'emploi et proposer des mises en relation plus pertinentes, en s'appuyant sur une meilleure interopérabilité des systèmes d'information. Pour les agences privées, ce dispositif est particulièrement intéressant car il permet de travailler plus les uns avec les autres, d'éviter les doublons dans les démarches commerciales, et surtout de faciliter la vie des entreprises et des candidats avec une notion de guichet unique.

QUELLES ACTIONS METTEZ-VOUS EN PLACE EN DIRECTION DES PUBLICS ÉLOIGNÉS DE L'EMPLOI ?

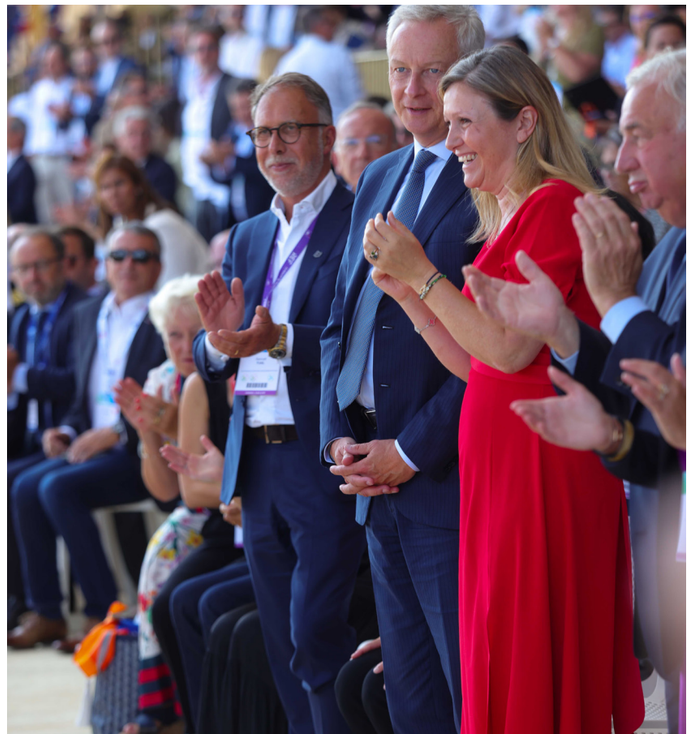
Notre force réside dans l'investissement humain, grâce à une équipe de conseillers emploi et carrière qui accompagnent les publics éloignés de l'emploi dans des parcours personnalisés. La fierté d'Actual est d'être le premier opérateur de l'intérim d'insertion. Le groupe présente un taux de sortie positive - débouchés sur des missions longues, d'au moins 6 mois - de plus de 75 %. L'accompagnement est ici fondamental, car la posture du candidat (motivation, engagement, adaptabilité) joue un rôle décisif dans la réussite. L'objectif est de bâtir un parcours progressif, qui peut aller d'une mission dans une entreprise d'insertion (ETTI) jusqu'à un CDI intérimaire ou une embauche en CDI directement par l'entreprise utilisatrice.

Concernant les jeunes éloignés de l'emploi, des temps d'échange sont organisés pour leur faire découvrir les secteurs, expliquer la culture d'entreprise, et lever les autocensures liées à la méconnaissance du monde du travail. Le CDI intérimaire, initialement conçu pour les intérimaires les plus fidèles, a été transformé en un outil de sécurisation pour les jeunes, combinant mission et formation. Près de 50 000 contrats de ce type ont été conclus à l'échelle nationale par les ETT. Toutefois, les modalités d'accès à ce dispositif demeurent encore complexes. Des discussions sont engagées pour en alléger les conditions, dans l'objectif d'en élargir l'accès et d'en renforcer l'impact.

Concernant les populations seniors, Actual a conçu des parcours de fin de carrière adaptés. Le mode mission est particulièrement intéressant puisqu'il permet de moduler le temps de travail. Aussi, la nature des missions réalisées par les seniors peut prendre la forme d'une transmission de compétences auprès des populations plus jeunes. Il peut également être observé que le report de l'âge légal de départ à la retraite a mécaniquement contribué à une hausse du taux d'emploi des seniors, la probabilité d'être en activité apparaissant étroitement liée à la proximité de l'âge du taux plein. Ce phénomène a en partie atténué les tensions sur cette tranche d'âge. Nous avons, par ailleurs, signé une convention interne permettant la semaine de 4 jours pour nos collaborateurs de plus de 55 ans, étant convaincus de la nécessité de pouvoir proposer à certaines populations spécifiques, un aménagement du temps de travail correspondant à leurs besoins.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES CONDITIONS D'UN PARTENARIAT EFFICACE AVEC FRANCE TRAVAIL ?

France Travail doit jouer pleinement son rôle de facilitateur, en contribuant à la préqualification des candidats, en orientant efficacement vers les agences d'emploi, et en prescrivant davantage de formations. Par ailleurs, si certains évoquent l'idée d'embaucher davantage de commerciaux au sein de France Travail pour aller au contact des entreprises, nous souhaitons rappeler que cette force de terrain existe déjà dans les agences d'emploi privées. L'enjeu n'est pas de dupliquer les efforts, mais de travailler



ensemble de manière complémentaire et coordonnée.

Nous plaidons pour une coopération opérationnelle, fondée sur la complémentarité : France Travail en mettant à disposition son vivier de candidats ; les agences d'intérim pour leur connaissance des besoins des entreprises et le placement de candidats de manière efficace et ciblée ; tout en simplifiant les démarches administratives pesant sur les demandeurs d'emploi.

EN TANT QUE VICE-PRÉSIDENT DU MEDEF, COMMENT PERCEVEZ-VOUS LES DÉFIS À VENIR DU MARCHÉ DU TRAVAIL ?

Depuis la crise sanitaire de la COVID-19, le marché du travail a connu une phase de forte reprise, marquée par une augmentation de la mobilité professionnelle. Aujourd'hui, le marché se resserre et les candidats sont plus hésitants à changer d'emploi, pouvant parfois amener à une augmentation des arrêts de travail et du mal-être au travail, il est donc important de relancer la dynamique en accompagnant les publics.

Une inflexion démographique majeure transforme en profondeur les dynamiques du marché du travail. Alors que, jusqu'ici, le solde entre les jeunes entrant sur le marché du travail et les seniors en sortant était positif, cette tendance s'inversera dès 2026. À partir de 2035, le marché comptera environ 200 000 actifs en moins chaque année. Dans ce contexte, le taux d'emploi devient un levier crucial non seulement pour soutenir l'activité économique, mais également pour garantir le financement de la protection sociale.

Parmi les réponses possibles à ces tensions, le Medef considère que l'immigration économique doit faire l'objet d'un véritable débat de fond. La question n'est pas seulement de savoir comment accueillir, mais aussi quelle place accorder à une immigration orientée vers l'emploi. Il s'agit de construire des parcours adaptés et sécurisés, à même de répondre aux besoins réels des entreprises. Au-delà des seuls leviers liés à l'offre de travail, le Medef insiste sur la nécessité de bâtir un environnement global favorable au développement économique dans les territoires. « Il ne peut pas y avoir de croissance durable si les entreprises ne peuvent pas se développer localement ». Cela suppose non seulement un accès fluide aux compétences, mais aussi des infrastructures

« UNE INFLEXION DÉMOGRAPHIQUE MAJEURE TRANSFORME EN PROFONDEUR LES DYNAMIQUES DU MARCHÉ DU TRAVAIL »

adaptées pour les actifs. L'accès au logement, en particulier, demeure un frein majeur à l'emploi, notamment dans les zones tendues où les entreprises peinent à recruter faute de solutions de logement accessibles pour leurs futurs salariés. Dans cette perspective le Medef défend une croissance responsable et territorialisée, passant par une politique d'infrastructures ambitieuse, des logements en quantité suffisante, et des solutions concrètes pour éviter que les difficultés de recrutement ne poussent certaines entreprises à prendre des décisions radicales - comme la délocalisation voire la fermeture - faute de compétences disponibles localement.

POUVEZ-VOUS PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS LE GROUPE ADÉQUAT ?

Entreprise familiale française, Adéquat s'impose aujourd'hui comme un acteur majeur du travail temporaire et du recrutement. Forte de près de 2 000 collaborateurs (dont 1 400 en France), l'entreprise est présente dans 7 pays, en Europe et au Canada, et poursuit activement son expansion à l'international par le biais d'acquisitions régulières. Avec un réseau de 350 agences réparties sur le territoire, Adéquat intervient principalement dans l'industrie, le BTP, la logistique, ainsi que dans des domaines de technologies de pointe tels que l'aéronautique ou le nucléaire. Chaque année, Adéquat accompagne plus de 160 000 intérimaires auprès de 15 000 clients. Notre action repose sur un ancrage local fort, une relation de proximité avec les entreprises comme avec les candidats, et un engagement affirmé en faveur de la performance sociale et de l'impact économique au niveau territorial.

INTERVIEW

TÉRENCE HAMEL
DIRECTEUR GÉNÉRAL FRANCE

LILA SAFRAOUI
DIRECTRICE RELATIONS PUBLIQUES ET IMPACT SOCIAL DU GROUPE ADÉQUAT

« NOTRE FORCE RÉSIDE DANS NOTRE ANCRAGE SUR LES TERRITOIRES AVEC UN ENGAGEMENT HISTORIQUE EN FAVEUR DE LA PERFORMANCE SOCIALE »

Au-delà du cœur de métier - l'intérim représentant environ 80 % de son activité -, Adéquat intervient également sur des prestations de recrutement en CDI et CDD, ainsi que sur des missions de conseil RH, couvrant des enjeux essentiels pour les entreprises tels que la santé et la sécurité au travail, les politiques de diversité et d'inclusion, ou encore la valorisation de la marque employeur.

EN TANT QU'ACTEUR DE L'INTÉRIM ET DU RECRUTEMENT, COMMENT RÉPONDEZ-VOUS AUX DÉFIS DU MARCHÉ DE L'EMPLOI ?

Notre rôle principal est d'accompagner sur le temps long les transitions profondes de l'économie en anticipant l'évolution des différentes formes d'emploi, et d'accompagner sur le temps court les fluctuations du marché de l'emploi, en

particulier dans les périodes de transition ou de crise. Ces dernières années ont été marquées par une succession de chocs économiques, dont la crise sanitaire liée à la COVID-19. À la sortie de cette période, le marché a connu une reprise marquée par une forte accélération des recrutements, à laquelle les agences d'intérim ont su répondre, confirmant notre rôle de levier stratégique dans l'adaptation des entreprises aux évolutions économiques.

Nous vivons actuellement une situation inédite avec un marché de l'intérim en baisse pour la quatrième année consécutive, du fait notamment du ralentissement économique (ex. : conséquences de la guerre en Ukraine, etc.). Pour autant, les entreprises continuent d'avoir du mal à recruter en raison d'un décalage entre les compétences disponibles, les besoins réels des entreprises et le manque d'innovation dans les méthodes de recrutement. Cela s'explique notamment par la transformation rapide des métiers et l'évolution des besoins en compétences (ex. : digitalisation, nouveaux enjeux stratégiques liés à la transition écologique). Dans ce contexte, notre rôle vise à accompagner les candidats de manière personnalisée et à co-construire, avec nos clients, des parcours de formation adaptés aux réalités du terrain.

Face aux mutations rapides des métiers, la formation professionnelle est devenue un pilier stratégique pour l'intérim. Les coûts de formations sont partagés entre les entreprises et différents partenaires de l'emploi (notre OPCO AKTO, Adéquat, entreprises clientes, France Travail, missions locales, Régions…). Le partage des investissements en formation est d'autant plus essentiel dans des secteurs comme l'aéronautique ou le nucléaire, où les exigences techniques sont élevées et les formations particulièrement coûteuses. Chaque année, nous investissons 15 millions d'euros dans la montée en compétences des intérimaires, avec plus de 15 500 personnes formées en 2024.

« FACE AUX MUTATIONS RAPIDES DES MÉTIERS, LA FORMATION PROFESSIONNELLE EST DEVENUE UN PILIER STRATÉGIQUE POUR L'INTÉRIM. »

Selon notre Baromètre de l'emploi 2025, 61 % de nos intérimaires interrogés sont en recherche active d'emploi (qu'ils soient ou non en activité), tandis que 39 % sont satisfaits de l'intérim qui leur apporte un bon équilibre entre stabilité et flexibilité. Pour répondre à cette diversité d'attentes, nous proposons également des dispositifs comme le CDI intérimaire, dont 2 000 contrats ont été signés en 2024. Ce format permet de sécuriser les parcours professionnels tout en préservant la souplesse appréciée par de nombreux intérimaires.

L'intérim joue aussi un rôle essentiel comme tremplin vers l'emploi. Selon une étude de l'Observatoire de l'intérim et du recrutement, 84 % des salariés étaient hors du marché du travail avant leur première mission en intérim. Un an après, 69 % d'entre eux ont accédé à un emploi (41 % en intérim, 5 % en CDI intérimaire, 6 % en CDD et 17 % en CDI), confirmant la dynamique d'accès à l'emploi par l'intérim.

QUELLES ACTIONS METTEZ-VOUS EN PLACE POUR FAVORISER L'ACCÈS À L'EMPLOI DES POPULATIONS LES PLUS FRAGILES ?

L'insertion des publics éloignés de l'emploi – jeunes sans qualification, personnes en situation de handicap, seniors, personnes habitant dans des territoires urbains ou ruraux défavorisés - constitue un pilier de notre engagement. Ces démarches s'ancrent dans une conviction forte : les réussites les plus durables sont souvent locales, bâties sur l'engagement partagé entre candidat, entreprise et agence. Il faut avant tout remettre la compétence et le potentiel de chacun au cœur de ces démarches pour ne pas enfermer les candidats sous des étiquettes.

Cet enjeu est particulièrement crucial alors que de nombreux jeunes se heurtent à un décalage entre leurs compétences et les attentes du marché du travail. Chez Adéquat, où 40 % de nos intérimaires ont moins de 25 ans, cette réalité est prise en compte à travers des approches innovantes : recrutement sans CV, coaching, événements sportifs comme l'« Adéquat Challenge Tour », ou encore des immersions sur le terrain. L'objectif : ouvrir des perspectives d'emploi en s'affranchissant des méthodes traditionnelles, souvent inadaptées à certains profils.

Avec la réforme des retraites, la question du maintien dans l'emploi des profils seniors est également devenue un sujet majeur, d'autant que la France affiche l'un des taux d'emploi les plus faibles en Europe pour les 55-64 ans. Pour répondre à cet enjeu, nous avons signé une charte d'engagement avec le Club Landoy, soulignant le rôle que peut jouer l'intérim pour prolonger une carrière, en proposant des

formations pour la reconversion ou des missions à temps partiel souvent mieux adaptées aux besoins de ces publics.

Pour faciliter le retour à l'emploi des publics les plus fragilisés, il est essentiel de mobiliser des dispositifs spécifiques qui dépassent les méthodes classiques du CV et de l'entretien. Des outils développés avec France Travail comme la méthode de recrutement par simulation (MRS), les Préparations opérationnelles à l'emploi (POE) ou encore les immersions professionnelles ont fait leurs preuves. Ces outils permettent d'évaluer concrètement les aptitudes des candidats à occuper un poste et de construire des parcours personnalisés, en partenariat avec les entreprises clientes, France Travail et les missions locales.

Au sujet de l'inclusion et de la diversité, la transformation des métiers ouvre également de nouvelles perspectives à certaines populations. La mécanisation de nombreux postes rend désormais accessibles à des femmes des métiers qui ne leur étaient pas ouverts jusqu'ici pour des raisons de réglementation du port de charges lourdes. Et au-delà de la mécanisation, nous devons aussi mener un véritable changement culturel aux côtés de nos clients et de nos candidates intérimaires. Nous menons des actions spécifiques pour encourager la féminisation des métiers techniques. Depuis 2023, la campagne « Nos jobs n'ont pas de genre » a été lancée pour sensibiliser le public et promouvoir l'accès des femmes à ces professions. Elle s'appuie notamment sur des immersions féminines en milieux industriels, des témoignages de salariées et la mobilisation active des entreprises partenaires.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES CONDITIONS D'UN PARTENARIAT EFFICACE AVEC FRANCE TRAVAIL ?

Le rapprochement entre France Travail et les agences d'intérim constitue un levier stratégique pour mieux appréhender les besoins des entreprises et ouvrir le champ des possibles à tous les demandeurs d'emploi. Cette complémentarité entre acteurs de l'emploi est essentielle pour répondre aux attentes des employeurs tout en sécurisant les parcours professionnels.

Sur le terrain, les coopérations locales entre France Travail et Adéquat sont efficaces et constructives. Pour autant, nous souhaitons renforcer ce partenariat avec une structuration plus forte au niveau national, avec pour objectif de bâtir un cadre partagé pour déployer à grande échelle des coopérations sur le sourcing, la formation et l'accompagnement des publics éloignés de l'emploi. Dans ce contexte, une convention-cadre est en cours de finalisation. Parmi les intérimaires interrogés pour notre Baromètre, une minorité nous indique avoir trouvé une mission via France Travail. Cela nous interpelle et doit nous amener à renforcer nos liens, au service de ces candidats. Pour nous, une convention nationale permettrait de donner plus de lisibilité, de continuité et de poids aux coopérations déjà à l'œuvre localement. Par ailleurs, il nous semble important que France Travail, en tant qu'opérateur de service public, puisse conventionner avec des entreprises familiales comme Adéquat, car nos valeurs de proximité et de liens durables se rejoignent.

Ce rapprochement a également contribué à faire évoluer le regard porté sur les agences d'intérim, longtemps perçues comme un vecteur de précarité. Ce repositionnement s'appuie à la fois sur les résultats concrets de l'intérim comme tremplin vers l'emploi durable, et sur une approche humaine, personnalisée et ancrée dans les territoires - un socle que France Travail et Adéquat souhaitent consolider ensemble. ■

LA CHRONICISATION DE CERTAINS CANCERS MÉTASTATIQUES : UN DÉFI POUR LES MALADES ET LA SOCIÉTÉ

PAR JÉRÔME MOUMINOUX,
DIRECTEUR DE LA FRANCHISE ONCOLOGIE DE PFIZER

UNE NOUVELLE RÉALITÉ MÉDICALE ET HUMAINE

La prise en charge du cancer a considérablement évolué ces dernières décennies, notamment avec le développement de traitements personnalisés, ciblés, et moins invasifs (comme l'immunothérapie, les anticorps conjugués, etc), et grâce aussi à une meilleure prise en charge globale des patients. Aujourd'hui chez Pfizer, 40% de nos investissements en recherche et développement (R&D) sont consacrés à l'oncologie.

Dans le monde, environ 20 millions de personnes sont nouvellement diagnostiquées d'un cancer chaque année. À l'horizon 2050, on estime que ce chiffre devrait quasiment doubler[1]. En France, le cancer est la 1re cause de mortalité prématurée.

Si la maladie progresse, la science et la recherche évoluent elles aussi. Les innovations thérapeutiques ont amélioré les perspectives de certains cancers métastatiques, qui peuvent évoluer vers une forme stabilisée et contrôlée de la maladie : on parle alors de « chronicisation » du cancer. Ces progrès permettent donc aux patients de mieux vivre avec son cancer, plus longtemps, tout en améliorant sa qualité de vie personnelle et professionnelle. Cependant, la maladie, bien que maîtrisée, reste instable, invisible et imprévisible, avec le risque constant de rechute.

Ces progrès médicaux, porteurs d'espoir, soulèvent néanmoins des défis majeurs, tant pour les malades que pour notre système de santé. Ces évolutions nécessitent un accompagnement accru dans toutes les dimensions de la vie du patient : médicale, économique, sociale etc. Autant de réalités qui restent trop souvent ignorées dans les politiques de santé.

DES PARCOURS DE SOINS ENCORE TROP SOUVENT PENSÉS POUR L'URGENCE, ET MAL ADAPTÉS POUR UN ACCOMPAGNEMENT DANS LA DURÉE

Aujourd'hui encore, notre système de santé reste majoritairement pensé pour des soins hospitaliers centrés sur la phase aiguë de la maladie. Il n'est pas dimensionné pour accompagner des parcours chroniques, souvent complexes, qui nécessitent coordination, suivi à long terme, et soins de support en ville.

Et paradoxalement, plus la maladie progresse, moins l'accompagnement est présent.

Or, la prise en charge d'un cancer ne s'arrête pas uniquement au traitement. Les soins de support sont essentiels et doivent faire partie intégrante du parcours de soins. En ce sens, et en partenariat avec l'AFSOS (l'Association francophone pour les soins oncologiques de support), Pfizer a développé le site Internet LaVieAutour.fr qui permet de géolocaliser l'offre de soins de support existante en France parmi plusieurs centaines d'associations ou professionnels reconnus. Suivi psychologique, activité physique adaptée, nutrition, sexologie - ces soins pour les patients atteints de cancers « longs » ne sont aujourd'hui pas tous pris en charge par la Sécurité sociale. Il est donc urgent de réinterroger les mécanismes de financement et d'organiser une coordination efficace et globale entre hôpital, médecine de ville et soins de support.

L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE APPELLE À REPENSER NOS MÉTHODES D'ÉVALUATION ET DE FINANCEMENT

L'innovation thérapeutique impose une évolution des méthodes d'évaluation. Les essais cliniques restent indispensables, mais ils ne suffisent plus. Pour mesurer l'impact réel des traitements, il est essentiel d'intégrer les données de vie réelle qui reflètent le quotidien des patients, bien au-delà du cadre contrôlé des essais.

Mais deux freins majeurs persistent : le manque de financement pour collecter ces données et l'absence de reconnaissance institutionnelle de leur valeur. Aujourd'hui, les exigences imposées dans le cadre de l'accès précoce en matière de remontée d'informations ne sont pas accompagnées par des moyens nécessaires. Les professionnels de santé et les associations de patients se retrouvent alors démunis pour répondre à ces exigences, pourtant essentielles à un accès rapide et sûr à l'innovation.

Alors même que notre expertise médicale française en oncologie reste une référence, nos autorités doivent continuer à garantir un environnement beaucoup plus favorable à l'innovation, sur l'ensemble du cycle de vie des produits de santé, au risque de voir la France déclassée en Europe sur l'accès à ces thérapies innovantes.

Ensemble, nous devons créer un modèle d'évaluation à la hauteur des enjeux médicaux, scientifiques et économiques liés à la « chronicisation » du cancer.

VERS UN REGISTRE NATIONAL DU CANCER : UNE GRANDE AVANCÉE POUR MIEUX ÉTUDIER L'ÉPIDÉMIOLOGIE ET LES FACTEURS DE RISQUE

Un défi majeur demeure : mieux connaître les personnes vivant avec un cancer, en particulier à un stade métastatique. À ce jour, nous manquons de données épidémiologiques consolidées à l'échelle nationale. Comment élaborer des politiques publiques efficaces sans connaître précisément le nombre de personnes concernées, leurs besoins, ou leur situation sociale et professionnelle ?

La création d'un registre national des cancers, récemment votée au Parlement, va répondre à ces enjeux. Sa mise en place, demandée depuis plusieurs mois par de nombreux parlementaires, associations et professionnels de santé, va permettre de documenter l'épidémiologie réelle de la maladie, d'identifier les lacunes (notamment en matière de prévention environnementale), et va renforcer le pilotage territorial des parcours de soins.

Face à la hausse continue du nombre de cancers, disposer de données complètes est indispensable pour anticiper, prévenir, soigner… et accompagner durablement les patients vivant avec un cancer.

AGIR POUR LES PATIENTS D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN

Face à ces enjeux, les industriels de santé ont un rôle clé à jouer : proposer des solutions concrètes, en lien étroit avec les institutions, les soignants et les patients. L'innovation n'a de valeur que si elle est accessible à tous, et partout sur le territoire. La « chronicisation » de certains cancers métastatiques est une avancée scientifique majeure. Mais elle bouleverse les parcours de vie des patients et interroge sur la capacité de notre système de santé à se réorganiser. Cela nous oblige collectivement à repenser l'évaluation, le financement et l'accompagnement des patients sur le long terme. ■

[1] https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services.

VOTRE ÉTABLISSEMENT EST SOUVENT CITÉ EN EXEMPLE POUR SA CAPACITÉ À INNOVER, TANT SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL QUE TECHNOLOGIQUE. DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CONSTANTE MUTATION, QUELLE EST VOTRE VISION DE LA TRANSFORMATION HOSPITALIÈRE QUI S'OPÈRE ?

Nous vivons une période charnière pour l'hôpital public. Loin d'un simple ajustement conjoncturel, c'est une transformation de fond qui s'impose : une transformation systémique, humaine et culturelle au bénéfice de l'hospitalité pour les usagers, les professionnels et les partenaires.

Mon regard sur cette évolution s'articule autour de trois pôles principaux : la prévention, la performance globale - sociale, managériale, économique, environnementale et territoriale - et la redéfinition du positionnement de l'hôpital public dans son écosystème local et fonctionnel.

La prévention

D'abord, l'hôpital ne peut plus rester centré uniquement sur le soin curatif. Il doit devenir un acteur proactif de prévention, de recherche, d'enseignement en santé et de réduction des risques. Cela suppose de s'inscrire dans une logique de parcours, en lien étroit avec les acteurs de ville, les collectivités, les usagers. C'est un changement culturel majeur, que nous avons initié à Valenciennes avec, par exemple, le développement de centres de soins primaires et de prévention intégrés dans le cœur de ville associé à un maillage du territoire - Les Chartriers® et leurs satellites - avec des actions d'aller vers les populations les plus isolées du soin - le « Village Santé des Femmes® » - avec une politique de promotion de la santé hors les murs - les Mardis de la Santé - et la structuration et la gradation des filières de soins en lien avec les établissements des Hôpitaux Hainaut-Cambrésis et les professionnels de santé libéraux.

La performance : sociale, managériale, économique, environnementale et territoriale

Ensuite, la transformation ne peut pas être qu'une affaire de structures ou de technologies. La performance de l'hôpital est d'abord une performance sociale et humaine.

Cela implique de mettre les équipes et les usagers au cœur de l'organisation, en leur donnant les moyens d'agir, d'innover, d'être reconnus. C'est une dynamique que nous avons engagée dès la co-construction de notre Projet d'Établissement Interactions 2024-2029 en lien avec nos équipes, nos partenaires, nos usagers. Cette performance sociale passe également par le champ de l'enseignement et de la recherche, fondamentale, translationnelle et clinique. Nous accueillons chaque année plusieurs centaines d'étudiants. Nous travaillons activement à l'universitarisation de notre territoire

« LA PERFORMANCE DE L'HÔPITAL EST D'ABORD UNE PERFORMANCE SOCIALE ET HUMAINE »

dans une triple dimension : excellence des soins, de la recherche et de l'enseignement. Nous investissons dans la valorisation de la formation de nos professionnels paramédicaux, techniques, administratifs et médicaux.

La performance sociale nourrit une performance managériale. L'exemple valenciennois et son fonctionnement par une décision au plus près du terrain, s'il n'est pas une solution parfaite prête à l'emploi, est une source d'inspiration utile dans cette perspective. Pour nous, aller vers un véritable hôpital magnétique ou hôpital aimant *(magnet hospitals)* labellisé, cela passe par un travail sur la formation de nos professionnels : avec quelques exemples notoires comme la création d'une Agora des managers et d'une école du management, pour miser sur le collectif et l'engagement permanent pour aligner missions, valeurs et vision. Cela passe également par le développement du leadership en santé des professionnels paramédicaux et des usagers. Cette performance managériale est soutenue par la construction d'un environnement capacitant et apprenant, et d'une interdépendance intelligente entre les communautés, favorables à l'émergence d'un leadership transformationnel que nous soutenons en favorisant l'autonomie et en repérant et valorisant ce type de leadership. En somme, un hôpital « délibéré » où les professionnels parlent du travail, du sens et des projets collectivement et où on progresse ensemble, en équipes médicales, paramédicales, administratives et techniques. Il s'agit d'un engagement permanent, pour être agile, changer, s'adapter, se différencier, délibérer, valoriser et interagir, en équipe et pour faire référence : trouver l'équilibre.

Elle nourrit également une performance environnementale. À ce titre, notre Projet d'Établissement Interactions 2024-2029 s'est co-construit dans une démarche axée autour de la Responsabilité Sociale de l'Établissement. Et elle se traduit aujourd'hui par une dynamique collective et des ambitions fortes en matière de réduction de nos impacts sur notre écosystème.

Enfin, l'hôpital public a besoin de construire une performance territoriale en lien à la fois avec les autres établissements de son territoire, via les Groupements Hospitaliers de Territoire voire des Territoires d'animation en santé comme dans notre région, mais également en construisant une véritable dynamique ville-hôpital et également en fédérant ses partenaires institutionnels, académiques, universitaires et économiques autour de projets au bénéfice des usagers et des professionnels de santé. À ce titre, nous avançons en même temps sur-le-champ de notre GHT avec la mise en œuvre de notre projet de territoire Synergies 2024-2029, dans le champ du ville-hôpital avec notre projet des Chartriers®, et au-delà de notre territoire avec le CHU de Lille.

Dans un système où les ressources sont contraintes, la performance ne peut plus être pensée uniquement en silos financiers. Il nous faut passer à une logique de performance intégrée et transversale, mêlant pertinence des soins, efficience des organisations et soutenabilité économique en ayant toujours à cœur la qualité de l'expérience offerte aux usagers.

Cela suppose de repenser nos flux, nos parcours, nos indicateurs, non pas pour faire toujours plus avec moins, mais pour faire mieux avec sens, agilité et sobriété. À Valenciennes, cela se traduit par une stratégie de transformation digitale ciblée, l'intégration du pilotage médico-économique dans les projets de pôles, et une dynamique d'évaluation et d'amélioration continue.

Un hôpital performant c'est une performance sociale qui nourrit une performance managériale, économique, environnementale et territoriale au bénéfice

« LA TRANSFORMATION DE L'HÔPITAL PUBLIC N'EST PAS UNE CRISE À GÉRER, C'EST UN NOUVEAU PROJET DE SOCIÉTÉ À CONSTRUIRE »

de l'hospitalité pour les patients, les professionnels et les partenaires.

Le positionnement

Enfin, l'hôpital ne peut plus tout faire, seul. Il doit se repositionner comme un acteur central mais non hégémonique, capable d'animer les coopérations, de fluidifier les parcours, d'irriguer le territoire en compétences, en innovations, en ressources partagées. Ce repositionnement est exigeant mais porteur de sens. Il demande de la vision, de la constance, et une capacité à conjuguer responsabilité populationnelle, excellence clinique et équité d'accès aux soins. C'est tout le sens du renouveau de notre Groupement Hospitalier de Territoire, de nos coopérations avec les professionnels de santé libéraux et du développement de nos partenariats avec les acteurs institutionnels, le tissu économique local et les acteurs universitaires de notre territoire.

En somme, la transformation de l'hôpital public n'est pas une crise à gérer, c'est un nouveau projet de société à construire. À Valenciennes, nous voulons en être un laboratoire vivant et faire du Hainaut-Cambrésis un incubateur d'innovations.

DANS UN CONTEXTE BUDGÉTAIRE CONTRAINT ET DE RESSOURCES HUMAINES LIMITÉES, QUELLE EST VOTRE STRATÉGIE POUR CONCILIER L'IMPÉRATIF D'INNOVATION AVEC CELUI DE LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE ET DE L'OPTIMISATION DES INVESTISSEMENTS, SANS POUR AUTANT COMPROMETTRE LA QUALITÉ DES SOINS ?

Notre conviction est claire : l'innovation ne doit pas être perçue comme un luxe, mais comme un levier de soutenabilité. Elle n'est pas antinomique avec la rigueur financière ; elle en est même souvent la condition. Encore faut-il en avoir une lecture systémique.

Au CHV, nous avons fait le choix d'un pilotage médico-économique intégré à la stratégie médicale et managériale. Cela implique de ne plus opposer les logiques de soins et les logiques de gestion. Chaque projet - qu'il soit technologique,

organisationnel ou immobilier - est analysé à l'aune de son impact à long terme sur la qualité des soins, la sécurité, l'expérience patient, mais aussi sur les coûts évités, les gains d'efficience ou la réduction de la pénibilité pour les professionnels. Ainsi, le Schéma Directeur Immobilier que nous portons au CHV se veut différenciant, à la fois dans sa méthode par la co-construction avec nos professionnels et usagers, mais aussi dans sa colonne vertébrale qu'est l'expérience patient.

Nous privilégions une innovation d'usage : celle qui simplifie, fluidifie, fiabilise. L'intelligence artificielle, les outils numériques, la simulation, ne sont pas là pour complexifier l'hôpital, mais pour le rendre plus agile, plus pertinent, plus humain. Le projet de modernisation du parc robotique du bloc opératoire (NDLR : 5e robot installé en 2024), par exemple, a été conçu non comme un investissement en équipements, mais comme un projet global d'optimisation des parcours, de montée en compétences (NDLR : le CHV et ses équipes sont reconnus comme centre européen de formation), de sécurisation des pratiques et de pilotage des ressources.

L'innovation, pour nous, c'est d'abord un choix de méthode et non de moyens. Cela suppose une capacité à prioriser, à co-construire avec les équipes, et à inscrire chaque euro investi dans une trajectoire stratégique partagée.

QUELLES SONT, SELON VOUS, LES CLÉS D'UN MANAGEMENT EFFICACE À L'HÔPITAL ? COMMENT ASSOCIER TOUTES LES PARTIES PRENANTES TOUT EN CONSERVANT UNE STRATÉGIE CLAIRE ET COHÉRENTE ?

Diriger un hôpital, c'est d'abord donner du sens dans un univers de contraintes. Le management hospitalier efficace n'est pas un management vertical de contrôle, mais un management d'adhésion, de responsabilisation et de confiance. C'est le sens de la co-construction axée autour de la RSE de notre Projet d'Établissement Interactions 2024-2029.

Nous avons construit au CHV une

gouvernance qui repose sur des piliers de clarté stratégique, d'autonomie opérationnelle et de dialogue permanent. Chaque pôle est doté d'un cap, d'indicateurs, de marges de manœuvre ce qui permet une décision au plus près du terrain. La gouvernance accompagne, soutient, évalue, mais ne pilote pas à la place de.

Ce modèle repose sur un trépied managérial :

- Une vision partagée, qui repose sur le Projet d'Établissement Interactions 2024-2029 et le projet de territoire Synergies 2024-2029 ;

- Une proximité avec les équipes, rendue possible par des circuits courts de décision et un encadrement renforcé ;

- Et une culture de la transparence, notamment dans la diffusion du cap stratégique, le pilotage médico-économique, la diffusion des résultats, la médecine de précision, la recherche clinique à tous les étages et la qualité de nos prises en charge.

Associer les parties prenantes, ce n'est pas additionner les avis, c'est construire un récit commun. Il faut accepter les désaccords, les tensions, mais tenir un cap, avec constance et agilité en repérant, valorisant et favorisant un leadership transformationnel de nos équipes et des usagers. L'hôpital et la santé agissent comme des piliers de la République. L'hôpital est un élément fondamental de l'aménagement du territoire et de la cohésion sociale ; et par conséquent source de structure et de dynamique.

COMMENT PERCEVEZ-VOUS L'ÉVOLUTION DU RAPPORT AU TRAVAIL DANS LE SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER ?

Le rapport au travail dans le monde hospitalier a profondément changé. Ce que nous vivons, ce n'est pas une crise de l'engagement, mais une exigence renouvelée de reconnaissance, d'autonomie et de cohérence : c'est à prendre comme un défi.

Les professionnels de santé veulent continuer à s'engager, mais pas à n'importe quel prix. Ils ne cherchent plus seulement un emploi, mais un projet. Cela suppose que l'institution soit à la hauteur de cette attente : dans l'organisation du travail, dans la qualité du management, dans les perspectives d'évolution.

Nous avons, pour cela, renforcé nos démarches d'investissement dans le capital humain, de développement professionnel, de simplification organisationnelle, mais aussi nos efforts en matière de sens : une raison d'être partagée, des projets co-construits, une valorisation du leadership soignant, un engagement permanent de l'institution et une parole donnée aux équipes.

Le défi, c'est d'articuler les logiques individuelles de réalisation avec les logiques collectives de service public et de faire de l'hôpital une entreprise collective et apprenante (NDLR : entreprendre au sens des projets, des initiatives et des innovations). C'est là que se joue la refondation du contrat social hospitalier.

VOTRE ÉTABLISSEMENT, QUI N'EST PAS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE, REVENDIQUE UNE DYNAMIQUE D'UNIVERSITARISATION DE SON ACTIVITÉ. QU'EST-CE QUI MOTIVE CETTE DÉMARCHE ET COMMENT CONSTRUIRE UNE COLLABORATION VERTUEUSE AVEC LES CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DE VOTRE TERRITOIRE ?

L'universitarisation d'une structure n'est pas une fin en soi, mais l'universitarisation du territoire est un moyen de renforcer l'excellence et l'attractivité de

notre hôpital dans un projet plus large pour notre territoire. C'est l'un des leviers dans une stratégie plus globale de développement de l'excellence des soins, de l'enseignement et de la recherche au Centre hospitalier de Valenciennes en lien avec nos partenaires territoriaux. Le développement de la recherche clinique ou translationnelle est pleinement lié aux standards internationaux de prise en soin que l'on peut proposer à la population et invite chacun à transmettre et former dans une dynamique d'enseignement partagée sur le territoire.

Nous accueillons près de 1 000 étudiants chaque année. Cela nous oblige, et cela nous engage. À travers nos partenariats avec l'Université Polytechnique Hauts-de-France ou l'Université de Lille, avec le CHU de Lille et le GHICL, la création de terrains de stage pour les étudiants en médecine de Lille et de Belgique, ou encore le développement de nos partenariats internationaux nous construisons un terreau favorable à l'enseignement, fondé sur l'exemplarité clinique, la qualité de l'encadrement, et la capacité à innover. À ce titre, notre ouverture sur l'étranger, avec notamment le conventionnement avec différents hôpitaux universitaires et généraux du Maroc est une reconnaissance du savoir-faire des équipes du CHV.

Notre ambition est de construire des synergies avec des partenaires pleinement reconnus, dans une logique de complémentarité. L'universitarisation du territoire autour du triptyque soin-enseignement-recherche doit irriguer l'ensemble du système de santé, pas se concentrer sur quelques pôles d'excellence. C'est une condition d'équité territoriale, mais aussi de soutenabilité du système.

« LE MANAGEMENT HOSPITALIER EFFICACE N'EST PAS UN MANAGEMENT VERTICAL DE CONTRÔLE, MAIS UN MANAGEMENT D'ADHÉSION, DE RESPONSABILISATION ET DE CONFIANCE »

LE CH DE VALENCIENNES EST IMPLANTÉ DANS UN TERRITOIRE MARQUÉ PAR DE FORTES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ. QUELLES SONT LES INCIDENCES SUR VOTRE ORGANISATION ET COMMENT CONCEVEZ-VOUS LE RÔLE DE L'HÔPITAL EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Dans un territoire comme le nôtre, l'hôpital ne peut pas se limiter à soigner. Il doit aussi comprendre, prévenir, aller vers et amener à. Cela implique de renforcer l'accès aux soins, avec des filières dédiées (centre pénitentiaire, médecine de l'exil, permanences d'accès aux soins), de travailler en réseau, avec les associations, les collectivités locales, les libéraux, les universités, les écoles et les Hôpitaux Hainaut-Cambrésis, et surtout, de changer notre posture, en intégrant une logique de santé populationnelle, de repérage précoce, d'éducation en santé. Nous sommes engagés dans cette dynamique et nous évaluons au plan de la recherche les actions que nous portons sur ce volet d' « aller vers » avec des études ouvertes avec la CPAM, l'ARS et l'Université.

Cela demande du temps, des compétences nouvelles, des outils adaptés. Mais c'est aussi une formidable source de sens pour les équipes, qui y voient là l'essence même du service public hospitalier.

LA FRAGMENTATION DES PARCOURS DE SOINS RESTE UN POINT NOIR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ, MALGRÉ LES DISCOURS RÉCURRENTS SUR LA « VILLE-HÔPITAL ». LA COORDINATION TERRITORIALE PEUT-ELLE, SELON VOUS, REPOSER SUR LA SEULE BONNE VOLONTÉ DES ACTEURS ? COMMENT ENVISAGEZ-VOUS LE RÔLE DE L'HÔPITAL DANS CES DYNAMIQUES TERRITORIALES ?

La coordination territoriale ne peut pas reposer sur le volontarisme individuel. Elle nécessite une architecture, des outils, une gouvernance. Et c'est là que l'hôpital peut jouer un rôle structurant, non pas en pilotant tout, mais en fédérant.

Premièrement via notre GHT, les Hôpitaux Hainaut-Cambrésis, que nous valorisons comme un levier de cohésion sanitaire, au travers du Projet de Territoire Synergies 2024-2029 et plus spécifiquement de son projet médico-soignant partagé. Il permet le partage des ressources médicales, l'organisation des filières, le déploiement d'outils communs.

Deuxièmement via le tissu d'acteurs de santé libéraux. Nous développons avec les CPTS et les élus une logique de communauté territoriale de santé, où les enjeux de continuité, de pertinence et d'accès sont traités ensemble. Cette dynamique trouve des concrétisations opérationnelles avec le Centre de soins primaires

et de prévention des Chartriers® que nous avons conçu avec les professionnels de santé libéraux et où nous travaillerons tous ensemble.

Troisièmement, nous cherchons à faire de l'hôpital un élément de cohésion et un élément fédérateur des actions en faveur de la santé dans une approche de santé globale *One health*. Cette dynamique prend corps dans des projets comme le Village Santé des Femmes® en lien avec la préfecture du Nord et la communauté d'agglomération et qui a mobilisé les collectivités locales, la CPAM du Hainaut, les CCAS, le CAPEP, l'Université, les CPTS, les maisons de quartier, des entreprises du territoire, des associations de patients, des associations d'insertion sociale, des associations sportives et culturelles. Lieu de dépistage, de sensibilisation et d'invitation au recours aux soins sur le Village Santé®.

Le CHV a une responsabilité particulière dans cette construction : il est à la fois centre de recours et de référence, soutien aux partenaires en tension, et moteur d'innovation partagée.

La réussite repose sur une vision partagée, des financements adaptés en lien avec l'Agence régionale de santé, mais aussi une capacité de chacun à sortir de son périmètre pour embrasser une logique de santé populationnelle afin de faire de l'hôpital un laboratoire d'innovations pour de nouvelles manières de prendre soin d'un territoire.

FACE AUX ENJEUX ÉCOLOGIQUES CROISSANTS QUI SE DESSINENT, L'HÔPITAL DOIT-IL REPENSER SON ORGANISATION ET SES PRATIQUES À L'AUNE DE LA SOBRIÉTÉ ? DANS QUELLE MESURE PEUT-IL DEVENIR UN ACTEUR DANS LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE, TOUT EN POURSUIVANT SA MISSION DE SOIN ?

L'hôpital de demain sera sobre, circulaire et durable… ou il sera en décalage avec les attentes des citoyens comme des soignants. Nous faisons le choix d'une écologie de la preuve, d'une responsabilité assumée, et surtout, d'une écologie qui transforme.

La transition écologique n'est ni un supplément d'âme, ni un exercice de communication : c'est une réponse structurelle aux vulnérabilités du système de santé. Elle interroge nos modèles d'organisation, notre logistique, notre dépendance énergétique, mais aussi notre capacité à faire évoluer les pratiques vers davantage de justesse, de pertinence et de sobriété.

C'est tout le sens de notre stratégie RSE 2026 issue de l'axe 3 de notre Projet d'Établissement Interactions 2024-2029, qui articule 24 engagements concrets, mesurables et suivis, autour de quatre axes :

- Mesurer et réduire l'empreinte environnementale de notre activité (énergie, déchets, circuits courts) ;
- Contribuer aux prises de conscience et à la montée en compétences sur les sujets d'impacts environnementaux ;
- Repenser les achats pour s'inscrire dans la durabilité ;
- Œuvrer en faveur de la santé environnementale et de la durabilité des soins.

On vise une baisse de nos émissions de gaz à effet de serre par journée d'hospitalisation de 5 % à horizon 2026, une baisse de 10 % de notre consommation d'électricité, la labéllisation de 20 Unités durables et engagées, une réduction de 10% de notre gaspillage alimentaire ou la végétalisation de 3 repas par semaine pour nos patients, une réduction de 5 % de la part de la voiture individuelle dans les trajets domicile-travail de nos professionnels.

Cela s'inscrit dans une vision plus large avec pour objectif à la fois de préserver la santé de nos patients, de nos professionnels et de notre territoire mais aussi de mobiliser l'innovation comme levier d'écologie utile et performant.

Parmi les actions déjà mises en œuvre ou en cours :

Le plan de mobilité durable, co-construit avec les agents et les partenaires locaux, a permis de lancer des dispositifs de covoiturage et d'encouragement à l'usage du vélo par exemple (abris sécurisés, indemnité kilométrique vélo) - nous avons récemment obtenu le label Employeur pro-vélo à ce titre.

L'installation d'un banaliseur de DASRI pour traiter sur place nos déchets à risques infectieux, réduisant ainsi les transports et l'empreinte carbone.

En termes d'énergies, on travaille actuellement sur le déploiement du photovoltaïque sur l'ensemble de notre site et sur la végétalisation des surfaces, et notamment des toits. Des investissements ciblés dans l'efficacité énergétique, comme la généralisation de l'éclairage LED, l'optimisation des flux logistiques, ou encore le recours à des équipements moins énergivores.

Sur l'eau : désormais, l'hôpital peut aussi réutiliser de l'eau, notamment en lien avec les osmoseurs de dialyse, à condition d'être dans un circuit à part du circuit classique, et nous prévoyons donc les évolutions bâtimentaires qui permettront de le faire.

Notre futur bloc opératoire est comme un projet de transformation globale, et intègre une approche d'éco-conception dès la phase de programmation : rationalisation des flux, choix de matériaux durables,

« C'EST DANS UNE LOGIQUE ONE HEALTH EN INTERACTION AVEC SON ENVIRONNEMENT QUE L'HÔPITAL DOIT AGIR EN FAVEUR DE LA SANTÉ HUMAINE MAIS AUSSI DE CELLE DES ÉCOSYSTÈMES ET DES ÊTRES VIVANTS EN GÉNÉRAL »

réflexion sur l'usage raisonné du matériel à usage unique, ventilation optimisée. C'est une approche que nous développons de manière généralisée dans tous les projets.

Le remplacement des liaisons logistiques en voiture par des drones pour le transport d'échantillons biologiques limitant ainsi les déplacements.

Et bien sûr, une sensibilisation continue des équipes, car cette transition ne peut être efficace que si elle est portée collectivement.

Mais au-delà des actions techniques, nous portons une conviction : la transition écologique peut être un levier d'innovation organisationnelle, de mobilisation des équipes et d'amélioration continue. Elle redonne du sens, elle fédère, elle interroge positivement les pratiques. Elle crée aussi des ponts entre métiers, entre soignants, logisticiens, ingénieurs, acheteurs.

En outre, le rôle de l'hôpital dans la transition ne s'arrête pas à ses murs : nous avons une responsabilité territoriale. Cela passe par nos relations avec les collectivités locales et un travail continu et concerté sur les mobilités, mais aussi au travers de nos échanges avec les établissements des Hôpitaux Hainaut-Cambrésis pour mutualiser nos ressources et créer des synergies dans nos stratégies.

C'est dans une logique *One health* en interaction avec son environnement que l'hôpital doit agir en faveur de la santé humaine mais aussi de celle des écosystèmes et des êtres vivants en général. Cette vision systémique irrigue notre réflexion stratégique : mieux prévenir les pathologies chroniques et environnementales, mieux maîtriser les risques infectieux émergents, intégrer les enjeux de pollution atmosphérique, de qualité de l'eau, ou encore de gestion des ressources naturelles dans notre politique de santé. L'hôpital devient alors un acteur de santé globale, ancré dans son écosystème, et responsable face aux générations futures : accès à tous et pour tous.

L'hôpital peut et doit devenir un acteur engagé de la transition écologique, à condition de sortir d'une logique purement déclarative. Cela implique de repenser les usages, mais aussi le modèle de performance : aujourd'hui, le soin durable est un soin mieux organisé, plus pertinent, plus respectueux des ressources.

En résumé, la transition écologique est pour nous un catalyseur d'intelligence collective. Elle oblige à se transformer, mais elle le fait en créant du sens, en redonnant de la cohérence, et en nous plaçant à la hauteur des enjeux sanitaires, sociaux (sociétaux aussi) et environnementaux de notre siècle, en valorisant l'esprit de service public. ■

CHRONIQUE D'UNE PERTE D'AUTONOMIE ORDINAIRE FACE AUX ÉCUEILS D'UN SYSTÈME DISPERSÉ

PAR ETELVINA VIDAS ET FRANÇOIS-XAVIER BOUVIER
DIRECTRICE ASSURANCE DE PERSONNES - DIRECTEUR - THÉMIS CONSEIL

Trop nombreuses sont encore les situations déshumanisées et déshumanisantes qui isolent les personnes en difficulté et dont le parcours de soins et de prise en charge est encore trop souvent inadapté.

Le risque de perte d'autonomie doit susciter une attention toute particulière notamment en raison du vieillissement de la population et de l'opportunité que nous procurent des progrès techniques prodigieux permettant un diagnostic de plus en plus précoce des maladies neurodégénératives notamment.

Avant que la perte d'autonomie ne devienne avérée, il existe une période de vulnérabilité, marquée par les premiers signes de déclin souvent discrets et progressifs, généralement sous-estimés par les malades. Pendant cette phase, le déni est alors fréquent tandis que la maladie elle, continue de progresser. Outre le patient, les premiers impactés sont les proches qui, avant même tout diagnostic, s'organisent pour aider et accompagner l'autre dans les actes de la vie quotidienne et dans les gestes les plus simples.

Face aux conséquences de la perte d'autonomie qui laisse souvent les malades et les proches aidants démunis, une prise en charge coordonnée est indispensable afin de « prévenir » et « accompagner » efficacement.

Malgré de nombreuses initiatives intéressantes visant à clarifier les procédures de demande d'accompagnement, d'aide financière ou ménagère, la complexité de certains processus résultant d'un manque de coordination freine et décourage bien souvent les patients et leurs aidants.

En effet, nombreux sont les obstacles : des disparités territoriales avec des dispositifs qui varient fortement d'un département à l'autre, des lourdeurs administratives ponctuées de formulaires et de délais parfois incompréhensibles, ainsi qu'une absence de liaisons entre les différentes institutions qui, dans certains cas, réduit à néant une demande d'aide.

En témoigne le cas de Mme N., 66 ans, qui présente des signes de pertes de mémoire flagrants et qui a, elle-même, été aidante auprès de son mari en fauteuil durant de longues années.

Après de longs mois de combat pour les enfants, Mme N. accepte enfin d'aller chez le médecin. Le diagnostic tombe : la maladie s'est installée, Mme N. est atteinte d'un Alzheimer « précoce » et surtout assez fulgurant. Le déclin se fait rapide et la perte d'autonomie s'installe inexorablement.

Alors l'aide s'organise autour de Mme N., ses enfants font les courses, surveillent les comptes bancaires, assurent le ménage, le repassage, la lessive, gèrent « l'administratif », assurent les repas afin que les parents s'alimentent correctement, apportent les premiers gestes d'hygiène à leur mère, surveillent les dates de péremption des produits alimentaires … se sentent passer du rôle « d'enfants » à celui de « parents ».

Ils sont deux et se relayent autour de Mme N., mais l'inquiétude et le désarroi du quotidien face à la maladie de leur mère deviennent de plus en plus lourds. Ils ne peuvent plus gérer cela seuls et les revenus sont faibles, alors ils en viennent à demander des aides ménagères et financières. Les enfants prennent contact avec des associations telles que « France Alzheimer » pour savoir, comprendre et être aidés à leur tour. On leur conseille de faire évaluer le niveau GIR de leur mère, ce qui leur permettra de demander des aides en fonction du niveau « attribué », notamment l'APA (Aide personnalisée à l'autonomie).

Les enfants de Mme N. font les démarches nécessaires et déclenchent le process d'évaluation de leur mère. Aidants conjointement identifiés auprès des différents organismes (associations, SSIAD…), ils attendent que le professionnel de l'équipe médico-sociale de l'APA les contacte afin d'organiser la visite d'évaluation, lors de laquelle les proches peuvent être présents.

En attendant cette évaluation, les enfants de Mme N. se rapprochent du corps médical qui les accompagne depuis les premiers symptômes de la maladie de leur mère. Le médecin de famille leur conseille de fournir les copies des formulaires qu'il remplit tous les 3 mois pour obtenir le passage du SSIAD afin de les remettre à la personne qui va évaluer le niveau GIR de Mme N. Le médecin de l'unité de gériatrie où est suivie Mme N. leur fournit une simulation d'évaluation sur la grille AGGIR avec son avis sur la situation de leur mère « cela n'a pas de valeur administrative mais présentez-le à la personne qui viendra faire l'évaluation GIR et transmettez-lui ce compte rendu de ma part », leur dit-il.

L'attente de la visite se fait longue et le quotidien difficile de la famille s'alourdit chaque jour un peu plus avec l'avancée de la maladie. Toutefois, l'espoir d'avoir de l'aide extérieure redonne un élan à cette organisation lourde pour accompagner les parents. L'attente est forte. Le GIR est indispensable pour déclencher les aides telles que l'APA, certes, mais aussi les prestations de l'assurance vie/prévoyance qu'a contractée Mme N. et qu'elle alimente de ses économies depuis de longues années. En effet, une aide mensuelle précieuse et non négligeable de 500 € pourrait lui être allouée, en complément de l'APA.

Cependant, les semaines passent… aucun rendez-vous n'est fixé par l'équipe médico-sociale de l'APA au grand étonnement des enfants qui font confiance au système. Puis, arrive un courrier au domicile de Mme N. que récupère son fils dans la boîte aux lettres lors d'une de ses visites. Ce courrier indique que le niveau de Mme N. a été évalué lors du passage d'un professionnel, que celui-ci de niveau « 5 » et correspond, selon la grille AGGIR, à une personne semi-autonome, ne nécessitant que peu d'aide.

Sous le choc, les enfants de Mme N. contactent l'équipe médico-sociale de l'APA pour préciser qu'ils n'ont pas été informés du passage de l'évaluatrice et qu'ils demandent une nouvelle évaluation car la réalité de leur mère est qu'elle ne sait plus se doucher seule, développe le syndrome de Diogène, n'a plus la capacité de se faire à manger, de prendre seule ses médicaments…

Ils précisent qu'ils ont des documents attestant de l'état de leur mère et qu'il est impossible qu'elle reste sans aide. Sans oublier leur père qui est cloué dans un fauteuil des suites d'une longue maladie. La situation devient dangereuse et intenable pour les enfants aidants. Ils ne comprennent pas comment ils ont pu être mis à l'écart de cette évaluation.

« DE NOMBREUX DISPOSITIFS POURTANT BIEN PENSÉS ET VERTUEUX DE PRÉVENTION, D'ACCOMPAGNEMENT OU DE PRISE EN CHARGE SE RETROUVENT HORS D'ACCÈS POUR BON NOMBRE D'USAGERS DANS LE BESOIN »

La personne qu'ils ont en ligne leur indique que leur mère a bien été destinataire d'un courrier (ses enfants le retrouveront plus tard « rangé » méticuleusement par leur mère au fin fond du tiroir à chaussettes…) et qu'ils ne peuvent pas renouveler leur demande avant 1 an (information erronée car il est possible de faire un recours administratif à la suite d'une évaluation jugée inexacte).

C'est une douche froide pour les enfants dont le sacrifice personnel et familial devient de plus en plus difficile à gérer. Les issues se referment. Isolés et déçus par le système dans lequel ils se fiaient, ils décident de prendre sur le peu d'économies de leurs parents pour faire intervenir une association spécialisée, et ce au risque de les mettre en difficulté financière en cas d'imprévu ou de coup dur « supplémentaire ».

Malgré les initiatives des pouvoirs publics, la prise de conscience collective et les actions locales pour accompagner au mieux toutes ces personnes en perte d'autonomie, le cas de Mme N. n'est pas un cas isolé. De nombreux dispositifs pourtant bien pensés et vertueux de prévention, d'accompagnement ou de prise en charge se retrouvent hors d'accès pour bon nombre d'usagers dans le besoin qui font face à ce qui est perçu comme un labyrinthe institutionnel.

Depuis la loi du 7 août 2020, le soutien à l'autonomie des personnes âgées est au cœur de nombreuses initiatives et constitue notamment le principal enjeu de la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui s'est fixée plusieurs objectifs : l'équité territoriale, la simplification des dispositifs, l'efficience dans la réponse aux besoins et la transparence avec l'examen annuel de la politique d'autonomie et des conditions de son financement.

En effet, ces dernières années les orientations de la politique de protection sociale visent notamment à contribuer à la qualité de vie des personnes déjà en perte d'autonomie ou en risque, à équilibrer l'équation posée par les besoins d'accompagnement, de soins et les moyens à déployer et a replacé « la prévention » au cœur de toutes les discussions.

Il est indéniable que la prise de conscience collective est bien réelle et que de nombreuses initiatives ont vu le jour, notamment des espaces

digitaux ouverts à tous à l'image du site web du gouvernement « pour-les-personnes-âgées.gouv.fr ». Les parcours d'information et les démarches à suivre y sont clairement expliqués et concernent tant les patients que les aidants. Toutefois, il n'en reste pas moins que le cas de Mme N. reste représentatif de réalités rencontrées par beaucoup. Il n'illustre pas un manque d'information mais plutôt un manque de coordination à compter des premiers symptômes et du diagnostic. Hors du parcours de soins et de prise en charge le patient et ses proches ont besoin d'un accompagnement plus accessible et adapté face à l'inéluctable.

Les politiques et actions mises en place en termes de prévention tant primaire qui tend à réduire les nouveaux cas de personnes en perte d'autonomie, que secondaire qui a pour but de repérer le plus tôt possible les cas de perte d'autonomie (portée notamment par le programme international ICOPE de l'OMS), ou tertiaire qui a pour objectif de diminuer le nombre de cas d'incapacité chronique, ne répondent pas encore aux situations avec assez de pertinence et ne pallient pas l'absence de coordination que rencontrent encore nombre de patients et leurs proches, car ces trois types de préventions doivent être menés de façon coordonnée pour atteindre leurs objectifs.

L'efficacité d'un accompagnement adapté n'est possible qu'à l'appui d'outils adaptés et de process coordonnés.

La mise en place d'un parcours coordonné, constitué d'espaces digitalisés reliés entre eux et communicants, centralisant les données recueillies au fil de ce parcours et qui inclurait les aidants, le corps médical ou encore les personnes SSIAD permettrait d'éviter des erreurs d'évaluation ou diagnostics inadaptés comme dans le cas de Mme N. L'évaluation GIR de cette dernière n'aurait jamais dû se réaliser sans la présence des aidants ni l'avis de son médecin traitant.

Dans les faits, une personne en perte d'autonomie est, bien heureusement, le plus souvent accompagnée par une ou plusieurs personnes référentes, et ce, avant même toute démarche de mise sous curatelle ou tutelle. Ces dernières sont intégrées dans le parcours de soins et identifiées notamment par le corps médical, par les organismes associatifs ou encore par les Maisons départementales, et tout autre intervenant dans le quotidien des malades.

Pourquoi ne pas étendre cette « pratique sociale et humaine » à la constitution d'un dispositif d'accès à un parcours ou un espace digitalisé coordonné, qui permettrait de regrouper les données

« EN COMPLÉMENT DES PARCOURS DE SOINS ET DE PRISES EN CHARGE QUI SE DÉVELOPPENT, LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ET LEUR SUIVI DOIVENT ÊTRE SIMPLIFIÉS, FLUIDIFIÉS, CENTRALISÉS ET COORDONNÉS AFIN D'ALLÉGER LE PARCOURS DE VIE DES PATIENTS ET DES AIDANTS »

clés des patients et d'alléger le quotidien et la charge mentale des aidants ? Éviter les risques d'évaluations erronées ou encore les pertes d'informations lors de la constitution des dossiers de demande d'aides financières ou ménagères relève également de la prévention.

Tel a été l'un des axes du projet du « Parcours santé des aînés » (PAERPA) lancé en 2013 en application de l'article 48 de la loi du financement de la Sécurité sociale (LFSS) dont les résultats ont été assez mitigés compte tenu de la complexité et des disparités des dispositifs territoriaux comme l'indique l'évaluation de l'expérimentation PAERPA publiée en novembre 2020. Une uniformisation d'une démarche simple et diffusée à l'échelle nationale dans une optique de prévention et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie axée sur un périmètre défini pour améliorer le parcours (et non pas le parcours dans sa totalité) semble être une option à expérimenter dans le souci d'une conduite du changement général.

Et ce à l'image des initiatives et des réflexions portées par le programme ICOPE qui se questionne autour de la mise en place d'un carnet de santé pour les personnes âgées permettant de suivre la courbe de vieillissement au même titre que la courbe de croissance d'un enfant. Une centralisation des informations, accessibles selon des habilitations prédéfinies afin de respecter la réglementation en matière de protection des données aux personnes qui entourent les malades, réduirait considérablement les prises en charge inadaptées et faciliterait le maintien à domicile en évitant de nombreuses hospitalisations.

En complément des parcours de soins et de prises en charge qui se développent, les démarches administratives et leur suivi doivent être simplifiés, fluidifiés, centralisés et coordonnés afin d'alléger le parcours de vie des patients et des aidants. La mise en place d'un parcours ou d'un espace digitalisé et sécurisé incluant l'aidant dès le départ semble être une étape indispensable pour mener à bien la politique de protection sociale sur l'accompagnement du vieillissement de la population et de la dépendance dans son sens le plus large, en complément de toutes les initiatives déjà en cours de déploiement. ■

Sources :

Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches| Pour les personnes âgées : www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, le site officiel d'information pour les personnes âgées et leurs aidants.

Rapport de la branche Autonomie de la Sécurité sociale 2024 (CNSA).

« Et si l'on surveillait sa « courbe de vieillissement », Le Figaro Santé, article d'Anne Prigent, comme on suit la courbe de croissance d'un enfant ? »

Cahier des charges relatif à l'extension d'un territoire pilote PAERPA par nouvelle région seconde génération (parcours santé des aînés, des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée). Le dispositif Paerpa - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles - sante.gouv.fr

Évaluation d'impact de l'expérimentation « Parcours Santé des Aînés (PAERPA) », rapport final publié par Damien Bricard, Zeynep Or, Anne Penneau (Rapport de l'IRDES n° 575, novembre 2020).

10 inconvénients de l'APA - www.oui-adapt.fr

Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? Les outils de coordination - Un pilotage partenarial - Les territoires pilotes PAERPA - sante.gouv.fr

PARTAGE DE COMPÉTENCES DANS LA SANTÉ VISUELLE : UN EXEMPLE POUR DEMAIN

PAR MÉLANIE ORDINES
PRÉSIDENTE DU SNAO

Face à l'augmentation constante des besoins de santé, à la démographie médicale en tension et aux inégalités territoriales d'accès aux soins, notre système de santé est mis à rude épreuve. Les délais pour obtenir un rendez-vous médical s'allongent, en particulier dans certaines spécialités. Dans ce contexte, la prévention - pourtant pilier d'une santé durable - reste trop souvent reléguée au second plan, faute de moyens et de temps médical disponible.

Pourtant, une solution se dessine et fait progressivement ses preuves : le partage de compétences entre professionnels de santé. Loin de fragiliser les métiers ou de baisser la qualité des soins, cette approche permet de mieux répartir les tâches selon les compétences, de fluidifier les parcours et de renforcer la prévention de proximité.

La filière visuelle, avec les orthoptistes en première ligne, est l'un des tout premiers terrains où ce partage s'est concrètement structuré. Grâce à une réorganisation intelligente et encadrée, les orthoptistes prennent aujourd'hui en charge une partie du parcours de soins visuels, en collaboration étroite avec les ophtalmologues. Ce modèle permet non seulement de réduire les délais d'accès aux soins, mais aussi d'augmenter le nombre de dépistages, de préserver l'accessibilité tarifaire, et de contenir les dépenses publiques.

Dans cet article, nous proposons de présenter cette réussite concrète comme une piste de transformation plus large de notre système de santé, et d'en tirer les enseignements pour d'autres champs de la prévention sociale.

LA FILIÈRE VISUELLE, PIONNIÈRE DU PARTAGE DE COMPÉTENCES

Si le partage de compétences est aujourd'hui évoqué dans de nombreuses professions de santé, la filière visuelle l'a, elle, déjà mis en œuvre de manière concrète. Longtemps cantonnée à un rôle de rééducation visuelle, la profession d'orthoptiste a connu une véritable transformation, portée par l'urgence d'organiser différemment la prise en charge visuelle.

Dès les années 2010, face à l'engorgement des cabinets d'ophtalmologie et à l'allongement des délais, des protocoles de coopération ont été mis en place. Les orthoptistes ont progressivement été autorisés à réaliser des bilans visuels, à participer aux dépistages scolaires, puis à renouveler certains équipements optiques dans un cadre bien défini. Ce mouvement a été renforcé par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires).

Aujourd'hui, l'orthoptiste est un acteur à part entière du parcours de soins visuels, en amont de l'ophtalmologiste. Il réalise les bilans, oriente les patients selon leurs besoins, et contribue à prioriser les urgences médicales. Ce modèle ne repose pas sur une substitution des compétences, mais sur une distribution intelligente et sécurisée des rôles, au bénéfice du patient.

DES BÉNÉFICES MESURABLES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Cette organisation renouvelée n'a pas seulement permis d'absorber la

demande croissante : elle a produit des résultats tangibles, tant pour les usagers que pour le système.

D'abord, les délais d'attente ont été significativement réduits dans les structures où les orthoptistes assurent les premiers contacts. Les consultations spécialisées sont mieux ciblées, et les cas simples ne monopolisent plus du temps médical. Cela permet de garantir un accès plus rapide aux soins pour tous, y compris dans les zones sous-dotées.

Ensuite, la couverture du territoire a été renforcée. Grâce à la possibilité de travailler à distance (téléophtalmologie), les orthoptistes deviennent des relais de proximité dans les territoires ruraux. Ils assurent une première prise en charge, avec un retour rapide du médecin ophtalmologue.

Autre atout majeur : la maîtrise des coûts. En restant dans le cadre conventionné, sans dépassement d'honoraires, les actes réalisés par les orthoptistes sont moins onéreux pour la collectivité. Le recours raisonné à l'ophtalmologue limite les consultations inutiles, sans compromettre la qualité des soins.

Enfin, ce partage permet d'amplifier les actions de prévention : dépistages précoces des troubles visuels chez l'enfant, dépistages des rétinopathies diabétiques, accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques (diabète, glaucome…). C'est un investissement à long terme pour la santé visuelle de la population.

« CONTRAIREMENT À CERTAINES CRAINTES INITIALES, LE PARTAGE DE COMPÉTENCES N'A PAS AFFAIBLI LA PROFESSION MÉDICALE. AU CONTRAIRE, IL L'A SOUTENUE ET RECENTRÉE SUR SA VALEUR AJOUTÉE CLINIQUE »

UNE COLLABORATION GAGNANT-GAGNANT AVEC LES OPHTALMOLOGUES

Contrairement à certaines craintes initiales, le partage de compétences n'a pas affaibli la profession médicale. Au contraire, il l'a soutenue et recentrée sur sa valeur ajoutée clinique.
Les ophtalmologues peuvent désormais se concentrer sur les diagnostics complexes, les actes techniques, les pathologies lourdes et la chirurgie. Les orthoptistes, eux, prennent en charge les bilans, les suivis simples et les dépistages. Ce travail coordonné repose sur une relation de confiance professionnelle, formalisée par des protocoles et facilitée par les outils numériques.

Dans les cabinets mixtes, les centres de santé ou les structures coopératives, cette organisation en équipe est non seulement efficace, mais aussi valorisante pour chaque métier. Le patient y trouve un parcours fluide, lisible et rassurant. Le spécialiste, lui, voit son expertise renforcée. L'orthoptiste, de son côté, voit ses compétences reconnues et déployées.

Cette coopération structurée et équitable constitue un modèle inspirant pour d'autres champs de la santé.

UN MODÈLE TRANSPOSABLE À D'AUTRES CHAMPS DE LA PRÉVENTION ?

L'expérience de la filière visuelle démontre qu'un partage bien encadré des compétences est non seulement possible, mais efficace, sûr et soutenable. Ce modèle, fondé sur la complémentarité des professionnels de santé, devrait inspirer d'autres filières soumises aux mêmes tensions d'accès et de charge médicale.

Pourtant, au lieu de tirer les leçons de ce qui fonctionne déjà, comme les coopérations orthoptistes-ophtalmologistes ou infirmiers de pratique avancée, on assiste parfois à une dérive silencieuse du système, où certaines pratiques s'installent en dehors de tout cadre réglementaire clair. C'est le cas, par exemple, de l'extension progressive et souvent informelle des missions confiées aux assistants médicaux, bien au-delà de leurs attributions légales, avec une forme de tolérance implicite de la part des autorités sanitaires et conventionnelles.

Ce paradoxe interroge : pourquoi fermer les yeux sur ces glissements juridiques, alors que nous disposons déjà, dans la plupart des champs de soins, de professionnels paramédicaux formés, encadrés, reconnus - et capables d'assumer pleinement des missions de prévention, de dépistage ou de suivi ?

La priorité ne devrait-elle pas être de valoriser les compétences existantes, plutôt que d'improviser des solutions de court terme ? La filière visuelle, en ce sens, offre un exemple de transformation maîtrisée, dont il serait temps de s'inspirer plus largement.

Les conditions de réussite sont claires :

- une formation adaptée et encadrée ;
- des protocoles clairs et validés ;
- un cadre juridique protecteur pour les patients et les professionnels ;
- une reconnaissance pleine des rôles complémentaires, sans mise en concurrence.

LA SANTÉ VISUELLE EN FRANCE

7,5 millions de consultations ophtalmologiques en 2022 (Assurance Maladie).

3 à 6 mois de délai moyen pour une consultation ophtalmologique, jusqu'à 12 mois dans certaines zones rurales.

6300 orthoptistes en exercice, en forte croissance (+30 % en 10 ans).

Environ 40 % des patients pris en charge dans le cadre de protocoles de coopération.

Coût moyen d'un acte orthoptique : 27 €, contre 53 € pour une consultation ophtalmologique de secteur 2 avec dépassement.

Plus de 80 structures expérimentent la télé-ophtalmologie, avec des orthoptistes en relais local.

La prévention sociale ne peut plus reposer uniquement sur le médecin omnipotent. Elle doit s'appuyer sur une organisation solidaire, territorialisée, et coordonnée, où chacun contribue selon ses compétences. C'est cette vision que la filière visuelle incarne déjà.

LE PARTAGE DE COMPÉTENCES : DE L'EXPÉRIMENTATION À LA TRANSFORMATION

À l'heure où notre système de santé cherche des solutions durables pour répondre aux défis démographiques, sociaux et économiques, la filière visuelle apporte une réponse concrète, pragmatique et éprouvée.

Le partage de compétences entre orthoptistes et ophtalmologues n'a pas affaibli la qualité des soins, bien au contraire : il l'a renforcée. Il a permis un meilleur accès, une plus grande prévention, et une organisation plus juste des ressources.

Ce modèle mérite d'être reconnu, soutenu, et surtout répliqué. Car il incarne ce que pourrait être la santé de demain : une prévention organisée, des compétences partagées, et une médecine fondée sur la coopération. ■

Sources :

Haute Autorité de santé (HAS) - Protocoles de coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes, actualisation 2022.
https://www.has-sante.fr

CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) - Rapport Charges & Produits 2023 – Filière visuelle et innovations organisationnelles.

IGAS (Inspection générale des affaires sociales) - Évaluation des protocoles de coopération en santé visuelle, rapport 2021.

Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) - L'orthoptie au cœur de l'accès aux soins visuels, publication 2023.
https://www.snof.org

Cour des comptes - La prise en charge de la santé visuelle : enjeux d'efficience et d'accès, rapport thématique, octobre 2022.

Observatoire de l'accès aux soins (France Assos Santé) - Baromètre 2023 des délais en ophtalmologie.

INTER-VIEW

LAURENT GALLET

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ENIM

PAR ABRAHAM HAMZAWI,
DIRECTEUR DE XEPHER

AVEC LE DÉPART À LA RETRAITE D'UN TIERS DE VOS EFFECTIFS D'ICI 2031, COMMENT IMAGINEZ-VOUS PRÉSERVER LES COMPÉTENCES CLÉS DE L'ENIM GRÂCE À L'IA GÉNÉRATIVE ?

L'IA générative permet de capitaliser les compétences des agents amenés à quitter l'établissement et de former certains des futurs agents sans qu'un formateur interne ne soit nécessaire pour assurer cette transmission des savoirs. Les personnes ressources pourront enseigner à l'IA leurs connaissances et leurs savoirs qui seront ensuite restitués aux futurs agents lorsqu'ils questionneront l'outil.

PLUTÔT QUE D'INVESTIR MASSIVEMENT DANS L'INFRASTRUCTURE, VOUS AVEZ COMMENCÉ PAR FAIRE ÉVOLUER LES USAGES. EN QUOI L'IA GÉNÉRATIVE PEUT-ELLE VRAIMENT CHANGER LA FAÇON DONT VOS AGENTS TRAVAILLENT AU QUOTIDIEN ?

Oui, l'Enim a fait le choix de commencer à travailler en identifiant les cas d'usage possibles de l'IA. Cela permet de limiter les investissements tout en obtenant des gains rapides. L'apport de l'IA générative constitue pour les agents une forme d'assistant de haut niveau qui accomplit pour lui des tâches à faible valeur ajoutée ou très chronophages. Cela les oblige à revoir leur rôle et leur positionnement, mais également à développer leurs compétences. En ce sens, l'IA générative va faire évoluer à terme fortement certains métiers en les enrichissant.

AUJOURD'HUI, VOS ÉQUIPES ONT PEU DE MARGE POUR PENSER DE NOUVEAUX SERVICES. COMMENT L'IA GÉNÉRATIVE POURRAIT-ELLE CONCRÈTEMENT LEUR FAIRE GAGNER DU TEMPS UTILE POUR INNOVER ?

Pour les mêmes raisons (en déchargeant certains services de tâches à faible valeur ajoutée ou chronophages), l'IA générative permet de dégager du temps pour lever le nez du guidon et mener des réflexions prospectives permettant de moderniser leurs services et améliorer le service rendu aux assurés ou renforcer la performance de leur activité. L'appropriation de l'IA générative par les équipes de l'Enim a généré un engouement bien au-delà des espérances placées lors du début de l'expérimentation et cela laisse présager des avancées tout à fait remarquables dans la mise en œuvre des missions de l'Enim et dans leur performance.

VOUS DISPOSEZ DE BEAUCOUP DE DONNÉES SUR LES MARINS, LES NAVIRES, LES ACCIDENTS. EST-CE QUE L'IA GÉNÉRATIVE PEUT VOUS AIDER À PASSER D'UNE LOGIQUE DE GESTION À UNE LOGIQUE DE PRÉVENTION PLUS FINE ?

L'enjeu relatif à la prévention des risques professionnels maritimes est très important dans le monde maritime car il est très accidentogène. Nous disposons déjà de beaucoup de données qui sont progressivement rassemblées au sein d'un observatoire de l'accidentologie. L'important est désormais de pouvoir les exploiter pour orienter au mieux les actions de prévention vers les secteurs les plus accidentogènes. En cela, l'IA générative constitue un outil précieux pour accélérer l'exploitation de ces données et optimiser le ciblage des risques.

« L'IMPORTANT EST DÉSORMAIS DE POUVOIR LES EXPLOITER POUR ORIENTER AU MIEUX LES ACTIONS DE PRÉVENTION VERS LES SECTEURS LES PLUS ACCIDENTOGÈNES. EN CELA, L'IA GÉNÉRATIVE CONSTITUE UN OUTIL PRÉCIEUX »

PENSEZ-VOUS QU'IL SERAIT UTILE DE DÉVELOPPER, ENTRE RÉGIMES SPÉCIAUX, DES APPROCHES COMMUNES DE L'IA GÉNÉRATIVE OU DE PARTAGER LES RETOURS D'EXPÉRIENCE, ADAPTÉS À VOS CONTRAINTES SPÉCIFIQUES ?

Oui, et nous avons déjà commencé. Nous sommes un peu précurseurs à l'Enim dans l'utilisation de l'IA générative et nous avons des préoccupations communes ou similaires avec nos collègues des autres régimes spéciaux. Nous avons fait le choix d'identifier les cas d'usage possibles et de progresser en priorité sur ceux qui ne nécessitent pas d'investissement car nos ressources sont limitées et pour lesquels des gains rapides pouvaient être observés. C'était fondamental pour que la dynamique prenne et ne s'essouffle pas. Nous avons partagé cette approche de l'IA générative avec les régimes qui souhaitaient avancer et avons partagé avec eux les cas d'usage que nous avions identifiés dans la phase 1. Cela a constitué pour eux un accélérateur d'appropriation de l'IA générative et de son déploiement, et nous permettra sans doute de bénéficier aussi de leur retour d'expérience. ■

MUTUELLES DE TAILLE INTERMÉDIAIRE

ÉPISODE 2

TRANSFORMATION NUMÉRIQUE, IA ET COMPLEXITÉ RÉGLEMENTAIRE : DES DÉFIS INÉDITS POUR LE SECTEUR MUTUALISTE

PAR PIERRE CLOAREC
RESPONSABLE DE L'OFFRE DE SERVICES CHEZ ASSIA

Dans un environnement en perpétuelle mutation, les mutuelles de taille intermédiaire se trouvent confrontées à une série de défis majeurs qui menacent leur indépendance et leur pérennité. La pression réglementaire croissante, les exigences accrues en matière de conformité, et une concurrence toujours plus structurée imposent une adaptation rapide et continue. L'essor des grands groupes mutualistes, renforcé par une dynamique de concentration déjà ancienne, oblige ces structures intermédiaires à redoubler d'efforts pour se différencier et rester attractives. Dans ce contexte, la transformation numérique et, plus récemment, l'irruption massive de l'intelligence artificielle (IA) doivent être considérées comme des leviers essentiels, à la fois porteurs d'opportunités et sources de nouveaux questionnements. Les éditeurs de systèmes d'information y ont évidemment un rôle fondamental à jouer, mais ce rôle doit être relu à la lumière des nouvelles exigences du moment : agilité, éthique, cadre réglementaire et capacité d'expérimentation rapide.

L'INNOVATION COMME LEVIER DE CROISSANCE ET DE DIFFÉRENCIATION

Les mutuelles de taille intermédiaire doivent aujourd'hui conjuguer prudence et audace. L'innovation ne peut plus être reléguée au second plan, ni envisagée comme un simple supplément d'âme. Elle devient une nécessité stratégique. Les offres de services, les garanties commercialisées, les parcours adhérents s'individualisent, se digitalisent, s'imbriquent dans des usages nouveaux. Dans les demandes que nous recevons, la logique de personnalisation est omniprésente : full dématérialisation, services de prévention, applications mobiles de suivi, accompagnements ciblés… autant d'exemples concrets qui montrent une attente forte du terrain.

Mais innover coûte. Et c'est là toute la difficulté : maintenir une trajectoire financière équilibrée tout en ouvrant le jeu stratégique. Le rapport entre innovation et rentabilité doit être repensé : la valeur ne se limite plus au retour économique immédiat mais s'étend à l'expérience utilisateur, à la fidélisation, à la consolidation de l'image. C'est aussi pour cela que les partenariats deviennent structurants. Qu'ils soient technologiques (start-up, agrégateurs), serviciels (plateformes de santé), ou assurantiels (prévoyance), ils permettent d'expérimenter plus vite, à moindre coût, sans renoncer à l'exigence de maîtrise.

Il faut également rappeler que l'innovation n'est pas uniquement technologique. Elle est aussi organisationnelle, culturelle, et repose sur la capacité des structures à accueillir le changement, à former leurs équipes et à mettre en place des processus agiles et adaptatifs.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : CATALYSEUR DE TRANSFORMATION ET D'AGILITÉ COLLECTIVE

Difficile aujourd'hui de parler de transformation numérique sans évoquer l'intelligence artificielle. L'irruption soudaine de modèles génératifs comme GPT-4, et plus largement l'engouement autour de l'IA, font émerger une multitude de solutions technologiques prometteuses. Optimisation de la gestion, détection de fraudes, automatisation des tâches, personnalisation des parcours adhérents… les cas d'usage se multiplient et s'invitent désormais dans les discussions stratégiques des mutuelles, y compris de taille intermédiaire.

Mais au-delà des promesses, l'IA agit comme un révélateur des dynamiques internes. Elle suscite à la fois curiosité, enthousiasme, questionnements et parfois inquiétudes. Certains y voient un levier pour simplifier les pratiques et recentrer les équipes sur des missions à plus forte valeur ajoutée, d'autres redoutent une transformation rapide qui bousculerait les repères établis. Ces écarts invitent à accompagner les collectifs, à développer

les compétences adaptées, et à maintenir une dynamique d'engagement au cœur des transitions en cours.

Car si l'IA est porteuse de gains de productivité et d'efficacité, elle engage surtout à repenser certains processus de travail, à faire évoluer les pratiques, et à favoriser l'émergence de nouvelles compétences. Selon McKinsey, 80 % des dirigeants d'assurance estiment que l'IA transformera leur activité d'ici trois ans, rendant essentiel un accompagnement managérial attentif et une approche progressive des transformations.

Dans ce contexte, adopter une stratégie d'intégration progressive, fondée sur des solutions existantes et une approche modulaire, permet de concilier agilité et maîtrise. Tester, mesurer l'impact, ajuster les pratiques et les compétences au fil de l'eau, pivoter rapidement si nécessaire : cette logique de *test & learn* n'est pas uniquement un choix technologique, elle devient un levier pour aligner la transformation numérique avec le rythme d'absorption des équipes, tout en consolidant la dynamique collective.

Encore faut-il disposer d'un environnement technique et contractuel qui permette d'expérimenter sereinement, tout en garantissant la sécurité et la conformité. Car l'IA ne se limite pas à un simple ajout fonctionnel : elle interagit avec des volumes de données considérables, souvent sensibles, et transforme en profondeur les flux métiers. Elle requiert une gouvernance solide, une interopérabilité maîtrisée, et surtout une architecture sécurisée.

Les acteurs industriels doivent jouer un rôle clé. Leur savoir-faire et leur capacité à proposer des solutions mutualisées, déployées auprès de plusieurs organismes, permettent d'atteindre un niveau de service et de performance difficilement accessible seul. En apportant des outils adaptés, en maîtrisant le stockage, l'exploitation des données et leur cybersécurité, ces partenaires doivent être de véritables appuis pour les mutuelles qui souhaitent intégrer l'IA de façon concrète.

CYBERSÉCURITÉ ET RÉSILIENCE : LES PRÉREQUIS DE TOUTE STRATÉGIE NUMÉRIQUE

Les mutuelles en ont pris conscience : il ne peut y avoir de transformation numérique - a fortiori avec des briques d'IA - sans socle robuste en matière de sécurité informatique. La mise en place d'un Système de management de la sécurité de l'information (SMSI) devient une nécessité. Cela implique non seulement des procédures de gouvernance, mais également des outils concrets : plans de continuité et de reprise d'activité (PCA/PRA), surveillance du darkweb, systèmes de détection et d'analyse d'événements (SIEM), tests d'intrusion réguliers, centres opérationnels de sécurité (SOC) et équipes CERT pour réagir rapidement en cas d'attaque.

Ces dispositifs exigent des moyens importants et une expertise continue, difficile à maintenir en interne pour des structures de taille intermédiaire. Mais ils sont désormais incontournables pour faire face aux menaces qui pèsent sur les données des assurés, et plus globalement sur la continuité de service. Car le risque n'est plus hypothétique : selon l'ANSSI, les cyberattaques ont augmenté de 43 % dans le secteur santé-assurance en deux ans.

D'ailleurs, l'essor des IA génératives ajoute un défi supplémentaire. Ces outils facilitent la lecture d'informations, l'analyse et le partage de documents, mais augmentent aussi le risque de diffusion involontaire ou non maîtrisée des données, car chaque utilisateur interagit par des prompts avec son IA dans un cadre moins structuré que les processus habituels. Le risque de perte de maîtrise sur les informations échangées est renforcé. Sécuriser l'hébergement et les flux de données est d'autant plus indispensable pour protéger la confidentialité et garantir la souveraineté sur les données traitées.

Ainsi, toute stratégie numérique, et a fortiori tout projet intégrant de l'IA, doit être pensée avec une exigence de sécurité native. C'est ce que les régulateurs ont désormais entériné.

L'ENCADREMENT RÉGLEMENTAIRE COMME LEVIER DE RESPONSABILITÉ

Le temps de l'expérimentation sans filet est révolu. L'entrée en vigueur du règlement européen sur l'IA (IA Act) impose un premier cadre structurant, en classifiant les systèmes d'IA selon leur niveau de risque et en interdisant certaines pratiques. Pour les mutuelles, cela signifie que tout projet technologique devra être auditable, traçable et conforme à des standards européens exigeants.

À cela s'ajoute DORA (Digital Operational Resilience Act), qui introduit des obligations de résilience numérique dans l'ensemble du secteur financier : gestion des risques informatiques, maîtrise de la sous-traitance, simulation d'incidents, documentation des procédures… Et bien sûr, le RGPD, toujours aussi contraignant dans sa mise en œuvre, surtout pour des structures qui traitent des données de santé.

Pris isolément, ces textes peuvent paraître techniques ou abstraits. Pris ensemble, ils redessinent en réalité le cadre dans lequel les mutuelles doivent innover. Il ne s'agit plus simplement de moderniser : il s'agit de le faire dans un cadre de responsabilité et de transparence, qui sécurise les usages et protège les adhérents.

UN RISQUE DE DÉCROCHAGE FACE AUX GRANDES STRUCTURES

L'IA ouvre un nouveau front concurrentiel. Et sur ce front, la vitesse compte. Les grands groupes disposent de ressources financières, humaines et techniques considérables. Ils pourront intégrer massivement des solutions d'IA à tous les étages : relation adhérent, lutte contre la fraude, tarification dynamique, pilotage des risques, automatisation des contrôles, optimisation de la gestion… Or, la différence ne se fera pas sur l'usage ponctuel, mais sur la capacité à industrialiser ces usages et à les faire évoluer.

Il y a donc un risque réel de fracture numérique entre ceux qui auront pu tirer parti de cette nouvelle vague et ceux qui peineront à suivre. Et cette fracture risque d'être plus rapide et plus profonde que celles connues jusque-là. Parce que l'IA, par définition, apprend vite, évolue vite, et modifie radicalement les rapports de force.

Face à cela, les mutuelles de taille intermédiaire ne doivent pas renoncer. Mais elles doivent choisir leurs combats. Et surtout, elles doivent s'entourer. Car seule une approche mutualisée, accompagnée, éclairée, peut leur permettre de rester dans la course sans perdre leur âme.

« L'IA NE SE LIMITE PAS À UN SIMPLE AJOUT FONCTIONNEL : ELLE INTERAGIT AVEC DES VOLUMES DE DONNÉES CONSIDÉRABLES, SOUVENT SENSIBLES, ET TRANSFORME EN PROFONDEUR LES FLUX MÉTIERS. ELLE REQUIERT UNE GOUVERNANCE SOLIDE, UNE INTEROPÉRABILITÉ MAÎTRISÉE, ET SURTOUT UNE ARCHITECTURE SÉCURISÉE »

NE PAS SUBIR, CHOISIR, S'ANCRER

Finalement, la question qui se pose est celle du cap. L'IA n'est pas une fin en soi. C'est un moyen. Un outil. Encore faut-il savoir ce que l'on veut en faire. Pour les mutuelles de taille intermédiaire, il s'agit moins de tout faire que de bien faire. De choisir les bons cas d'usage. De les déployer avec pragmatisme. De ne pas s'enfermer dans des cycles technologiques trop lourds. De rester maître de ses choix.

Cela suppose un changement de posture : plus d'agilité, plus de collaboration, plus d'écoute des besoins réels. Cela suppose aussi de reconnaître que, dans un monde devenu trop complexe pour être maîtrisé seul, la confiance dans les partenaires devient une ressource aussi précieuse que la technologie elle-même.

L'innovation utile est celle qui respecte l'identité de la structure. La transformation réussie est celle qui n'efface pas les valeurs. Et dans le monde qui vient, c'est cette boussole-là qu'il faudra suivre. ■

« LES ÉTATS-UNIS FRAGILISENT LA LÉGITIMITÉ DE LA RECHERCHE ET LA CONFIANCE ENVERS L'INNOVATION EN SANTÉ »

MATTHIEU GIRIER
DIRECTEUR DU PÔLE PERFORMANCE DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ANAP

Alors que les données personnelles sont devenues l'or noir du XXIe siècle, le secteur de la santé se transforme en un territoire stratégique où s'affrontent logiques de soin, d'innovation… et de captation. Aux États-Unis, cette tension atteint un seuil critique : les start-up opérant dans les domaines de la e-santé et de la recherche biomédicale développent des traitements automatisés de données personnelles à une vitesse qui dépasse largement les garanties éthiques et juridiques indispensables à la confiance publique.

La promesse technologique est séduisante : médecine personnalisée, algorithmes prédictifs, plateformes de diagnostic assisté par l'intelligence artificielle. Derrière cette rhétorique de progrès se profile pourtant une réalité beaucoup plus ambivalente. Nombre de ces entreprises collectent, agrègent et analysent des volumes massifs de données issues de dossiers médicaux, de dispositifs connectés ou d'applications de bien-être, sans que les personnes concernées aient une compréhension claire, encore moins un véritable contrôle, sur les usages qui en sont faits.

Le cas de Google Health, les partenariats controversés entre hôpitaux et entreprises technologiques (tel celui entre Ascension et Google), ou encore les dérives documentées d'entreprises comme 23andMe ou Clearview AI, sont autant d'exemples illustrant une dérégulation préoccupante. Aux États-Unis, l'absence d'un cadre fédéral robuste équivalent au RGPD européen crée un vide juridique où l'initiative privée prospère, souvent au mépris des droits fondamentaux. Certes, le HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) encadre certains usages, mais il demeure inadapté à l'économie numérique contemporaine, notamment face à l'émergence de données dites « inférées » - ces informations déduites par les algorithmes à partir de multiples signaux faibles.

Ce contournement de la régulation n'est pas seulement une question de non-conformité technique : il révèle une stratégie plus large d'accumulation de données à but lucratif, dans une logique extractiviste incompatible avec les principes de finalité, de minimisation ou de loyauté du traitement qui gouvernent l'approche européenne des données de santé. En d'autres termes, l'exploitation des données de santé par certaines start-up n'est pas un écart, c'est un modèle, d'autant plus regrettable que son développement se fonde sur l'idée que tout bridage du recours aux données de santé aura nécessairement pour impact de ralentir la recherche, et donc de ne pas permettre de sauver des vies humaines.

Plus grave encore, la recherche fondamentale n'est pas épargnée. De nombreuses collaborations entre universités, centres de recherche et entreprises privées s'effectuent dans une opacité déconcertante. Le consentement éclairé, pilier de l'éthique de la recherche biomédicale, devient souvent une formalité vidée de sa substance. Comment parler de consentement lorsque les individus ne disposent ni d'information intelligible, ni de possibilité réelle de retrait, ni de visibilité sur les transferts transfrontaliers de leurs données ?

Ce déficit éthique est, enfin, un déficit stratégique. En laissant prospérer un capitalisme de la donnée sans garde-fous, les États-Unis fragilisent la légitimité de la recherche et la confiance envers l'innovation en santé. Il ne peut y avoir de progrès durable sans adhésion sociale. Les initiatives citoyennes en faveur d'un contrôle renforcé des usages - comme les Data Trusts ou les modèles de gouvernance décentralisée - montrent qu'une autre voie est possible, fondée sur la transparence, la co-décision et la réciprocité. Il restera cependant à observer si le temps pris pour définir un cadre réglementaire protecteur des données personnelles de notre côté de l'Atlantique ne finit pas, au nom de la vie privée, par nous faire perdre de vue le rythme effréné de la transformation et de l'innovation que les États-Unis suivent sur leur chemin ! ■

MAGAZINES

« Il faut se pencher sérieusement sur l'avenir de notre modèle de Protection sociale - Patrick Martin »
janvier 2025

« Nous ne pouvons plus raisonner comme nous le faisons actuellement - Éric Chenut »
mars 2024

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

En route vers les pénuries ? Il y a une alternative…
juin 2025

Obésité : une grande cause nationale
avril 2025

Prévention & santé numérique : une urgence politique !
octobre 2024

Valeur travail : une valeur à partager
mai 2024

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 XXIe siècle
juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
juin 2020

Nouveau monde, nouvelle protection sociale !
mai 2017

La protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
octobre 2015

Le Livre Blanc
novembre 2012

CAHIERS

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

Territoires de santé : de nouvelles frontières
juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
avril 2017

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

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

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

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

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

L'emploi : un défi européen
janvier 2017

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

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

Pour structurer la médecine du XXIe siècle : la télémédecine
décembre 2016

CRAPS

LE THINK TANK **DE LA PROTECTION SOCIALE**