

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N° 26 / JANVIER 2025

**PATRICK
MARTIN**

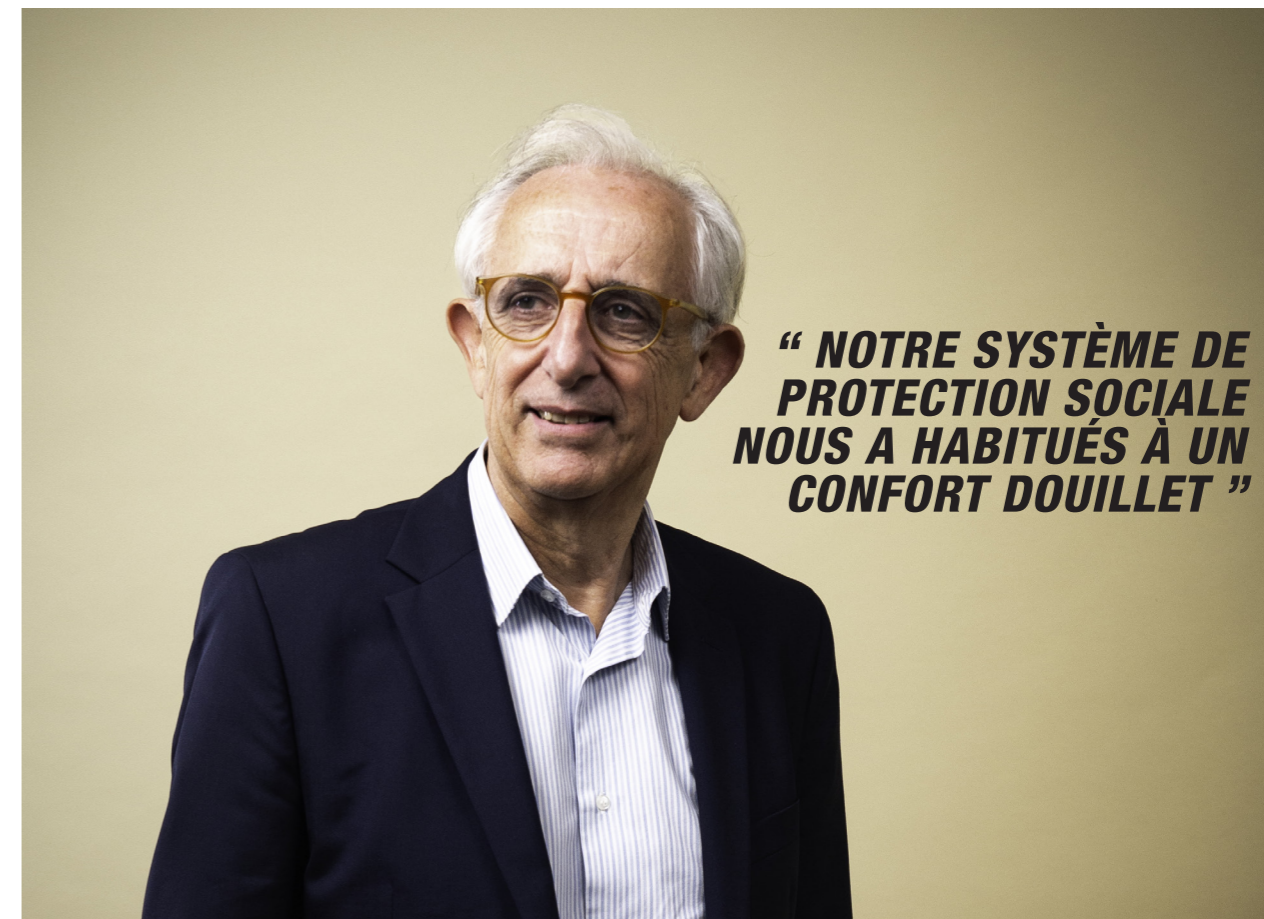
**PRÉSIDENT
DU MEDEF**

**« IL FAUT SE
PENCHER
SÉRIEUSEMENT
SUR L'AVENIR DE
NOTRE MODÈLE
DE PROTECTION
SOCIALE »**

A lors que les valeureux navigateurs en tête du Vendée Globe franchissaient le cap Horn pour trouver des eaux plus clémentes et établir un nouveau record, les peuples de la planète enjambaient le premier quart du XXI^e siècle sans l'espoir de s'y retrouver, pour la plupart, en eaux calmes. Formons le vœu, en ce début d'année 2025, de la prospérité et de la sérénité pour la France, de la paix et de l'harmonie du monde.

Près d'un siècle après l'invention des assurances sociales, une honorable vieille dame, la Sécurité sociale, fête son quatre-vingtième anniversaire. Elle a offert à notre pays l'un, sinon le plus beau système de solidarité sociale dans le monde, mais voit les signaux d'alerte sur son avenir s'accumuler : le tsunami démographique, à la fois défi prévisible et déni absolu pendant une génération, une dette publique abyssale, dont une partie significative est liée à un défaut de financement - ou un excès de dépenses ? - des retraites, un système de soins à la dérive en dépit de budgets considérables, des mutations sociales liées à la révolution numérique, un désordre climatique devant engendrer des migrations irrépressibles, la guerre aux marches de l'Europe... Jamais, depuis la Libération de la France en 1945, nous ne nous sommes trouvés dans un tel désordre, à devoir affronter simultanément de tels défis.

Notre système de Protection sociale nous a habitués à un confort douillet. 80 % de la dépense de santé sont financés par la redistribution - impôt et cotisations sociales -, le reste à charge (comme on dit en France, le paiement direct dans le vocabulaire de l'OCDE) des ménages sur les frais de santé est le plus bas parmi les pays de l'OCDE, l'âge moyen de départ en retraite est aussi le plus bas parmi les grands pays européens, et de vingt ans inférieur à l'espérance de vie, le temps travaillé par habitant parmi les plus bas des pays de l'Union européenne, et de 10 % inférieur à celui de l'Allemagne, etc. Que de premières places sur le podium des acquis sociaux. Nous devrions en être fiers. À condition que nous sachions aussi en accepter les conséquences. Une faible croissance économique, un niveau de vie par habitant en baisse, un système de Protection sociale qui n'arrive plus à trouver son financement face au coût croissant de la



dette publique, une ponction de plus en plus lourde sur la consommation des actifs, un accès aux soins de plus en plus difficile...

Certains prétendent que c'est la faillite de l'État-providence. Que nenni, « Dieu se rit des hommes qui pleurent les effets dont ils chérissent les causes » nous prévenait Bossuet : L'État-providence est un système qui autorise le gouvernement d'un pays à allouer des services sociaux financés par l'impôt. Ce faisant, il est soumis, et c'est une caractéristique ontologique en quelque sorte, à une injonction contradictoire : d'un côté, le rationnement budgétaire lié au niveau de la ressource fiscale, induisant une maîtrise comptable, et de l'autre la générosité, mais aussi la pression des groupes d'influence, du clientélisme, de l'idéologie. On ne peut donc que regretter que la gestion paritaire de la Sécurité sociale ait été progressivement substituée par une gestion administrative éloignée des réalités professionnelles,

économiques et sociales, plus sensible aux pressions. Les partenaires sociaux, lorsqu'ils ont su conserver la gestion d'un risque, ont montré, a contrario, leur capacité à le gérer de manière pertinente, comme c'est le cas pour l'Agirc-Arrco.

À l'aube de cette nouvelle année, rappelons ici quelques-uns des défis économiques et sociaux, qui ne font pas la une des journaux télévisés alors qu'ils sont pourtant tout aussi cruciaux que le défi climatique : a) le niveau de vie des Français est directement lié à la progression de leur production, mesurée par le PIB par habitant, lui-même dépendant de la quantité du travail fourni et de la productivité : il faudra donc travailler plus pour améliorer le pouvoir d'achat, b) la prise en charge de 20 millions de seniors à partir de 2030 pour 30 millions d'actifs soulève non seulement un défi financier de l'ordre de 50 milliards d'euros, mais aussi un défi de main-d'œuvre pour soigner les seniors malades

et/ou dépendants et assumer la recherche, et la formation, etc. La valorisation de ces métiers est une urgence absolue, c) la raréfaction inexorable des ressources en professionnels de santé conduit à une désertification dramatique : elle ne peut être compensée que par un redéploiement des moyens, ainsi que par une obsession de l'efficacité, qui se concrétise par le souci constant de chaque euro dépensé, autant que par la maîtrise de la qualité des soins.

Vous trouverez dans cette édition du CRAPSLOG, par des exemples aussi diamétralement opposés que complémentaires – pour l'un, les enjeux et vertus du dialogue social en France, et pour l'autre les dérives du système de santé des États-Unis -, combien notre système de Protection sociale peut rester l'un des meilleurs dans le monde, si nous savons collectivement en prendre soin, de manière volontariste et responsable. Bonne lecture ! ■



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 & Alexandre Vincent

Relecture

Karen Platel, Pierre-Maxime Claude

Crédits Photo

Cocktail santé - Philippe Chagnon, Shutterstock

Impression

Imprimerie Chirat - Janvier 2025

SOMMAIRE



L'IMAGE 6

LE CRAPS REÇOIT
FRÉDÉRIC VALLEToux



FOCUS 8

SANTÉ MENTALE,
GRANDE CAUSE DE 2025



ITW 10

PATRICK MARTIN,
PRÉSIDENT DU MEDEF



TRIBUNE 55

LA GÉNÉRALISATION DE LA
COUVERTURE SANITAIRE
UNIVERSELLE AU MAROC : LA
RÉSILIENCE



TRIBUNE 60

VENUM OU LA FIN DE L'ÂGE
D'OR DE L'ASSURANCE ?



TRIBUNE 62

PRÉVOYANCE : LE SUJET
DE DIALOGUE SOCIAL PAR
EXCELLENCE !



TRIBUNE 19

LA SANTÉ DES AMÉRICAINS APRÈS
L'ÉLECTION DE DONALD TRUMP



DOSSIER 24

L'AVENIR DE TOUTE SOCIÉTÉ REPOSE
SUR LA SANTÉ DE SES ENFANTS !



TRIBUNE 34

MANAGER LES CAPACITÉS
HUMAINES POUR RÉPONDRE À LA
CRISE HOSPITALIÈRE



TRIBUNE 66

PRÉSERVONS L'IDENTITÉ ET LES
VALEURS DES PROFESSIONS
LIBÉRALES DANS UN MONDE EN
MUTATION



DOSSIER 71

LE RÈGLEMENT EUROPÉEN SUR L'INTELLIGENCE
ARTIFICIELLE, UN LEVIER DE PROGRESSION POUR LES
ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE



TRIBUNE 77

FACE AUX ILLUSIONS ÉLECTORALES
DE L'AUGMENTATION DES
CAPACITÉS DE FORMATION
MÉDICALE, PLANIFIONS !



DOSSIER 40

DÉCOMPLEXIFIONS LES SOINS DE VILLE !



DOSSIER 47

L'ORGANISATION DES URGENCES EN ÉCOSSE



TRIBUNE 81

« DÉPENSES SOCIALES » :
QUAND L'ÉTAT N'EST PLUS
PROVIDENCE



TRIBUNE 85

PROPOSITION DE LOI PRÉVOYANCE :
UNE FAUSSE BONNE IDÉE ?



TRIBUNE 87

SOUTENIR L'ESSOR DU
NUMÉRIQUE AFIN D'ACCÉLÉRER
LA TRANSFORMATION DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Frédéric Valletoux alors ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention interrogé par le Président d'Honneur du CRAPS, Jean-Paul Ségade - mai 2024.

FOCUS

SANTÉ MENTALE, GRANDE CAUSE DE 2025



La « Grande Cause Nationale », label gouvernemental créé en 1977, est attribué chaque année par le Premier ministre, à l'issue d'un appel à candidatures, à un ou plusieurs organismes à but non lucratif ou collectif d'associations. Cet agrément leur permet, tout au long de l'année, d'organiser des campagnes de générosité publique et de diffuser des messages à la télévision et à la radio, pour donner de la visibilité à un sujet de société et faciliter l'obtention de moyens financiers. À travers ce soutien, des enjeux majeurs tels que le cancer, l'autisme, le handicap ou encore le sida ont pu bénéficier d'une attention

accrue. Pour l'année 2025, la santé mentale a été choisie comme « Grande Cause Nationale ». Michel Barnier, lors de son discours de politique générale, a en effet réaffirmé avec force sa volonté de faire de cette question un axe prioritaire de son mandat. Cela permettra le lancement d'une vaste campagne de sensibilisation et de prévention, mobilisant l'ensemble des acteurs publics et privés, et incitant à un changement profond dans la perception et la gestion des troubles psychiques en France. Chaque année, 13 millions de Français (une personne sur cinq) vivent avec un trouble psychique. Pour ces personnes et leurs familles, le

quotidien est souvent marqué par des parcours de soins très complexes, des diagnostics tardifs, une stigmatisation et des difficultés à accéder à une prise en charge adaptée. Des études récentes confirment que les troubles tels que l'anxiété, la dépression, ou encore les maladies mentales plus sévères touchent un nombre croissant de personnes, en particulier les jeunes. Face à l'urgence, la désignation de la santé mentale comme « Grande Cause Nationale » vise à poser des bases solides pour une meilleure prise en charge, une sensibilisation large et la déstigmatisation de ces troubles. ■

Sources :

La santé mentale, Grande cause nationale en 2025 - info.gouv.
Conseil des ministres du 10 octobre 2024. La santé mentale, grande cause nationale pour 2025.
La santé mentale : Grande cause nationale 2025, il y a urgence à agir ! - unafam.



LES AXES STRATÉGIQUES

- ☀ La **déstigmatisation**, afin de changer le regard des Français sur les troubles psychiques et les troubles mentaux
- ★ Le **développement de la prévention et du repérage précoce**, par la sensibilisation et la formation dans toutes les sphères de la société
- ◎ **L'amélioration de l'accès aux soins** partout sur le territoire français, par la gradation des parcours, **le développement des nouveaux métiers** de la santé mentale en veillant aux soins des personnes les plus fragiles et présentant les troubles les plus complexes
- ▲ **L'accompagnement des personnes concernées** dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne, comme la formation, l'emploi, le logement, l'accès aux loisirs, etc.



LA SANTÉ MENTALE EN CHIFFRES

- ☾ **13 millions** de personnes concernées
- ☞ **1 personne sur 3** souffre d'un trouble psychique à un moment de sa vie
- 📌 Environ **2 millions** de Français sont pris en charge chaque année en psychiatrie
- 📊 **1^{re} cause** de mortalité des 15-35 ans
- ✂ Augmentation des admissions aux urgences pour tentative de suicide chez les adolescents de **plus de 40 %** en 2021
- ⚙ **75 % des troubles psychiques** se déclenchent avant l'âge de 24 ans
- 📦 **163 milliards** de coûts directs et indirects
- 🟠 La psychiatrie est le **1^{er} poste de dépenses** de l'Assurance maladie
- ☐ **1^{re} cause** d'arrêts maladie de longue durée
- ✂ **1/3 des Français** considèrent que les troubles psychiques sont synonymes de dangerosité

« IL FAUT SE PENCHER SÉRIEUSEMENT SUR L'AVENIR DE NOTRE MODÈLE DE PROTECTION SOCIALE »

INTER-
VIEW

**PATRICK
MARTIN**
PRÉSIDENT
DU MEDEF

LE MEDEF A HISTORIQUEMENT ÉTÉ À LA FOIS L'UN DES PILIERS ET L'UN DES GARANTS DE NOTRE MODÈLE DE PROTECTION SOCIALE. CE MODÈLE A CONNU, DEPUIS PLUS DE VINGT ANS, DE NOMBREUSES ÉVOLUTIONS, PASSANT NOTAMMENT D'UN SYSTÈME SOCIALISÉ À UN SYSTÈME FISCALISÉ, LE FAISANT ÉVOLUER DE BISMARCKIEN À BEVERIDGIEN. QUE VOUS INSPIRE CETTE ÉVOLUTION ? VOUS SATISFAIT-ELLE ?

Tout d'abord, j'aimerais rappeler l'importance que revêt notre système de Protection sociale dans la vie des Français. Elle couvre aujourd'hui des champs larges et a vocation à accompagner toutes les étapes de la vie (maladie, invalidité, handicap, famille, chômage, exclusion sociale, retraite, vieillesse, dépendance...).

Comme vous le soulignez, les partenaires sociaux – dont le rôle doit être respecté et la parole écoutée – ont contribué à la Protection sociale de l'après-guerre, un modèle qui est aujourd'hui à la croisée des chemins.

À partir des années 1970, marqués par la montée du chômage de masse, l'apparition de nouvelles formes de pauvreté et l'éclatement du modèle familial, les systèmes de Protection sociale ont évolué entre assurance et assistance, et une universalisation des prestations sociales, qui ne dépendent plus, ou de moins en moins, du statut professionnel.

La logique voudrait que ces prestations universelles ne reposent plus sur les revenus du travail et soient



financées par un impôt à assiette large, tandis que les prestations contributives continueraient à être financées par les cotisations sociales assises sur les revenus professionnels, ce qui permettrait de clarifier le lien entre payeurs et bénéficiaires de cette couverture sociale.

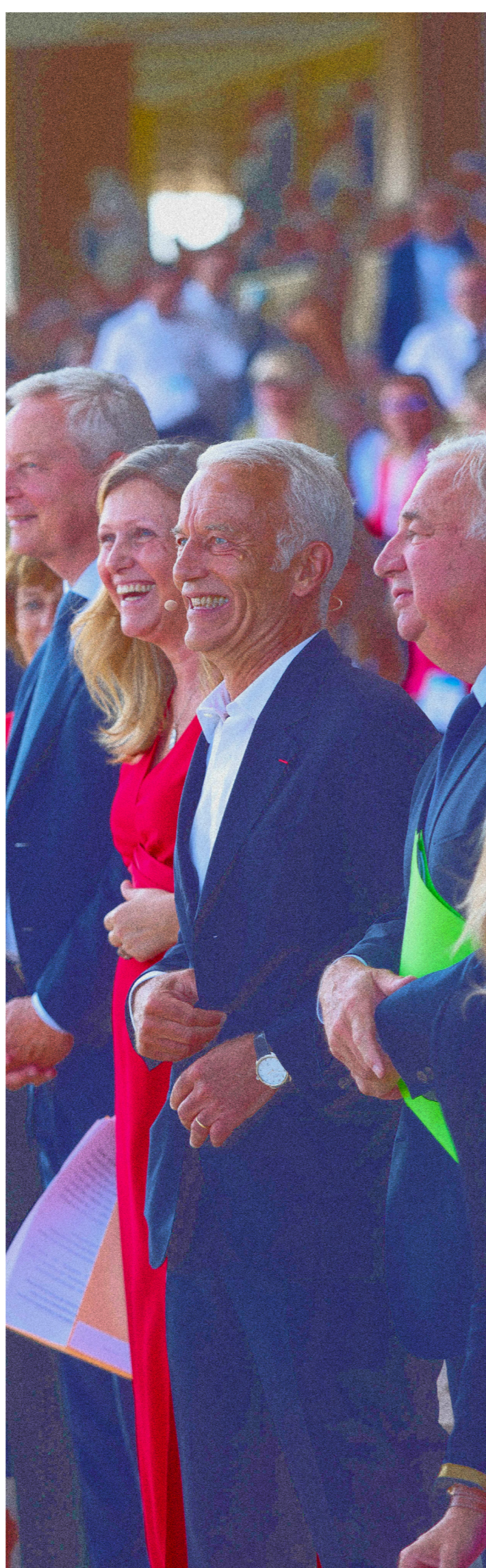
Or, la France n'a modifié que partiellement le financement de la Protection sociale.

Les ressources de la Protection sociale reposent encore à plus de 60 % sur les cotisations payées par les entreprises.

La France est confrontée au défi du financement de la Protection sociale car les déficits s'accroissent avec un vieillissement accru de la population, posant les conditions de sa prise en charge, une natalité déclinante qui obère la capacité de financement du système de Protection sociale, un système de santé en risque critique et un déficit de la Sécurité sociale de 18 milliards d'euros. C'est dire les défis qui sont devant nous.

Il faudra donc travailler plus, et plus longtemps, pour financer les retraites, la dépendance et l'Assurance Maladie, parce que la richesse d'un pays est directement proportionnelle à la quantité de travail dans celui-ci.

Mais dès lors que le pays augmente son activité, la création de valeur ne doit pas être captée exclusivement par la dépense publique. Au contraire, les prélèvements obligatoires et le niveau de la dépense publique dans le PIB doivent décroître, afin que la création de valeur bénéficie prioritairement à une meilleure répartition de la richesse produite par les entreprises entre toutes ses parties prenantes : salariés, entrepreneurs, investisseurs, sans oublier de contribuer aussi au bien commun, en assurant la pérennité des retraites, et en finançant la santé sous



toutes ses formes, publiques et privées. Il y a donc un bon équilibre à trouver entre ces différents usages des fruits de la croissance.

Nous sommes et restons attachés à la pérennité financière du système tout en préservant l'attractivité économique des entreprises.

DEPUIS LONGTEMPS ET INSIDIEUSEMENT, L'ÉTAT PREND LA MAIN SUR LA GOUVERNANCE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE. ÊTES-VOUS EN PHASE AVEC CETTE ÉVOLUTION ? LA DÉMOCRATIE SOCIALE EST-ELLE DÉSORMAIS EN PÉRIL ? LE POIDS GLOBAL DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DES ENTREPRISES (ASSURANCES MALADIE DE BASE ET COMPLÉMENTAIRE, RETRAITES, DÉPENDANCE, POLITIQUE FAMILIALE) EST DE L'ORDRE DE 300 MILLIARDS D'EUROS PAR AN SOIT 60% DU TOTAL DES RECETTES DE LA PROTECTION SOCIALE.

Cette contribution des entreprises est centrale alors que notre modèle repose encore principalement sur un financement par répartition via des prélèvements sociaux sur les salaires.

Les représentants des entreprises ont donc un rôle majeur à jouer pour s'assurer que ce financement est efficient et bien géré.

Or, les évolutions récentes conduisent de plus en plus à un partage de l'action publique avec l'État, ce dernier sortant de son seul rôle de régulateur de l'intérêt général pour être également opérateur.

Est-ce à dire qu'il y a péril sur la démocratie sociale ? C'est tout l'inverse, cette dernière n'a jamais été aussi vivace et contributrice du débat public !

« LES RESSOURCES DE LA PROTECTION SOCIALE REPOSENT ENCORE À PLUS DE 60 % SUR LES COTISATIONS PAYÉES PAR LES ENTREPRISES »

Pour ne prendre que quelques exemples récents, les partenaires sociaux ont signé très récemment un accord majeur sur la branche accident du travail / maladie professionnelle et sont des acteurs responsables des régimes de retraites complémentaires Agirc Arrco.

À la présidence du MEDEF, je suis attaché à contribuer à la vitalité du dialogue social en participant d'une relation de confiance, exigeante, avec l'État et avec les partenaires sociaux. Plus que jamais dans le panorama politique et économique que nous traversons, il est impératif pour les partenaires sociaux d'affirmer leur esprit de responsabilité et leur capacité à se saisir des grands enjeux qui comptent pour les entreprises et leurs salariés. Le MEDEF, en sa qualité de première organisation patronale française représentant 200 000 entreprises employant 10 millions de salariés, contribue activement à faire vivre ce dialogue qui permet, ensemble, de formuler des solutions au plus proche des réalités économiques et sociales du pays, auxquelles les partenaires sociaux sont en temps réel connectés.



NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE SEMBLE PLUS QUE JAMAIS FRAGILISÉ. QUELLES SERAIENT VOS RECOMMANDATIONS OU IDÉES POUR EN ASSURER LA PÉRENNITÉ ? LE PATRONAT A-T-IL UN RÔLE À JOUER POUR QUE LES GÉNÉRATIONS FUTURES PUISSENT EN HÉRITER SANS LE FARDEAU DE LA DETTE ? COÛT DU TRAVAIL, COMPÉTITIVITÉ, PROTECTION SOCIALE : EXISTE-T-IL FINALEMENT UNE ÉQUATION MAGIQUE ?

Sécuriser le financement à long terme de la Protection sociale est un enjeu fondamental et nécessite de sortir d'une approche de court terme.

Compte tenu du mur démographique qui est devant nous, nous devons réfléchir à une approche stratégique de long terme et non des mesures au coup par coup.

Prenons l'exemple de la santé. Nous plaçons pour une loi de programmation pluriannuelle en santé qui fixe des priorités et donne de la visibilité aux acteurs, privés comme publics, leur permettant également d'investir.

Il est possible de réduire fortement les dépenses, non par des mesures coupe-coups qui mettent en péril la viabilité économique des acteurs de la santé, mais en s'appuyant sur les multiples leviers d'efficacité existants, ce qui contribuerait à rendre plus efficace la réponse apportée

à nos concitoyens : accélération du virage ambulatoire, hospitalisations et réhospitalisations évitables et actes redondants, incitation à des prescriptions médicamenteuses raisonnées, accélération de l'usage du numérique et du Dossier Médical Partagé, pertinence des actes et des parcours, meilleur financement de l'innovation... Nous ferons prochainement des propositions en ce sens, avec l'ensemble des acteurs privés de santé.

L'investissement dans le virage préventif est évidemment au cœur de ces leviers d'efficacité et les organismes complémentaires pourraient jouer un rôle majeur en la matière, mais cela suppose qu'ils puissent sortir d'un rôle qui aujourd'hui s'apparente à celui de financeur aveugle et invisible.

La question du vieillissement de la population, de la dépendance, de la prise en charge du grand âge, de la baisse du nombre d'aidants familiaux, qui eux aussi vieillissent, tout ceci montre qu'il faut se pencher sérieusement sur l'avenir de notre modèle de Protection sociale. Dans le cadre de

la concertation sur les retraites, qui était annoncée par la ministre du Travail et de l'Emploi avec les partenaires sociaux, le MEDEF souhaite, quand elle aura lieu, que soit mise sur la table la question d'une dose de capitalisation afin de trouver des solutions pérennes à la baisse prévisible du taux de remplacement des pensions avec des solutions d'épargne qui peuvent par ailleurs stimuler la croissance en favorisant l'investissement dans l'économie productive.

COMPTE-TENU DU MUR DÉMOGRAPHIQUE QUI EST DEVANT NOUS, NOUS DEVONS RÉFLÉCHIR À UNE APPROCHE STRATÉGIQUE DE LONG TERME ET NON DES MESURES AU COUP PAR COUP

« MÉCANIQUEMENT, LE TAUX D'EMPLOI DES SÉNIORS VA AUGMENTER AVEC LA DERNIÈRE RÉFORME DES RETRAITES MAIS JE SUIS CONVAINCU DE LA NÉCESSITÉ D'INCITER AU RETOUR DURABLE À L'EMPLOI ET AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI POUR ACCOMPAGNER LE RECUIL DE L'ÂGE DE DÉPART À LA RETRAITE ET REMETTRE SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL CEUX QUI EN SONT PRÉMATURÉMENT SORTIS »

COMME BEAUCOUP D'AUTRES PAYS, TELS QUE LA CHINE, LE JAPON OU L'ALLEMAGNE, LA FRANCE FAIT FACE À LA PROGRESSION DE L'ÉLÉPHANT DÉMOGRAPHIQUE. CETTE ÉVOLUTION SOULÈVE À LA FOIS DES QUESTIONS SUR LA SOUTENABILITÉ ÉCONOMIQUE DE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE ET SUR LA DISPONIBILITÉ DE MAIN-D'ŒUVRE POUR NOS ENTREPRISES. LA FRANCE DOIT-ELLE METTRE FIN AUX 35 HEURES ?

Les entreprises font face à des difficultés de recrutement, et ce, dans tous les secteurs d'activité. Il faut sans doute agir sur le volume d'heures travaillées, même si en France, la productivité du travail

est plus importante que chez nos voisins européens.

À mon sens, il faut agir sur le taux d'emploi des séniors – la dernière réforme des retraites va y contribuer mécaniquement – mais également sur ceux qui sont sur le bord du chemin du travail, une partie de la jeunesse notamment dont il est de notre responsabilité de l'inclure. De même, un effort tout particulier doit être consacré aux personnes durablement éloignées du marché du travail et la réforme de France Travail doit véritablement y contribuer.

Il y a là des marges de manœuvre et nous ne pouvons nous contenter de laisser en marge de l'emploi une part importante de la population.

L'UNE DES GRANDES INÉGALITÉS QUE NOTRE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE NE PARVIENT PAS À CORRIGER RÉSIDE DANS LA DIFFICULTÉ QU'ÉPROUVENT LES MÉNAGES LES PLUS PRÉCAIRES À ACCÉDER À UNE COUVERTURE DE PRÉVOYANCE EN CAS DE MALADIE, DE DÉCÈS OU D'INCAPACITÉ. POURTANT, IL S'AGIT D'UN RISQUE DE « FAILLITE » POUR UN GRAND NOMBRE DE NOS CONCITOYENS. SERIEZ-VOUS FAVORABLE À LA GÉNÉRALISATION DE LA PRÉVOYANCE POUR LES SALARIÉS NON-CADRES ?

Il est vrai que l'instauration d'un régime de prévoyance pour les non-cadres n'est pas

obligatoire pour les entreprises. Mais les entreprises à travers de nombreux accords ont mis en place diverses couvertures adaptées notamment aux besoins de leurs salariés.

Il est important de faire un état des lieux ; c'est pourquoi, les partenaires sociaux ont, dans le cadre de leur agenda social autonome, décidé de mener déjà une phase de diagnostic sur les conditions d'une généralisation de la prévoyance aux non-cadres.

ON DIT SOUVENT QUE L'ENTREPRISE EST LE PREMIER TERRITOIRE DE SANTÉ. FACE AUX NOMBREUSES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR NOS CONCITOYENS POUR ACCÉDER AUX SERVICES DE SANTÉ, L'EMPLOYEUR PEUT-IL, ET DOIT-IL, JOUER UN RÔLE DANS CET ACCÈS ? PEUT-IL ÉGALEMENT CONTRIBUER À UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE PAR LA PRÉVENTION (VACCINATIONS, LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ, SANTÉ MENTALE, RÉPÈRAGE DES VIOLENCES, ETC.) ?

L'entreprise joue d'ores et déjà un rôle important en matière de prévention : relai des campagnes afin de prévenir le cancer du sein, programmes encourageant l'activité physique, mise en place de permanences en matière d'assistante sociale, de points juridiques...

Par ailleurs, les organismes complémentaires proposent également de très nombreux programmes de même nature.

Enfin, compte tenu de la multiplication de maladies chroniques ou de cancers, de nombreux programmes permettent aux salariés d'adapter leur pratique professionnelle avec leur maladie...

Toute la difficulté est de mettre en place ces programmes sans être intrusifs sur la vie personnelle de leurs salariés.

L'ALLONGEMENT DE LA VIE PROFESSIONNELLE SOULÈVE INÉVITABLEMENT LA QUESTION DE L'EMPLOYABILITÉ DES SÉNIORS. PARADOXALEMENT, LA DISCRIMINATION LIÉE À L'ÂGE DEMEURE FRÉQUENTE, QUELLE QUE SOIT LA TAILLE DE L'ENTREPRISE. QUELS SONT LES AXES DE RÉFLEXION POUR LES ENTREPRISES EN MATIÈRE DE FIDÉLISATION ET D'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS POUR LEURS SALARIÉS ?

Mécaniquement, le taux d'emploi des séniors va augmenter avec la dernière réforme des retraites mais je suis convaincu de la nécessité d'inciter au retour durable à l'emploi et au maintien dans l'emploi



pour accompagner le recul de l'âge de départ à la retraite et remettre sur le marché du travail ceux qui en sont prématurément sortis.

C'est l'ambition et le signal que nous avons voulu adresser à tous, employeurs comme salariés, avec le dernier accord national interprofessionnel sur l'emploi des seniors que nous avons signé le 14 novembre 2024. Pour cela, plusieurs dispositions ont été actées :

– L'emploi des seniors devient un thème de négociation obligatoire (sans obligation de résultat) tous les 3 ans dans les entreprises d'au moins de 300 salariés, et dans les branches ;

– Afin d'anticiper la seconde partie de la vie professionnelle, l'entretien professionnel de mi-carrière (autour de 45 ans) du salarié est renforcé, et peut être préparé avec l'aide d'un conseil en évolution professionnelle, en particulier pour les salariés des TPE et PME ;

– Pour faciliter le recrutement des seniors, un « contrat de valorisation de l'expérience » est créé pour les demandeurs d'emploi de 60 ans et plus, à titre expérimental, pour une durée de 5 ans. En contrepartie d'une embauche en CDI, les employeurs disposeront de visibilité sur l'âge de départ à la retraite du salarié ainsi recruté ;

– Enfin, plusieurs dispositifs d'aménagement de fin de carrière sont facilités : le recours à la retraite progressive devient possible dès 60 ans (après validation de l'employeur, qui peut toujours refuser en motivant sa réponse, dans les conditions déjà applicables aujourd'hui selon le Code du travail).

Évidemment, pour que cet accord produise pleinement ses effets, nous serons très vigilants à la transposition législative de l'accord. ■



TRIBUNE

PAR
JEAN DE KERVASDOUÉ,
ÉCONOMISTE ET POLITOLOGUE
SPÉCIALISTE DES QUESTIONS
DE SANTÉ

LA SANTÉ DES AMÉRICAINS APRÈS L'ÉLECTION DE DONALD TRUMP

Trois mois avant le vote des Américains à l'élection présidentielle de novembre 2024, nous remarquons que, dans le domaine de la santé, Donald Trump n'avait pour seul engagement que de détricoter une fois encore la loi connue sous le nom d'« Obamacare ». Quant à Kamala Harris, elle n'abordait ce vaste domaine qu'en se limitant – ce qui n'est pas rien – au droit à l'avortement, au contrôle du prix des médicaments et à une meilleure couverture assurantielle d'une partie de la population, mais ceci restait bien limité. Si en 2019, comme Bernie Sanders, elle plaidait pour la création d'une assurance maladie universelle, elle n'a pas repris ce thème. Joe Biden s'y était déjà opposé quatre ans plus tôt en prétendant que cela augmenterait les impôts, ce qui est évident ; il oubliait toutefois de dire aussi que cela baisserait simultanément les primes d'assurance qui sont considérables. Elle n'évoquait donc, en 2024, qu'une éventuelle extension de la couverture des assurances-santé soit, pour l'essentiel, de refaire ce que Trump avait défait.

“L’ÉTAT SANITAIRE DE LA POPULATION EST ALARMANT ET LA GABEGIE PATENTE”

Cette ambition limitée pouvait surprendre, car les sondages d’opinion indiquaient que la santé préoccupait les Américains (64 %) quasiment autant que l’inflation (65 %) et bien plus que l’immigration (47 %) – sujet majeur de Trump –, le changement climatique (39 %) ou le racisme (35 %)¹. On constatait donc qu’il était difficile, aux États-Unis comme en France, de proposer au cours d’une campagne électorale une politique de santé, même quand le besoin s’en faisait douloureusement sentir. La santé des Américains n’est pas bonne et le système de soins est aussi inégalitaire qu’onéreux, même si beaucoup d’innovations médicales majeures naissent chaque année aux États-Unis. Nous découvrons une fois encore que santé et médecine ne sont pas des synonymes et qu’il ne suffit pas de produire des médicaments innovants pour



que la population vive plus longtemps.

La santé des Américains n’est pas bonne. En 2023, leur espérance de vie à la naissance était de 76,9 années pour les hommes et de 81,6 années pour les femmes ; en France ces chiffres sont de 80,0 ans pour les hommes et de 85,7 ans pour les femmes, entre 3 et 4 années de différence donc. Rappelons qu’en 1939 l’espérance de vie américaine était de 7 années supérieure à la nôtre ! Pourtant, selon l’OCDE², les Français fument plus : les fumeurs représentent 25,3 % de la population de 15 ans et plus en France, contre 8,8 % aux États-Unis ; les Français boivent plus : 10,5 litres d’alcool pur par an pour les plus de 15 ans et plus en France, contre 9,5 litres aux États-Unis, mais l’obésité (Indice de masse corporelle supérieure à 30) touche 14,4 % de la population en France contre 33,5 % de la population aux États-Unis. La mortalité maternelle est de 7,9 décès pour 100 000 naissances en France et de 21,1 aux États-Unis ; de même, la mortalité infantile est supérieure aux États-Unis : 5,4 décès pour 1000 naissances contre 3,6 en France, qui pourtant n’est pas particulièrement exemplaire (1,6 en Finlande). Pour 100 000 habitants, la mortalité évitable par prévention est de 109 en France, 236 aux États-Unis, les Américains courent donc plus de risques. La mortalité évitable par traitement est de 51 en France et de 96 aux États-Unis, les soins sont donc de meilleure qualité en France. La mortalité due au Covid-19 entre 2020 et 2022 a été supérieure aux États-Unis : 325 décès pour 100 000 habitants, 257 en France. La mortalité par crise cardiaque et autres

maladies ischémiques frappe trois fois moins les Français que les Américains (39 décès pour 100 000 habitants contre 117). Enfin, les décès liés aux opioïdes pour les personnes de 15 à 60 ans sont, en 2019, de 10 par million d’habitants en France et de 240 aux États-Unis. En résumé donc, sans que la France soit aussi exemplaire que les pays d’Europe du nord et le Japon, la santé des Français est incomparablement meilleure et leur médecine l’est aussi.

KAMALA HARRIS AVAIT RAISON QUAND, EN 2019, ELLE SOUTENAIT LA PROPOSITION DE BERNIE SANDERS, CELLE D’INSTAURER UN SYSTÈME D’ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE, SEUL MOYEN D’ARRÊTER CETTE INFLATION QUI NE BÉNÉFICIE QU’AUX ACTEURS DE LA SANTÉ AU DÉTRIMENT DU RESTE DE LA POPULATION

Pourtant, les Américains dépensent par an et par habitant 12 555 dollars et les Français un peu plus de la moitié, 6 729 dollars. En 2023, aux États-Unis, 16,6 %³ du PIB était affecté à la santé, contre 12,1 % en France, qui se place pourtant en 3^e position des pays de l’OCDE si l’on choisit la place de ces dépenses en pourcentage du PIB (la moyenne de ces pays est de 9,2 % du PIB) et en 7^e position si l’on considère cette fois les dépenses par habitant et par an en dollars. Rappelons qu’un point de PIB, en France, représente environ 23 milliards d’euros en 2023, notre excès de dépense par rapport aux pays comparables est donc de l’ordre de 50 milliards, mais rien à voir avec les États-Unis dont l’état sanitaire de la population est alarmant et

la gabegie patente. Soulignons enfin que 48 % des dépenses américaines sont financées par des impôts et des taxes soit donc 6 026 dollars ; en France ce chiffre est de 78 % soit 5 151 dollars. Les contribuables américains payent donc plus que les Français pour leur santé ! Je doute qu’ils en soient conscients.

Aux États-Unis, 91 % de la population est couverte

par une forme d'assurance maladie. 38 % l'est par les trois programmes publics : MEDICARE (les 65 ans et plus), MEDICAID (les pauvres) et la VETERAN ADMINISTRATION (les anciens combattants). 53 % ont une assurance privée, le plus souvent liée à leur contrat de travail et 9 % n'ont rien, ce qui a un instant donné représente 31 millions d'habitants, mais quasiment le double au cours d'une année, selon que l'emploi du moment offre ou n'offre pas de couverture « santé », ce qui n'est pas obligatoire quand l'entreprise a moins de cinquante salariés. En outre, pour ceux qui sont assurés, il y a le plus souvent des franchises importantes, si bien que 10 % de ces assurés paieront de leur poche au cours d'une année 5 390 dollars et 1 % 19 500 dollars en 2023, aussi 41 % des Américains se sont endettés pour financer leurs dépenses de santé et 25 % disent s'être privés de soins pour des raisons financières ! En outre, les soins dentaires, les lunettes, ou les appareils auditifs sont peu ou pas remboursés.

Les conditions de remboursement des médicaments sont d'une extrême complexité et varient d'une assurance à l'autre. Pour MEDICARE, le système s'est simplifié en 2020 : les patients payent de leur poche 25 % du prix et, si le montant payé dépasse un seuil, qualifié de « limite catastrophique », ce taux descend à 5 %. Il faut dire qu'aux États-Unis, les prix des médicaments sont libres depuis l'année 2000 (la famille Bush a toujours été proche des industriels de la pharmacie), que la publicité pour les médicaments est autorisée à la télévision et que, jusqu'à une date récente, il était interdit aux programmes fédéraux de négocier les prix avec les industriels. Joe Biden et Kamala Harris font grand cas de la possibilité pour MEDICARE de faire baisser certains prix de médicaments à partir de 2026, mais cela ne rapportera que 6 milliards

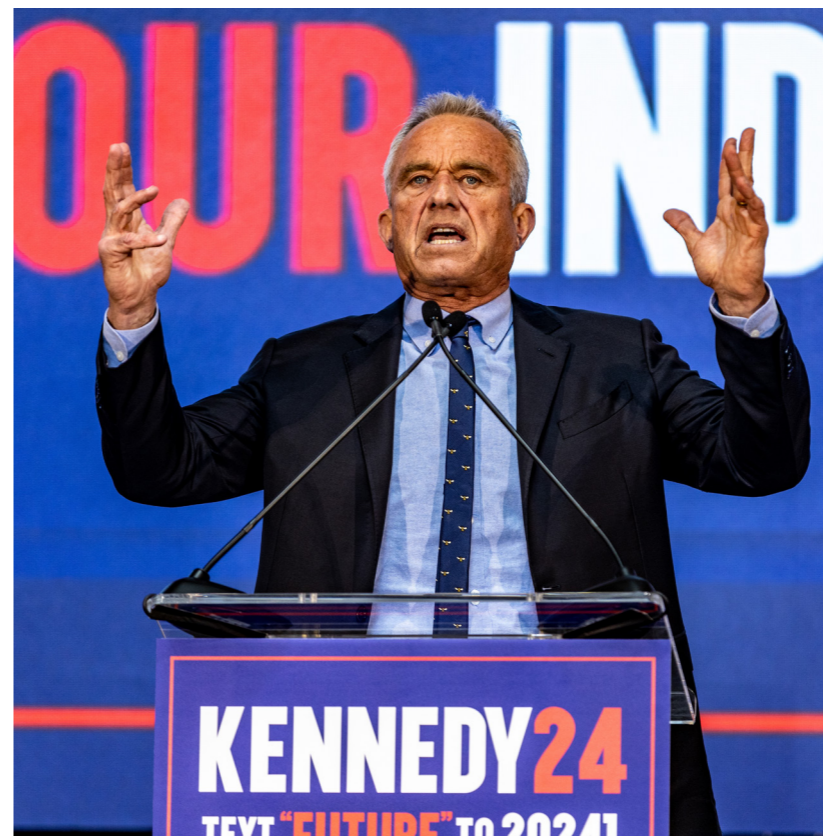
de dollars. En 2023, les dépenses de santé des États-Unis étaient de 4 800 milliards de dollars, soit 1,6 fois le PIB de la France !

Si ce système est aussi onéreux, cela provient d'un effet paradoxal des mécanismes d'assurance. En effet, les gens riches bénéficient d'assurance qui couvrent les hôpitaux luxueux et les médecins onéreux, les autres essayent de suivre et ainsi la concurrence produit de l'inflation et rend solvables des tarifs de plus en plus élevés. Aux États-Unis, une IRM coûte 4 000 dollars, un scanner 3 000 dollars, un pontage coronarien de l'ordre de 80 000 dollars, une appendicectomie au minimum 40 000 dollars. En France, en secteur 1 (celui des tarifs opposables), le prix est à diviser par un facteur allant de 7 à 10 ! Quant au salaire moyen d'une infirmière en Californie, il est de 116 000 dollars (104 400 euros), comparés aux 29 000 euros nets, le salaire moyen d'une infirmière française.

La conclusion est claire : Kamala Harris avait raison quand, en 2019, elle soutenait la proposition de Bernie Sanders, celle d'instaurer un système d'assurance maladie universelle, seul moyen

d'arrêter cette inflation qui ne bénéficie qu'aux acteurs de la santé au détriment du reste de la population. En 2024, elle n'a pris aucun engagement de ce type tant elle craignait alors de passer pour « libérale », c'est-à-dire socialiste, auprès d'une partie significative de son électorat. Qu'aurait-elle fait si elle avait été élue et avait eu la majorité à la Chambre des représentants comme au Sénat ? Sans une réforme profonde, elle aurait pu baisser progressivement l'âge qui permet d'entrer dans MEDICARE et, de même, avec les États de l'Union, étendre les conditions qui autorisent les plus pauvres à bénéficier de MEDICAID, réduisant

**41 %
DES AMÉRICAINS SE
SONT ENDETTÉS POUR
FINANCER LEURS
DÉPENSES DE SANTÉ
ET
25 %
DISENT S'ÊTRE
PRIVÉS DE SOINS
POUR DES RAISONS
FINANCIÈRES !**



ainsi la part des non-assurés qui sont pour l'essentiel des jeunes adultes exerçant des petits boulots. Quant à la régulation du prix des médicaments, jusqu'où serait-elle allée ? Aurait-elle interdit leur publicité comme c'est le cas en France ? Nous ne le saurons jamais.

Constater la mauvaise santé des Américains, comme l'inégalité de leur accès aux soins ne conduit pas toujours à résoudre ces problèmes. Michèle Obama en son temps a pourtant tenté d'expliquer les conséquences de la malbouffe, mais sa pédagogie efficace semble avoir eu peu de poids face à l'industrie agroalimentaire. Aux États-Unis, un système d'assurance universelle remettrait en cause les privilèges des assureurs, de l'industrie biomédicale et des professionnels de santé, ce qui fait beaucoup de monde et semble idéologiquement impossible dans un pays où l'on croit que les dépenses publiques sont par essence mauvaises.

En France, si les thèmes essentiels sont différents, ils sont aussi superbement ignorés par la classe politique. Quel parti propose de modifier les modalités de paiement des généralistes ? Quel élu reconnaît que nous ne sommes plus capables d'avoir des médecins et chirurgiens spécialistes dans une bonne moitié des hôpitaux publics et qu'il faut donc en tirer des conséquences pour l'organisation des soins et l'accès de tous à une médecine de qualité ? Qui s'intéresse à la recherche médicale et à l'enseignement de la

médecine qui ne peuvent plus avoir pour seules références les ordonnances de 1958 quelles qu'en furent la qualité ?

Mais revenons aux États-Unis, Donald Trump a gagné les élections et, dès les résultats connus, a annoncé qu'il allait nommer Robert Kennedy Junior responsable de la santé, ce qui est très inquiétant. Non seulement il est « anti-vax », mais il affirme que la vaccination des enfants cause l'autisme. Il prétend aussi que le virus du Covid-19 est une arme biologique génétiquement modifiée pour épargner les juifs ashkénazes et les Chinois ! Dramatique pour les Américains, ses positions le sont aussi pour les Européens où existent des relais complottistes.

Combien de temps tiendra-t-il ? Quelles seront les réactions de la profession médicale ? On peut annoncer, comme pour la météo marine, un « avis de grand frais », tant à l'évidence les débats vont être passionnés, voire violents. La seule et triste certitude est que la santé des Américains va encore se détériorer, les dépenses augmenter et que l'accès aux soins des travailleurs pauvres qui ne sont couverts ni par MEDICARE, ni par MEDICAID, va être de plus en plus problématique. ■

Sources :

1. *Pew Research Center. « Inflation, Health Costs, Partisan Cooperation Among the Nation's Top Problems ». Juin 2023.*
2. *Les meilleures sources de données proviennent de l'OCDE. Toutefois, le rapport 2023, publié en 2024, utilise des données de 2022, voire de 2021. OCDE. Panorama de la santé 2023. Décembre 2023.*
3. *Les chiffres de l'OCDE sont parfois différents de ceux des États, car ils sont retraités. Ils sont cependant les seuls à permettre des comparaisons sur des bases communes.*

Note : Une partie de ce texte a été publiée dans *Le Point.fr*, « Système de santé aux États-Unis : l'ambition limitée de Kamala Harris », le 21 août 2024.

S

Si au siècle dernier, la France avait l'un des taux de mortalité infantile les plus faibles d'Europe grâce, notamment, à la généralisation de la vaccination, des antibiotiques, au déploiement des dépistages prénataux et à une amélioration de la prise en charge des nouveau-nés, force est de constater que la donne a changé. Elle a changé car depuis 2015, la mortalité infantile y est supérieure à la moyenne européenne. Selon l'Insee, la France se classe ainsi à la 26^e place (derrière la Suède, l'Italie et l'Espagne), avec 2700 décès d'enfants de moins d'un an recensés en 2021¹. Parmi eux, 1200 décès annuels sont jugés évitables et plus de 50 % des événements graves en salle d'accouchement aussi². En parallèle, la morbidité infantile augmente : troubles du neurodéveloppement, diabète, obésité, augmentation des passages aux urgences pour gestes et idées suicidaires, sont autant d'alertes qui témoignent d'une dégradation - préoccupante - de la santé des plus jeunes. Un état des lieux qui révèle les difficultés de notre politique de santé publique à s'adapter aux plus vulnérables de notre société, nos enfants.

La pluralité d'acteurs qui interviennent, avec des objectifs et des priorités souvent différents, la persistance de nombreux plans et



L'AVENIR DE TOUTE SOCIÉTÉ REPOSE SUR LA SANTÉ DE SES ENFANTS !

PAR

ANAÏS FOSSIER
DIRECTRICE DES ÉTUDES ET DES
RELATIONS PUBLIQUES DU CRAPS

programmes nationaux et territoriaux de santé non ou mal coordonnés, ne permettent pas une vision unifiée et transversale de la santé de l'enfant qui s'inscrit dans la durée. De cet éclatement résulte une grande difficulté de lisibilité des acteurs pour les parents, des délais de prise en charge importants, une prise en compte insuffisante de l'ensemble des besoins de santé de l'enfant, une méconnaissance (et complexité) des dispositifs d'accompagnement aux familles, et plus globalement, des difficultés pour identifier les priorités à mettre en œuvre. Missionnée par le ministre de la Santé en septembre 2020, l'Inspection générale des affaires sociales faisait d'ailleurs état d'une organisation « non optimale et insuffisamment intégrée des soins de santé de l'enfant en France ». Un constat qui doit nous interpeller collectivement et nous conduire à identifier les pistes d'amélioration possibles de notre système de santé ainsi que les problématiques de santé émergentes qui touchent les plus jeunes. Nous ne pouvons pas faire l'économie d'une telle réflexion. Les indicateurs sanitaires, économiques et sociaux de demain en dépendent.

ARRÊTER DE METTRE DES « PANSEMENTS SUR UNE JAMBE DE BOIS »

L'hiver 2022 a tristement mis en lumière la fragilité de notre système de santé pédiatrique avec des urgences saturées, des nourrissons déplacés, un personnel soignant durement éprouvé. Une situation insoutenable qui avait conduit plus de 10 000 soignants à dénoncer dans une lettre ouverte au président de la République une « dégradation criante des soins » mettant « quotidiennement en danger » les enfants. Leur témoignage - poignant - en dit long : « nous pensions que transférer des enfants à 300 kilomètres de chez eux était une dégradation majeure des soins, nous constatons désormais qu'il pouvait y avoir pire : ne plus pouvoir transférer car l'épidémie a déferlé

partout, saturant l'ensemble des services de pédiatrie français ». Face à l'urgence, Mélodie Aubart, neuropédiatre à Necker, avait alors appelé de ses vœux des réformes structurelles pour ne pas « continuer de mettre en permanence des pansements sur une jambe de bois » fustigeant le mot d'ordre du « petits patients, petits moyens, avec l'idée que n'importe qui pouvait faire de la pédiatrie » prédominant pendant des années. Si cette crise dont chacun a pu mesurer l'ampleur a fait la une de tous les médias, elle n'est cependant pas nouvelle puisque les professionnels de la pédiatrie sont habitués à fonctionner dans des conditions « extrêmement dégradées » rappelle le président du Conseil National Professionnel de la pédiatrie, Robert Cohen, avec « une charge de permanence et de continuité des soins particulièrement importante, notamment aux urgences pédiatriques ». Une crise qui touche par ailleurs tous les champs de la santé de l'enfant : la ville, l'hôpital, le public, le libéral, la prévention, les soins curatifs, la formation et la recherche. C'est donc l'intégralité du système de prise en charge de la santé de l'enfant qui doit être repensé et renforcé.

En 2023, 8740 pédiatres étaient recensés sur le territoire³. Si le nombre de pédiatres hospitaliers a augmenté ces dernières années, celui des libéraux est en revanche en chute libre, avec seulement 2676 praticiens en exercice⁴. Une situation dont l'aggravation est à prévoir au regard des départs en retraite qui s'annoncent puisque 44% des pédiatres avaient plus de 60 ans en 2020 et faute de jeunes praticiens mobilisables. On constate plus largement que la place du pédiatre dans le parcours de santé de l'enfant est très variable selon les territoires. Preuve en est : huit départements comptent moins d'un pédiatre pour 100 000 habitants⁵. L'Indre affiche, à titre d'exemple, une densité de 1,85 pédiatre pour 100 000 habitants, alors que ce chiffre atteint 45,8 à Paris et 21,75 dans le Val-de-Marne⁶. Les délais



pour obtenir un rendez-vous chez un pédiatre s'allongent quant à eux fortement et atteignent en moyenne trois semaines, contre seulement deux jours chez un généraliste. Une situation qui explique que plus de 85 % des enfants de moins de 16 ans soient aujourd'hui suivis par des généralistes, alors que seulement 30 % bénéficient d'un suivi pédiatrique (souvent axé sur les moins de deux ans ou issus de milieux favorisés)⁷. Cette situation contraste avec celle de la majorité des pays européens, où la prise en charge de la santé de l'enfant est principalement confiée à un pédiatre plutôt qu'à un médecin généraliste. Une prise en charge par les médecins généralistes français rendue difficile puisque leur formation en matière de santé infantile reste, pour beaucoup, très insuffisante et hétérogène. Compte tenu du contexte démographique des professionnels et de l'évolution du temps médical, une réflexion visant à définir un périmètre d'action pour valoriser les

compétences de chaque spécialité et à favoriser la complémentarité des interventions, s'impose. Il est plus globalement nécessaire d'organiser des réseaux de professionnels coordonnés sur des objectifs communs qui correspondent aux besoins et aux réalités des territoires. Des réseaux coordonnés qui incluraient notamment la PMI, la médecine scolaire et les professionnels de santé libéraux pour améliorer la lisibilité des ressources en santé. Le manque de coordination et de clarté de l'offre de soins avec des pro-

fessionnels qui interviennent de façon fragmentée ne permettant pas une prise en charge optimale et conduisant in fine de nombreux parents à s'orienter vers les urgences déjà saturées. Une coopération plus étroite entre la pédiatrie de ville et celle hospitalière gagnerait par ailleurs à être développée, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques. Ce n'est qu'à ce prix que nous pourrions espérer avoir une prise en charge de la santé de l'enfant de qualité.

ASSUMER UNE POSITION DE « RESPONSABILITÉ POLITIQUE »

L'égal accès de tous les enfants à des soins de qualité, et ce, dès la naissance, doit rester un objectif central de nos organisations. La qualité des prises en charge et l'organisation des soins jouent un rôle décisif en matière de gestion des

risques en santé périnatale lors des accouchements et des suites de la naissance. Ces moments sont déterminants pour la survie des nouveau-nés, mais aussi pour leur développement émotionnel et cognitif. La structuration de la prise en charge globale et l'appui à la parentalité autour de la naissance constituent dès lors un enjeu central de santé publique. Pourtant, les principaux indicateurs de santé périnatale mettent en lumière une performance « médiocre de la France par rapport aux autres pays européens » avec des risques périnataux en progression.

Des risques identifiés liés à différents facteurs tels qu'une prise de poids inadaptée pendant la grossesse, des consommations à risque, l'augmentation des grossesses tardives, mais aussi à une sécurité et une qualité des soins insuffisantes. Si le sujet de la fermeture des maternités pour des raisons de qualité et de sécurité des soins fait régulièrement l'objet de débats passionnés, il n'est pas nouveau puisqu'en 20 ans, 40 % des maternités de proximité ont fermé leurs portes⁸, principalement celles de type 1 à la faible activité (moins de 300 accouchements par an). Dans les plus gros établissements, la couverture reste « satisfaisante » mais ces établissements sont « saturés et offrent des conditions de travail et d'accueil dégradées⁹ ». « Si dans le haut risque, c'est le manque de lits en réanimation néonatale et le manque de personnels infirmiers qui pose problème, dans le bas risque, c'est l'organisation de l'offre périnatale qui est en cause » analyse le président de la société

française de néonatalogie, Jean-Christophe Rozé. Même constat à la Société de médecine périnatale qui identifie la dispersion des plateaux techniques comme l'une des « principales causes d'événements indésirables dans le domaine de la gynécologie-obstétrique ».

En effet, « l'éparpillement des structures de soins » rend celles de petites tailles peu attractives et conduit à la réalisation d'un nombre d'actes techniques très insuffisant pour rester compétent sur un temps long avec « un risque en cas

d'urgences vitales ».

En outre, l'évolution de la démographie des professionnels de santé associée à une réduction du temps médical affecte directement le fonctionnement des structures avec un recours quasi-systématique à l'intérim (qui désorganise les équipes en place) et conduit in fine à leur maintien « sous perfusion » quand en parallèle « l'offre de soins néonatale est devenue insuffisante et inadaptée ». Face à ce constat, l'idée d'une restructuration

de l'offre de soins incluant un regroupement des plateaux techniques obstétricaux a fait son chemin. Si les élus locaux, au nom de la proximité, la rejettent – pour la plupart – en bloc, le chef de la maternité de Necker, Yves Villes, au nom de la sécurité de la mère et de l'enfant insiste : une centaine de maternités devraient faire l'objet d'un regroupement et accoucher dans celles qui pratiquent moins de 1000 accouchements par an ne serait plus acceptable ! Une vision partagée par la sénatrice de Meurthe-et-Moselle, Véronique

LES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTÉ PÉRINATALE METTENT EN LUMIÈRE UNE PERFORMANCE « MÉDIOCRE DE LA FRANCE PAR RAPPORT AUX AUTRES PAYS EUROPÉENS » AVEC DES RISQUES PÉRINATAUX EN PROGRESSION



rs à 30-45 minutes augmentent le risque de mortalité périnatale. Dès lors, une réorganisation implique d'être en capacité de garantir un système de transport d'urgence efficace et d'envisager des solutions d'hébergement temporaire pour les femmes enceintes proches du terme. Une réforme de l'offre de soins périnataux devrait, en outre, s'appuyer sur une évaluation des besoins de santé dans les territoires, prenant en compte l'évolution de la natalité et les spécificités géographiques. Seule une approche coordonnée, alliant proximité et sécurité, permettra d'assurer une prise en charge de qualité pour toutes les femmes et leurs nouveau-nés.

**PRENDRE CONSCIENCE
QU'AUJOURD'HUI
« C'EST DÉJÀ
DEMAIN » !**

Les enfants et adolescents traversent de nombreux changements physiologiques, affectifs et scolaires, qui peuvent jouer un rôle déterminant dans l'apparition de souffrances psychiques. Les chiffres parlent d'eux-mêmes et appellent une prise de conscience urgente : environ 1,6 million d'enfants et adolescents souffrent d'un trouble psychique et une étude de la DREES révèle par ailleurs que, pour l'année 2022, les tentatives de suicide ont augmenté de 63 % chez les 10-14 ans. Autre fait interpellant, l'usage de médicaments psychotropes se répand chez les plus jeunes. Entre 2014 et 2021, la consommation d'antidépresseurs a augmenté de 62 % chez les enfants, et celle d'hypnotiques et sédatifs de 155 %¹⁰. Des risques doublés, voire triplés depuis le Covid-19 par une « société qui a du mal à se construire avec des éléments de référence, qu'ils soient économiques, sociologiques, politiques » regrette Rachel Bocher, psychiatre au CHU

Guillaudin, considérant qu'une rationalisation des plateaux techniques apparaît « souhaitable et inévitable » précisant toutefois qu'une « offre de proximité garantissant un suivi prénatal et postnatal immédiat sur le territoire » doit être garantie.

Dans la même lignée, Véronique Hayon, présidente de la 6^e chambre de la Cour des comptes appelle à la vigilance puisqu'une restructuration subie induirait une « réorganisation de l'offre de soins non-pertinente, non coordonnée et profondément déstabilisatrice dans les territoires ». Pour qu'une telle situation ne se produise pas, il convient donc aujourd'hui d'assumer une « position de responsabilité politique ». La question d'un accès rapide aux services de maternité, en particulier dans les zones où les distances représentent un enjeu majeur, est par ailleurs essentielle. La DGOS rappelle que des délais d'accès supérieu-

de Nantes. Si la crise sanitaire a révélé avec acuité une souffrance psychique des plus jeunes, le phénomène n'est pas nouveau puisque la demande de soins en santé mentale pour les jeunes a progressé de 10 à 20 % par an ces dix dernières années avec pour effet une saturation des dispositifs de soins, en particulier ceux d'urgence. Une évolution des besoins déjà évoquée par le Sénat qui, en 2017, soulignait l'inadéquation de l'offre de soins en psychiatrie pour les mineurs et les difficultés rencontrées dans la prise en charge des situations d'urgence. Ces difficultés relèvent de problèmes structurels identifiés de longue date tels que le déficit de professionnels, la fragmentation des prises en charge ou encore un défaut d'approche globale. Ces insuffisances ont des conséquences graves : adolescents soignés dans des services pour adultes faute de place en pédopsychiatrie, délais d'attente pour un suivi souvent très longs, défaut de repérage des violences...qui engendrent des retards dans les diagnostics, les traitements et des difficultés à mettre en œuvre une prévention efficace et une prise en charge de qualité.

Alors qu'une prise en charge précoce des enfants et adolescents atteints de troubles psychiques est gage d'une meilleure stabilisation de la maladie voire de rétablissement à l'âge adulte, il est crucial d'agir suffisamment tôt. D'autant plus lorsque nous savons que 35 % des troubles psychiatriques chez les adultes apparais-

sent avant l'âge de 14 ans et 48 % avant 18 ans¹¹. De façon plus globale, les retards dans le repérage des violences sont extrêmement préjudiciables puisque « 30 % à 40 % des patients que nous voyons en consultation et en hospitalisation ont subi des violences et/ou des violences sexuelles dans leur enfance » rappelle Rachel Bocher. En France, les violences envers les enfants restent une réalité préoccupante. En 2022, 24 % d'un échantillon de 1000 Français de plus de 18 ans estimaient avoir été victimes de maltraitances graves au

cours de leur enfance. Parmi les enfants, ceux qui sont en situation de handicap ont un risque 2,9 fois plus élevé d'être victime de violences sexuelles. Des traumatismes qui laissent de surcroît des traces profondes et engendrent à long terme des maladies graves telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux ou encore des troubles psychologiques sévères, avec une espérance de vie réduite de près de 20 ans pour les victimes¹². Face à ces différentes observations,

il est indispensable d'agir et de détecter les troubles le plus en amont possible en mobilisant l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé de l'enfant. L'articulation entre le dépistage précoce et la prise en charge doit par ailleurs être renforcée par une meilleure coordination des différents métiers œuvrant pour le bien-être, le développement de l'enfant, et les soins psychiques. Cela implique de favoriser la coordination entre tous les professionnels et de promouvoir

**ENVIRON 1,6
MILLION D'ENFANTS
ET ADOLESCENTS
SOUFFRENT D'UN
TROUBLE PSYCHIQUE
ET UNE ÉTUDE DE
LA DREES RÉVÈLE
PAR AILLEURS QUE,
POUR L'ANNÉE 2022,
LES TENTATIVES
DE SUICIDE ONT
AUGMENTÉ DE 63 %
CHEZ LES 10-14 ANS**

le travail en réseau au niveau du bassin de vie de l'enfant.

Dans un autre registre mais non sans lien, l'obésité infantile qui progresse de façon préoccupante devrait également se voir accorder un haut degré de priorité par les pouvoirs publics. Les chiffres sont en effet édifiants : en 2020, 34 % des enfants de 2 à 7 ans et 21 % des enfants de 8 à 17 ans étaient en situation de surpoids ou d'obésité¹³. Une réalité qui appelle des réponses urgentes puisque 20 % et 50 % des enfants en situation d'obésité avant la puberté le resteront à l'âge adulte. Un chiffre qui peut grimper à 50 % voire 70 % si l'obésité persiste après la puberté¹⁴. Le surpoids et l'obésité, ainsi que les maladies qui leur sont liées, sont en grande partie évitables par l'acquisition de comportements favorables à la santé. À cet égard, une approche pluridisciplinaire qui intègre donc, entre autres, un accompagnement nutritionnel, un suivi psychologique et une activité physique régulière, est cruciale. Activité physique qui demeure malheureusement très insuffisante chez les plus jeunes. Le professeur François Carré, cardiologue et président du collectif « Pour une France en forme », a d'ailleurs comparé la capacité physique des collégiens actuels à celle d'un adulte sédentaire de 60 ans. Un phénomène source d'inquiétude pour le professeur Carré puisque « cela signifie un risque de maladie, voire de mortalité plus précoce ». « Aujourd'hui, les enfants ont globalement une pression artérielle et des taux de glycémie et de cholestérol plus élevés que ceux d'il y a vingt ans », « ils ont des maladies de vieux et préparent leur infarctus à 30 ans » !

L'activité physique et la lutte contre la sédentarité doivent par conséquent être promues à tous les âges de la vie. La généralisation en primaire (septembre 2022) des 30 minutes d'activité physique quotidienne a été un important progrès, mais reste une simple recommandation. « On ne

donne pas vraiment aux écoles les moyens de la mettre en pratique », déplore Augustin Raupp, enseignant en activité physique adaptée (APA). Des recherches ont plus largement montré que l'état nutritionnel de la mère a une influence significative sur le devenir de l'enfant. La probabilité d'avoir un enfant atteint d'obésité est en effet 2,5 fois plus élevée quand sa mère l'était avant la grossesse¹⁵. Le président de l'Association française de chirurgie, Patrick Pessaux, rappelle à cet égard l'importance d'investir sur la prévention primaire qui se situe dès la procréation pour éviter l'obésité et insiste sur l'attention particulière devant être portée à la prise en charge des futures mères en surpoids et en obésité. Pour ce faire, « un suivi rapproché permettrait la détection plus rapide des cas d'obésité » constate le président. « Cela implique les crèches et le milieu scolaire », lieux appropriés pour proposer des cours sur l'alimentation et apprendre aux enfants et à leurs parents à manger plus sainement. « C'est un chantier à mener avec la restauration collective, mais aussi en multipliant les activités sportives dans nos crèches et nos écoles ».

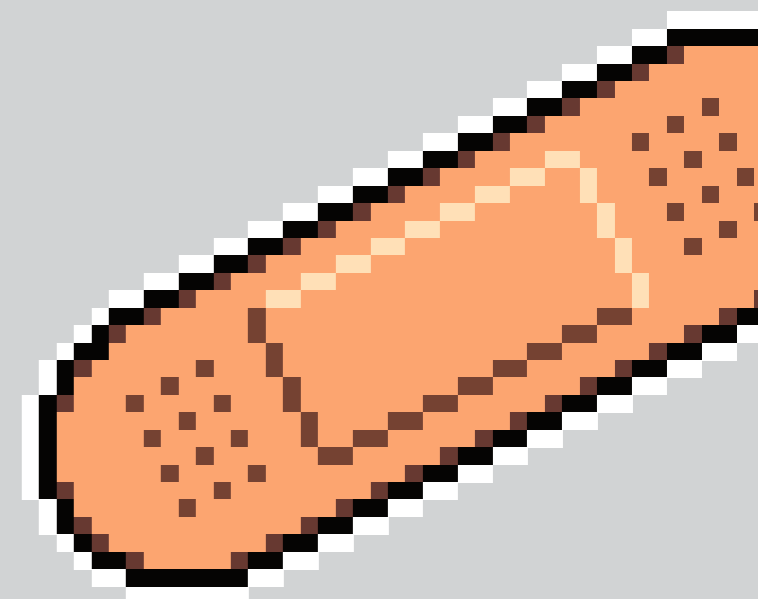
FAIRE DE L'ÉCOLE RÉPUBLICAINE UN « LIEU DE SANTÉ PUBLIQUE » !

Chacun perçoit sans difficulté les liens qui unissent la santé et l'éducation. Plus le niveau d'éducation d'un individu est élevé plus sa santé a de chances d'être bonne et vice-versa¹⁶. Un enfant qui a des difficultés à voir, entendre ou s'exprimer sera inévitablement confronté à des difficultés scolaires. C'est également un lieu privilégié pour l'apprentissage de comportements favorables à la santé, qui constitue le facteur ayant l'impact le plus déterminant sur la santé à long terme. L'enjeu est donc central pour le système éducatif. Parce que c'est l'une des conditions de la réussite de tous les

élèves, parce que la santé est un enjeu de citoyenneté et parce que l'école républicaine a vocation à contribuer à la réduction des inégalités d'éducation et de santé. Faire de l'école un levier de lutte contre les inégalités (qui s'enracinent dès le plus jeune âge) doit donc être un idéal vers lequel tendre. Influencées par le revenu, le niveau de diplôme et la catégorie socio-professionnelle des parents, ces inégalités se répercutent de manière alarmante sur la santé des enfants. Ceux d'entre eux issus de foyers à faible revenus présentent ainsi un taux de surpoids ou d'obésité trois fois plus élevé que ceux des foyers les plus aisés. En matière de santé mentale, les inégalités sociales sont également nombreuses. Santé publique France rapporte d'ailleurs que « de nombreuses pathologies sont plus fréquentes en présence d'un désavantage social (surtout financier), notamment les troubles mentaux ». Qu'il s'agisse de « troubles du spectre autistique, du comportement, émotionnels », les enfants des milieux défavorisés semblent les plus touchés. Pour rappel, 1 enfant sur 5 vit en situation de pauvreté en France. À Mayotte, ce chiffre s'élève à 8 enfants sur 10, en Guyane à 6 sur 10. Lutter contre ces inégalités de destin implique alors de prendre des mesures ciblées, précoces et intégrées. Cela commence par des politiques éducatives qui prennent en compte la santé des enfants, leur environnement familial, et les conditions sociales dans lesquelles ils évoluent. Cela passe également par des actions de prévention et d'éducation à la santé mises

en œuvre dès le plus jeune âge puisque nous savons qu'elles ont beaucoup plus d'efficacité qu'une intervention tardive qui complexifie les changements de comportements.

Acquérir des savoirs en santé suppose par ailleurs de disposer d'un bon niveau de littératie en santé et de compétences psychosociales. De faibles compétences en la matière étant associées à des comportements moins favorables à la santé, une augmentation des hospitalisations et des coûts. À l'inverse, un bon niveau de littératie en santé renforce la résilience individuelle, aide à limiter les inégalités en matière de santé et améliore le bien-être. Ces compétences que chaque enfant est appelé à maîtriser, relèvent de l'action quotidienne des acteurs de l'éducation et en premier lieu les enseignants. Ainsi, les établissements scolaires sont invités à



“LA SANTÉ DES PLUS JEUNES EST UN ENJEU DE SOCIÉTÉ QUI DOIT FAIRE L’OBJET D’UN PORTAGE POLITIQUE FORT DES POUVOIRS PUBLICS”

« construire une démarche éducative progressive telle qu’un parcours éducatif de santé » explique Didier Jourdan, directeur de la chaire Unesco « éducation et santé ». Un parcours « basé sur les programmes scolaires et les dispositifs de prévention locaux, qui décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité et le cadre qui permettra d’y parvenir ». L’école est donc un des lieux privilégiés pour promouvoir les comportements favorables à la santé. La médecine scolaire constitue pour cela un domaine d’action primordial, mais se trouve en grande difficulté. Alors que des visites médicales sont prévues (et obligatoires) à 6 et 12 ans, huit enfants sur dix n’ont jamais rencontré de médecin scolaire¹⁷ durant leur scolarité en primaire, et quatre sur dix n’ont pas bénéficié du bilan de santé pourtant obligatoire à l’entrée au collège. Une défaillance qui prive les enfants les plus vulnérables d’une évaluation préventive constituant parfois la seule garantie d’accès aux soins et à un suivi sanitaire. La variabilité du taux de réalisation des examens en milieu scolaire selon les départements s’avère également préjudiciable pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La Cour des comptes avait d’ailleurs souligné en avril 2020 les difficultés persistantes dans l’organisation de la médecine scolaire. En particulier « la répartition des missions entre les médecins et les infirmiers qui repose sur une intervention séparée et cloisonnée, sans système

d’information partagé ni principe de subsidiarité ou de gradation dans le suivi ». In fine, malgré des moyens en hausse depuis 2018, la politique de santé scolaire « ne parvient pas à pleinement réaliser ses missions » déplore l’ancien député de l’Essonne, Robin Réda. Une conclusion plutôt logique compte tenu de la charge de travail : un médecin scolaire pour 13 000 élèves, un psychologue de l’éducation nationale (PsyEN) pour 1500 élèves et un infirmier pour 1300 élèves¹⁸. En résumé, nous faisons face à « l’aboutissement insatisfaisant d’une histoire administrative compliquée, à contre-courant de l’évolution retenue pour tout le reste des dispositifs et professions de santé », « une réponse excessive à des pressions catégorielles faisant prévaloir des approches par métier au détriment d’une vision globale des besoins de la santé scolaire » note la Cour. La santé scolaire, dispositif clé dans la stratégie de santé publique doit par conséquent être renouvelée par des investissements humains et matériels mais aussi par une profonde réorganisation de son fonctionnement. Dans cette optique, un pilotage coordonné au niveau départemental, académique et central est « absolument nécessaire pour replacer la santé scolaire au centre des préoccupations des responsables administratifs et académiques » et pour mettre en exergue « l’importance de ces professions et de leur travail au quotidien, et pour assurer une bonne répartition des moyens sur un territoire donné » estime Robin Réda. Finalement, ce n’est qu’avec « une volonté

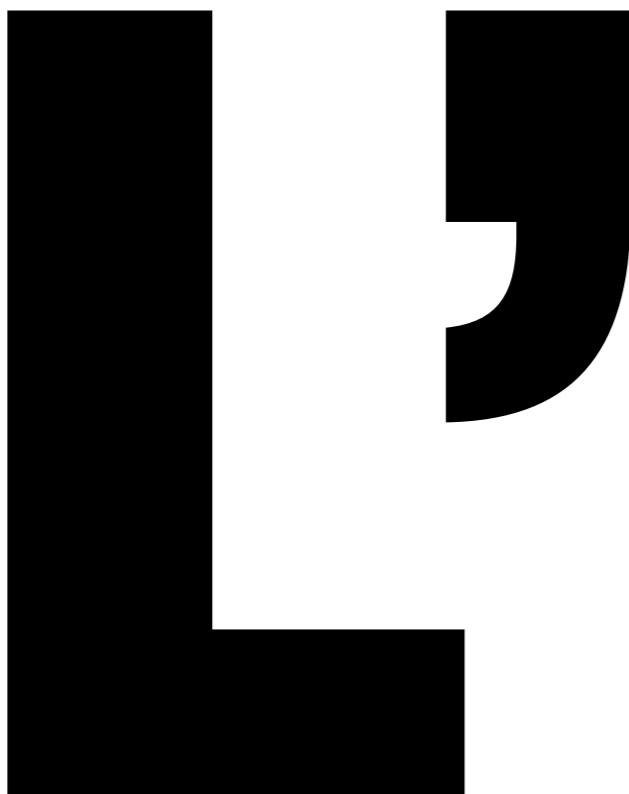
forte de transformer la santé scolaire portée par les ministères qui en ont la charge »¹⁹ que nous pouvons espérer rendre les futures générations autonomes dans la gestion de leur santé.

Pour conclure, bien que la santé de l’enfant ait figuré ces dernières années parmi les priorités revendiquées des gouvernements successifs, force est de constater que cela ne s’est pas concrétisé par un plan d’envergure. Les réponses demeurent encore trop insuffisantes, avec un empilement de mesures ponctuelles et fragmentées, sans vision globale ni ambition réelle. La santé des plus jeunes est un enjeu de société qui doit faire l’objet d’un portage politique fort des pouvoirs publics. En leur garantissant un accès universel à des soins de qualité, en renforçant la prévention dès le plus jeune âge, nous poserons les fondations d’une société plus juste et solidaire, où chaque individu dès son enfance pourra s’accomplir. Si le président de la République veut croire que « nos enfants vivront mieux demain que nous ne vivons aujourd’hui », cela ne sera possible qu’à la condition qu’une politique de santé de l’enfant globale, ambitieuse, qui refonde le système de prévention et de soins, soit mise en œuvre ! ■



Sources :

1. Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne - INSEE.
2. Augmentation significative de la mortalité infantile en France - INSERM et HAS
3. DREES.
4. Convention médicale - Focus pédiatres - Assurance maladie.
5. Pédiatrie et soins de santé des enfants : une situation préoccupante - Vie publique.
6. Mission d’information sur l’avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale - sénat.
7. Pédiatrie et soins de santé des enfants : une situation préoccupante - Vie publique
8. Fin des accouchements dans les petites maternités - Public sénat.
9. Académie de médecine. Rapport 23-05. Planification d’une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence.
10. Santé mentale : cinq points à retenir sur la future « Grande cause nationale » - La Croix.
11. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser - Cour des comptes.
12. <https://www.france-enfance-protégée.fr/wp-content/uploads/2024/05/Parcours-de-soins-pour-les-enfants-protégés-Reco-CNPE-2024-01.pdf>.
13. Forte progression de l’obésité en France - Ligue nationale contre l’obésité.
14. Obésité des enfants l’urgence d’agir - France Assos santé.
15. Prévention du surpoids et de l’obésité de l’enfant – Assurance maladie.
16. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/fr/publications/reports/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8/health_glance-2017-fr.pdf.
17. Question écrite n°14697 : Situation alarmante de la médecine scolaire - Assemblée nationale.
18. Unaf - enquête sur la vision que portent les parents sur la médecine scolaire.
19. Révolutionner la prévention, une réforme de la santé scolaire pour agir dès l’enfance - François Krabansky, médecin spécialiste en santé publique.



L'hôpital est le lieu de la recherche, de l'enseignement et de la transmission. C'est surtout le lieu de vie du patient et l'espace d'une coopération complexe entre métiers. Et ce lieu se transforme en permanence du fait de l'informatisation, la numérisation, la télémédecine, des révolutions technologiques, des choix sociétaux dans les rythmes de travail et de toutes les grandes transitions, y compris environnementales.

L'HÔPITAL, UN SECTEUR QUI CUMULE LES SPÉCIFICITÉS ET LES CONTRAINTES

UNE SITUATION SOCIALE DE PLUS EN PLUS COMPLEXE

La réforme Debré avait brillamment porté ses fruits en hissant le système de santé et la recherche française du vivant au plus haut de l'excellence internationale. Au cœur de la promesse cardinale de 1958 : attirer les meilleurs de leur génération au CHU pour exceller dans les soins.

S'est ensuite imposé l'objectif de la maîtrise économique de la santé. Elle est devenue une nécessité, voire une finalité, jusqu'à confondre les moyens et les fins et soumettre l'institution à une approche financière, oubliant pour partie la véritable nature de l'hôpital.

Le rapport Claris (2020) et son guide *Mieux manager pour mieux soigner* attestent d'une volonté de trouver des réponses à de très nombreux symptômes. Il constate l'épuisement professionnel, le niveau élevé de risques psychosociaux, la réalité des harcèlements et d'une maltraitance endémique des personnels, dans un climat de forte tension organisationnelle, propice à un management insincère, voire toxique, que décrit bien Christophe Dejours. Les statistiques reflètent cette souffrance au travail de grande intensité, dans des métiers déjà exposés à la souffrance d'autrui, à la maladie, au handicap et à la mort. Et ce, quels que soient en contrepartie quelques immenses succès médicaux qui viennent éclairer la vie des personnels de santé.

L'absentéisme est un symptôme de ce travail éprouvant, à l'hôpital, comme dans l'ensemble des établissements médico-sociaux. L'indicateur suffit à montrer qu'il y a des conditions de travail et une usure psychologique particulières. L'hôpital n'est plus désirable.



MANAGER LES CAPACITÉS HUMAINES POUR RÉPONDRE À LA CRISE HOSPITALIÈRE

PAR

PIERRE-ANTOINE PONTOIZEAU
DIRECTEUR EUROGROUP CONSULTING

& MATTHIEU SAINTON
ASSOCIÉ SANTÉ, ASSURANCE ET PROTECTION SOCIALE D'EUROGROUP CONSULTING

La crise de l'hôpital est une crise aux multiples symptômes qui engage l'humain au premier plan. Comment en sommes-nous arrivés là ? L'histoire politique de l'hôpital s'avère être une véritable clé de compréhension utile et nécessaire pour comprendre les causes de cette situation.

Récemment, des départs de PU-PH ont été constatés dans de nombreux CHU, 14 % des postes de chefs de clinique n'ont pas été pourvus en 2023, faute de candidats. Plus grave encore : certains CNU alertent sur le fait qu'ils n'ont plus l'assurance de nommer les éléments les plus brillants de leur génération, même s'ils parviennent encore à trouver des candidats.

UN MODÈLE QUI S'EST CONCENTRÉ SUR UNE APPROCHE GESTIONNAIRE

Plusieurs facteurs sont additionnés pour se cristalliser dans une crise profonde, visible depuis la période de la pandémie de Covid-19.

Les facteurs organisationnels d'abord : le poids croissant des tâches administratives et la nécessité de rendre (des) compte(s) se sont substitués peu à peu à l'action elle-même.

Les facteurs sociétaux-démographiques : vieillissement de la population, poids croissant des maladies chroniques et des précarités ont impacté considérablement les comportements et les usages générant un recours massif aux urgences, des relations agressives et l'insécurité dans des lieux pourtant destinés à l'attention et aux soins.

Dans ce contexte, l'approche gestionnaire occulte la mission éthique, politique et scientifique de l'institution dédiée à la santé du plus grand nombre en vertu de l'égalité de l'accès au soin.

Dès lors, une question se pose : l'accord politique sur sa mission de santé publique est-il encore là ? Il manque une axiologie partagée. L'analyse est pourtant là, et force est de constater la critique d'Henri Mintzberg dans *Structure et dynamique des organisations* (1998) sur les dérives de la bureaucratie professionnelle et l'absence de toute adhocratie dans l'organisation et le management des grands établissements de santé, plus pensés comme des usines que comme des lieux de création, d'innovation et d'espérance collective.

Eugène Enriquez formulait les mêmes conclusions sur la pathologie des organisations dans *L'organisation en analyse* (1992). Celle-ci produit dit-il des « individus pathologiques » avec leurs dérives paranoïaques (la mission justifie tout), leurs perversions (manipulation sans fin et illusion de la maîtrise) et leurs hystéries (communication hyperbolique et théâtralisation). Or, ce modèle organisationnel est au final porteur d'un inconscient organisationnel, limitant le partage de valeurs et le management, facteur de pertes de repères

pour les personnels hospitaliers.

LES TRANSFORMATIONS ANTHROPOLOGIQUES EN COURS INTERPELLENT LE MANAGEMENT HOSPITALIER

Si le management est fragile, l'organisation l'est aussi. Et les causes des conflits humains sont à chercher dans les crises qui traversent les politiques publiques de santé à travers les décennies. Elles sont le résultat de plusieurs phénomènes profonds : le ressentiment, faute de reconnaissance – ce qu'Axel Honneth nomme les « blessures morales » – mais aussi des divisions et rivalités qui déchirent le tissu social, par l'absence d'une vision commune.

Le risque est bien réel que cela s'amplifie sous la pression de ruptures épistémologiques et éthiques qui peuvent encore fracturer les équipes, l'organisation sacrifiant l'intelligence émotionnelle décrite par Daniel Goleman.

Au moins trois transformations anthropologiques produisent des conflits profonds qui divisent déjà le corps social de l'hôpital. Quelques exemples de ces enjeux sont relayés par les syndicats, les PU, les experts du devenir de la santé, les sociologues de la santé et philosophes. Il s'agit d'antagonismes existentiels auxquels seront confrontés les personnels dans la décennie à venir :

– Pratique clinique versus pratique dématérialisée : Les promesses de la télémédecine présentent un véritable intérêt économique mais cette pratique médicale s'instaure alors que la relation au patient, tant du point de vue de l'expertise clinique que de l'impact psychologique du contact humain, est peu anticipée ; elle conduit à augmenter les risques d'isolement, de stress, de peur, par défaut de prise en charge humaine. C'est un basculement anthropologique dans la relation du soignant au soigné, qui peut à terme réinterroger la place du

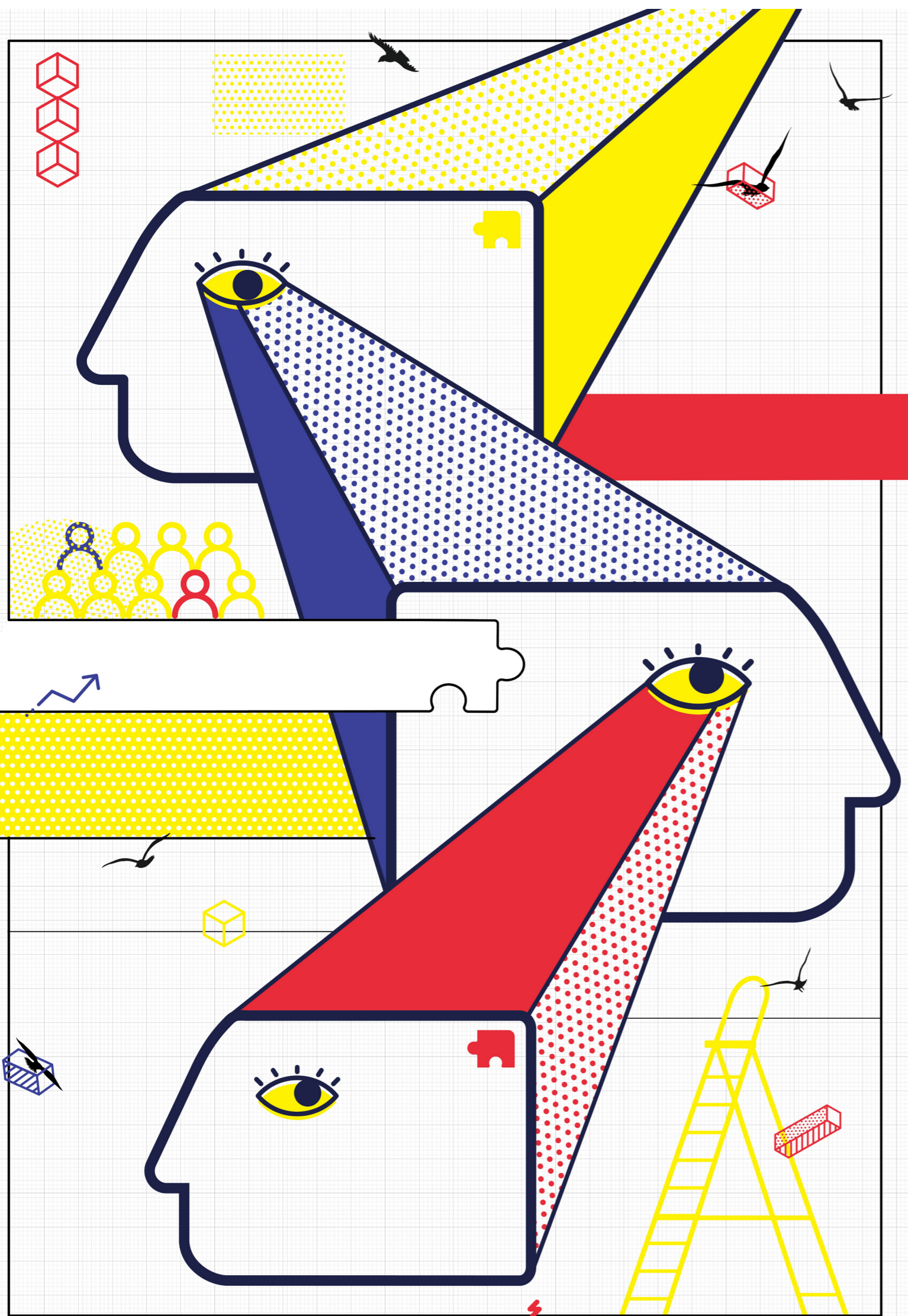
soignant, sa pratique clinique et l'acte de soins.

– Aide à vivre versus aide à mourir : aujourd'hui, il existe un tabou absolu à l'hôpital. Les encadrants hospitaliers ne construisent pas un cadre éthique partagé, ce qui les empêche de traiter certaines situations plus morales que médicales, l'institution oscillant entre obligations administratives et législation d'une part et la liberté de conscience du médecin et des soignants d'autre part. Souvent le praticien est seul face à ses contradictions, sans capacité à interroger sa pratique au-delà des aspects réglementaires.

– Chercher à mieux soigner versus devoir rendre des comptes. La médecine est aussi une recherche pleine d'innovations et de prises de risques consentis et partagés. Une obligation de résultat comme le risque de poursuites créent un climat de défiance par une pression réglementaire et législative du soin. Les patients ou leurs proches lancent des recours à l'encontre de leur médecin en cas d'insuccès, voire d'erreur médicale et cette judiciarisation engendre une aversion au risque professionnel et une assurance prohibitive des actes médicaux, ce qui est l'inverse même d'une science en mouvement.

L'INVESTISSEMENT DANS L'ART DU MANAGEMENT QUI ACCOMPAGNE L'ART DU SOIN SE TRADUIRA PAR DES BÉNÉFICES VISIBLES EN TERMES D'ATTRACTIVITÉ, DE FIDÉLISATION, DE RÉDUCTION DE L'ABSENTÉISME

Aujourd'hui, l'absence de cadre managérial se traduit par des manques chroniques de personnel, cause principale de fermeture des lits. Voilà pourquoi le malaise des organisations hospitalières et de leurs personnels est très profond. Voilà pourquoi, malgré tout l'intérêt des quelques idées fortes du rapport Claris – à savoir renforcer la place des médecins et des soignants dans la gouvernance, instituer le binôme directeur/président de CME, favoriser la démarche participative, manager en proximité – celles-ci ne couvrent que très partiellement les quatre moteurs de l'engagement des personnels de santé. Le risque est donc bien réel d'agir en surface, sans créer les conditions d'une indispensable transformation de l'hôpital.



MIEUX MANAGER POUR MIEUX SOIGNER ? QUATRE PISTES CONCRÈTES

Quels sont les moteurs de l'engagement ? Nos travaux de recherche ont mis en évidence que l'engagement conditionne l'image, la réputation, la qualité, l'attractivité et la fidélité, la constance et le renouvellement des équipes. Or, il faut ces quatre moteurs pour agir, qu'on soit salarié, patient ou citoyen engagé. Ce sont :

- Les raisons de faire, car nous sommes des acteurs rationnels (Crozier),
- Le désir de faire, car nous sommes des êtres de désir d'action (Freud),
- Le consentement à faire, car l'acceptation détermine la propension à agir (Kiesler),
- Et plus encore la capacité à pouvoir faire dans des conditions propices (Sen).

Il faut donc agir à plusieurs niveaux dans la durée avec cette vue systémique sans laquelle le modèle est condamné.

Le développement de l'attractivité globale de l'institution reposera sur quatre axes de travail qui répondent aux quatre leviers de l'engagement durable. L'éthique, qui détermine largement le consentement, l'épistémologie les bonnes raisons d'agir, le management le désir de faire et l'organisation incluant les ressources humaines et les capacités utiles :

- Le niveau éthique : c'est celui du dialogue, de la co-construction, du respect de la personne humaine et de la dignité du patient et du soignant. L'éthique ne se décrète pas, elle se vit, se pratique dans des modalités de management au quotidien, loin d'une simple technique de discussion mais relevant plutôt d'une exigence personnelle.
- Le niveau épistémologique qui éveille à une culture de l'excellence fondée sur quelques fondamentaux en matière de démarche scientifique et de posture des chercheurs et savants, cette connaissance faisant partie intégrante de l'art médical bien décrit par Michel Rongières par exemple.
- Le niveau managérial s'appuie sur le renforcement d'un leadership situationnel des dirigeants et des managers clés : chefs de pôles, chefs de service. Il

implique une meilleure connaissance de soi et une compréhension des besoins des équipes et collaborateurs. L'autorité suppose la confiance qui elle-même ne se décrète pas et les ressorts de la satisfaction au travail sont connus depuis Frederick Herzberg.

– Le niveau ressources humaines répond à des enjeux de court terme. L'attractivité ne se décrète pas, elle se vit et s'éprouve, donc elle exige de transformer les pratiques d'évaluation de la gestion des ressources humaines. La communication, le recrutement, l'intégration, le développement des compétences, les parcours professionnels, les évaluations et la valorisation sont en jeu, tout comme l'organisation du travail avec une gestion qualitative comme le modélisent Roland Coutanceau, Rachid Bennegadi et Serge Bornstein par exemple.

CONCLUSIONS

Les différents niveaux d'engagement font système parce que l'humain ne se décompose pas. C'est la raison pour laquelle, ceux qui exercent un leadership dans leurs fonctions de chef de service et de pôle doivent bénéficier d'une extrême attention, car ils sont les acteurs essentiels de ce management des capacités humaines. Ils doivent les comprendre, les réfléchir, les articuler et en être les inspirateurs pour que leurs équipes désirent les suivre. Il est donc essentiel à la fois de mesurer l'engagement des personnels au sein d'un hôpital, mais de préparer chaque manager à détecter et agir sur ces quatre dimensions.

Le projet médical doit mobiliser et impérativement comporter trois piliers : celui de la recherche et des visées médicales futures, celui de l'organisation du travail et des ressources humaines, celui du management et de la gouvernance.

Il faut pour cela rapprocher la pensée de l'action, réunir de nouveau les fonctions d'experts et de praticiens, investir le management des capacités individuelles et collectives pour pallier les risques d'effondrement organisationnel. De toute évidence, l'investissement dans l'art du management qui accompagne l'art du soin se traduira par des bénéfices visibles en termes d'attractivité, de fidélisation, de réduction de l'absentéisme. ■

Sources : QR code





DOSSIER

DÉCOMPLEXIFIONS

LES SOINS DE VILLE !

PAR SÉBASTIEN GUÉRARD & VINCENT DAËL
PRÉSIDENT ET DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL
DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES RÉÉDUCATEURS

La critique de l'excès normatif est une pratique incontournable du débat public français. Le trop-plein de formulaires, de règles, de contraintes administratives recouvre une réalité si prégnante dans toutes les couches de la société (étudiants, employés, sans emplois, artisans, entrepreneurs...) qu'il est à l'origine de sérieuses

contestations sociales, comme récemment celle des agriculteurs. Du célèbre « arrêtez d'emmerder les Français ! » de Georges Pompidou au « trop de normes tue la croissance » de Bruno Le Maire, la remise en cause de la complexification du droit est également, et de longue date, passée dans le langage courant du pouvoir exécutif – pourtant largement responsable de celle-ci, a fortiori sous la V^e République.

Entre les citoyens et les pouvoirs publics, les corps intermédiaires sont, eux aussi, des acteurs de la complexité – la subissant souvent, en étant parfois à l'origine. « Experts du complexe », nous

avons un rôle à jouer afin d'analyser la course en avant normative et, surtout, d'y apporter des solutions.

LA COMPLEXITÉ NORMATIVE, CE MAL QUI RONGE LE SYSTÈME DE SANTÉ

Dans le domaine de la santé, notre aire d'expertise, nous cohabitons quotidiennement avec la complexité. Sur le terrain, les professionnels sont confrontés à des sources normatives diverses, parfois contradictoires, souvent obscures, et perçues comme mesquines. Au niveau national, où nous les représentons, la maîtrise de cette complexité est un impératif. Chaque élément de langage ministériel, chaque sujet de préoccupation, chaque problématique sanitaire cache un cadre légal en évolution, une expérimentation prévue par une loi, un texte d'application en attente, une

surtransposition administrative, sans compter une myriade de chiffres et d'acronymes.

Dans le domaine des soins de ville, comme dans celui des produits de santé ou de l'hôpital, cette complexité s'est considérablement accrue depuis une vingtaine d'années. Cette mécanique s'explique par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, le fait que l'État se place de plus en plus dans une posture de régulateur, se chargeant de coordonner l'action des différents acteurs du système et d'ordonner leur concurrence, afin de répondre au mieux aux besoins de la population. Cette mission de régulation est particulièrement délicate dans le domaine de la santé, solvabilisé par l'argent public à hauteur de 250 milliards d'euros par an ; l'État doit ainsi remplir sa mission en veillant au montant de la facture. Afin d'exercer cette régulation entre des objectifs a priori contradictoires, les pouvoirs publics n'ont de cesse d'ériger des règles, auxquelles la réalité

impose de trouver des exceptions, lesquelles se révéleront rapidement inadaptées ou incomplètes, de façon qu'il faille sans cesse complexifier la norme. Chaque année, le PLFSS constitue ainsi une nouvelle étape d'une grande fuite en avant, pendant laquelle les Gouvernements successifs cherchent à tout prix à faire coïncider la loi à la réalité...

Ce phénomène n'a rien de nouveau. Lorsque le grand juriste Jean-Étienne-Marie Portalis présente, en l'an VIII du calendrier républicain, le projet de Code civil, il rappelle que « les diverses espèces de biens, les divers genres d'industrie, les diverses situations de la vie humaine, demandent des règles différentes », mais que pour autant, « les lois positives ne sauraient jamais entièrement remplacer l'usage de la raison naturelle dans les affaires de la vie. Les besoins de la société

“CHAQUE ANNÉE, LE PLFSS CONSTITUE AINSI UNE NOUVELLE ÉTAPE D'UNE GRANDE FUITE EN AVANT, PENDANT LAQUELLE LES GOUVERNEMENTS SUCCESSIFS CHERCHENT À TOUT PRIX À FAIRE COÏNCIDER LA LOI À LA RÉALITÉ...”



sont si variés, la communication des hommes est si active, leurs intérêts sont si multipliés et leurs rapports si étendus, qu'il est impossible au législateur de pourvoir à tout¹ ». Un rappel salutaire !

Cette complexification s'explique également par les dysfonctionnements de notre démocratie parlementaire. Le pouvoir exécutif dispose à la fois d'une administration extrêmement technique, capable chaque année d'écrire des textes budgétaires très complets, et de pouvoirs constitutionnels très importants, lui permettant d'engager ses textes de façon accélérée, voire de les faire adopter en abrégant la discussion parlementaire. Peu voire pas du tout concertés en amont, ces projets de loi placent les acteurs du système de santé dans l'obligation, pour faire entendre leurs contributions, de suggérer aux parlementaires des centaines d'amendements qui, s'ils sont adoptés, contribueront eux aussi à complexifier un peu plus le droit...

LES SOINS DE VILLE, OU L'ENCHEVÊTREMENT ILLISIBLE DES DISPOSITIFS

Une autre raison de la complexification du système de santé tient à la volonté du politique de prévoir, face à chaque nouveau défi auquel le

système est confronté, une nouvelle mesure censée y répondre.

Le principal défi que doivent relever les professionnels de ville, à savoir celui de l'exercice coordonné, a ainsi donné lieu à la création de nombreux dispositifs d'application locale. Ont ainsi été créées en 2007 les maisons de santé, afin de permettre un exercice collectif de professionnels libéraux ; en 2009, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) afin d'accompagner les ARS dans l'organisation des soins de ville ; en 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin de mieux coordonner les professionnels de santé libéraux. Sans compter les créations des différents dispositifs de coordination des professionnels autour de pathologies complexes (MAIA, PTA, CTA...) fort heureusement fusionnés à partir de 2019 au sein d'un unique « dispositif d'appui à la coordination » par territoire.

Chacun de ces dispositifs a pour objet de résoudre des problématiques d'organisation des soins nécessairement abordées par des instances et outils déjà prévus par le Code de la santé publique. Citons ainsi la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) au niveau régional,

ainsi que les Conseils territoriaux de santé (CTS) au niveau infrarégional. Ces derniers sont censés participer à l'élaboration, confiée aux CPTS, des « projets territoriaux de santé » (PTS), qui ne doivent cependant pas être confondus avec les projets de santé des CPTS, ni avec les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Bien entendu, ces dispositifs sont à distinguer des contrats locaux de santé (CLS) signés avec les collectivités territoriales,

ainsi que des déclinaisons locales du Conseil national de la refondation (CNR) en santé...

Cet enchevêtrement de dispositifs locaux, que même les tutelles semblent parfois avoir du mal à comprendre, dessine un environnement institutionnel particulièrement illisible pour les professionnels de santé, et plus encore pour les usagers.

Comment, aussi, échapper à certaines confusions des responsabilités entre les acteurs ? Certaines CPTS s'imaginent ainsi en organismes représentatifs des professionnels de santé du territoire, alors même que tous n'y adhèrent pas et que, surtout, il n'entre pas dans leurs compétences de défendre les libéraux, mais simplement de les coordonner. De leur côté, les institutions ordinales s'appuient sur cette complexité du système pour, elles aussi, se présenter en institutions chargées de la défense des professionnels, alors même qu'elles sont chargées d'une mission de service public dont l'une des principales prérogatives est de... sanctionner les professionnels de santé. Est-il besoin, enfin, de revenir sur les dérives des URPS pointées du doigt par la Cour des comptes en février dernier, qui mettait en exergue la « contribution très inégale des URPS au système de soins, leur fonctionnement institutionnel parfois difficile, leur grande hétérogénéité insuffisamment corrigée par la coopération interprofessionnelle, ainsi que leur situation financière confortable² » ?

Désormais, chacun des CTS, des CPTS, des 170 URPS (une URPS pour chacune des dix professions de santé dans

chacune des dix-sept régions de France), des 7 ordres professionnels organisés en département et/ou en région (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pédicures-podologues), auxquels s'ajoutent les 64 (dont 41 spécialités médicales) conseils nationaux professionnels (CNP), et les 64 sous-sections des conseils nationaux des universités (CNU), revendiquent une capacité de représentation des intérêts des professionnels, de lobbying ou d'influence, la plupart du temps sans que cela ne figure dans le périmètre de leurs missions... alors que seules les organisations syndicales représentatives, au nombre de 23 pour les 12 professions conventionnées, devraient remplir ses fonctions. L'État diviserait-il pour mieux régner ?

Cette complexité n'est bien sûr pas uniquement locale et ne se limite pas à la représentation ; elle est aussi le fait d'un système conventionnel trop cloisonné. Chaque profession de santé libérale dispose de sa convention nationale, signée entre ses syndicats et l'Assurance maladie ; chacune de ces conventions prévoit des dispositifs propres à chaque profession (notons une différence significative de prix de certains actes d'une convention à l'autre), en matière d'amélioration de l'accès aux soins, de dépistage, de permanence des soins ou encore de coordination avec d'autres professionnels. Un accord-cadre interprofessionnel (ACIP), signé entre l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) et l'Assurance maladie, doit fixer des dispositions communes entre toutes les professions – mais il est trop peu utilisé. En outre, ils existent deux accords conventionnels interprofessionnels (ACI), régissant la relation conventionnelle entre les maisons de santé (ACI-MSP), les CPTS (ACI-CPTS) et l'Assurance maladie, négociés et signés par les organisations syndicales représentatives,

en la présence d'organisations observatrices : les fédérations de MSP et des CPTS.

La complexité engendre ainsi de terribles désordres financiers ; avec le jeu des différentes conventions, des différents dispositifs territoriaux et des initiatives locales, une même démarche de coordination peut être rémunérée par de l'argent public à plusieurs reprises...

Lorsque des dispositifs nationaux non conventionnels, dérogatoires et expérimentaux, viennent s'appuyer sur la multiplicité de ces dispositifs locaux, l'obscurité devient totale. Citons à titre d'exemple l'accès direct aux kinésithérapeutes,

inscrit dans le droit commun pour les maisons de santé et les établissements, mais prévu uniquement sous forme d'expérimentation pour les professionnels adhérents d'une CPTS, dans certains départements seulement, et pour un nombre de séances limité... Sans compter les différentes innovations « article 51 » ou protocoles de coopération, qui dessinent une géographie variable de l'accès aux soins en fonction des territoires.

Ainsi, si vous souffrez d'un lumbago ou si vous vous

êtes « foulé » la cheville, vous pourrez consulter directement votre kinésithérapeute :

– S'il exerce en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ;

– S'il est adhérent d'une CPTS, mais seulement dans un département éligible à l'expérimentation. Dans ce cas, la question de la provenance du patient n'est pas encore clairement définie : doit-il résider dans la CPTS ou non ? Si oui, à titre principal ?

– S'il a signé un protocole de coopération avec un

LORSQUE DES DISPOSITIFS NATIONAUX NON CONVENTIONNELS, DÉROGATOIRES ET EXPÉRIMENTAUX, VIENNENT S'APPUYER SUR LA MULTIPLICITÉ DE CES DISPOSITIFS LOCAUX, L'OBSCURITÉ DEVIENT TOTALE



médecin délégué - en sachant qu'il reste encore une interrogation si le médecin traitant du patient a refusé de signer ce protocole.

Ainsi, en fonction du lieu d'exercice du kinésithérapeute, de la provenance du patient ou de son médecin traitant et des protocoles signés, un même professionnel aura un périmètre de compétences à géométrie variable.

Nous prenons peu de risques en pariant que, compte tenu de l'illisibilité du dispositif, les professionnels ne s'en saisiront pas, et que le patient continuera d'aller droit aux urgences.

Soulignons enfin que la multiplicité des enveloppes de financement des soins de ville devient opaque, à tel point que le professionnel ne sait pas toujours à qui adresser la facture, en fonction du régime du patient. Relativement simple lorsqu'il concerne un patient en régime maladie ou ALD, le système se complique lorsque le patient est couvert au titre de l'AT/MP - en fonction de l'assureur vers lequel le professionnel doit se tourner. Sans parler des soins prodigués aux patients en hospitalisation à domicile (HAD) ou en établissement social ou médico-social (ESMS), qu'il faut classiquement facturer à l'Assurance maladie et aux complémentaires, sauf si l'établissement est financé par la dotation globale... Enfin, si la prise en charge se fait dans le cadre d'un protocole de coopération ou d'une expérimentation 51, en fonction des fonds de financement parfois multiples (ARS, CPAM, collectivités locales...), retrouver le payeur peut relever du parcours du combattant !

QUELQUES PERSPECTIVES DE SIMPLIFICATION POUR LES SOINS DE VILLE

Il est tout d'abord essentiel que la vision politique de long terme prenne le pas sur les ajustements paramétriques réalisés au jour le jour, qui transforment le système de santé en un mille-feuille de dispositifs sans cohérence. Nous devons gagner des années de vie en bonne santé. Investir dans la prévention dans une visée pluriannuelle, renforcer le virage domiciliaire, autonomiser les professions de santé de la tutelle médicale, favoriser les démarches de coordination pluriprofessionnelle sur

un modèle respectueux de l'autonomie des soignants sont autant de moyens d'y parvenir. À titre d'exemple, assumer pleinement de faire confiance aux professionnels de santé paramédicaux, notamment les kinésithérapeutes, permettrait de simplifier grandement le cadre juridique de la profession grâce à un accès direct généralisé à tout le territoire... Plutôt que devoir se satisfaire de mesures parcellaires ou d'expérimentations peu compréhensibles.

Au niveau national, la simplification doit prendre les traits d'une refonte du système conventionnel. Fusionner les accords conventionnels interprofessionnels (ACI-MSP et ACI-CPTS) au sein de l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP) permettrait de construire un socle interprofessionnel fort. Cette convention-cadre permettrait de construire dans la concertation des évolutions majeures en matière de collaboration interprofessionnelle et de partage des tâches. L'essentiel des dispositions conventionnelles devrait ainsi figurer dans cet accord partagé entre toutes les professions, afin de ne laisser aux conventions monoprofessionnelles que les questions réellement spécifiques à chacune. Par un accord pluriannuel clair, les syndicats de professionnels et l'Assurance maladie s'accorderaient ainsi sur les objectifs et les moyens de la coordination interprofessionnelle, qu'il s'agisse du contour des métiers, des coopérations entre acteurs et du financement des CPTS et MSP.

La question du maintien d'un ordre par profession de santé doit également se poser. Les missions d'un ordre professionnel sont des missions de service public ; il s'agit de faire respecter le code de déontologie - et en aucun cas de défendre les professionnels, ou de réaliser des activités de lobbying au nom de la profession. La spécificité de chaque ordre résulterait donc de la spécificité de chaque code de déontologie. Mais les règles déontologiques sont-elles si différentes d'une profession à l'autre ? S'il existe des différences entre celles-ci, sont-elles justifiées, notamment du point de vue du patient ? Est-il encore souhaitable que les membres d'une profession se jugent uniquement entre eux ? Est-ce encore pertinent de laisser aux mains d'un même organisme des fonctions électives, administratives

et juridictionnelles, censées être séparées (dans les modèles démocratiques, du moins) ? Est-ce justifié que seuls les professionnels de santé paient, par une cotisation obligatoire, un service public censé bénéficier à l'ensemble de la population ? Réfléchir à la création d'une juridiction disciplinaire unique des professions de santé pourrait être l'occasion de sérieusement simplifier le système, tout en remettant sur le métier la question du lien entre le citoyen et les professionnels.

Au niveau régional, nous devons sérieusement nous interroger sur la pertinence de disposer d'une URPS par profession de santé. Ces organismes connaissent une activité fortement variable entre les professions et les régions ; certaines mettent en œuvre des projets importants en faveur de la santé publique, tandis que d'autres peinent à trouver un fonctionnement pérenne. Plutôt que de suivre les recommandations de la Cour des comptes, qui préconise la suppression des plus petites URPS (biologistes, orthoptistes, podologues), maintenir une URPS unique pour l'ensemble des professions permettrait de bénéficier d'une maison commune. Celle-ci devra voir ses missions clarifiées : les URPS se limiteraient au suivi, à l'accompagnement et à l'aide au développement des structures d'exercice coordonné (notamment les CPTS), au développement d'actions de prévention et de promotion de la santé, tout en restant partenaires des ARS. Il conviendrait également d'offrir un cadre national aux travaux des URPS afin qu'elles deviennent le relais du déploiement des stratégies nationales de santé. ■

Sources :

1. Jean-Étienne-Marie Portalis. *Discours, rapports et travaux inédits sur le Code civil*. Joubert, 1844, p. 7, num. Gallica-BNF.
2. Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS). *Cour des comptes*. 5 février 2024.



L'ORGANISATION DES URGENCES EN ÉCOSSE

« Quand je me regarde, je me déssole, quand je me compare, je me console », fidèle au vieil adage, le CRAPS cultive l'intérêt des voyages d'étude pour analyser les systèmes de santé en Europe au sens géographique, en coordination avec le Groupe de recherche et d'applications hospitalières, présidé par Yann Bubien.

Après plusieurs déplacements, force est de constater que l'ensemble des pays européens sont soumis aux mêmes problématiques que la France à l'image des tensions sur les services d'urgence ou encore l'insuffisance de ressources humaines pour répondre au mieux aux besoins de santé. Il n'existe aucune solution miracle nous invitant à l'humilité face aux défis qui sont les nôtres. Cependant, de bonnes initiatives

se dégagent qui méritent de prendre le temps de l'analyse.

L'année 2023 a mis à l'honneur le système de santé écossais, système de santé qui semble le mieux résister aux problématiques des soins non programmés des quatre systèmes de santé de la Grande-Bretagne. Pourtant, à l'image de son territoire atypique, les défis sont complexes, quelles sont les clés de cette réussite ?

1. UN SYSTÈME DE SANTÉ SOUS TENSION FACE À DES DÉFIS COMPLEXES

Un accès aux soins soumis à des contraintes géographiques fortes

En Écosse, 5,5 millions d'habitants sont répartis de manière très disparate puisque près de 88 % de la population écossaise vit à 30 minutes d'un hôpital et dans des zones urbanisées, 12 % de la population vit au-delà de 30 minutes et parfois à plusieurs heures de transport.

L'accès aux soins est facilité dans les grandes métropoles à l'image de Glasgow avec 100 000 passages au service d'urgences adultes du Queen Elizabeth University Hospital et 70 000 passages au Glasgow Children Hospital.

À l'inverse, l'Écosse compte près de 800 îles dont environ une centaine sont peuplées de 100 000 habitants permanents. L'accès aux soins n'est donc pas le même si vous vivez à Oban qui se trouve à 160 kilomètres de Glasgow et à deux heures trente de route. Pour autant, le modeste Lorn and Islands Hospital dispose d'un service d'urgence accueillant 8 500 patients par an pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, notamment non programmés.

Un système d'initiative publique, reposant sur le principe de « gratuité » des services

Le système de santé écossais a fait le choix de privilégier une organisation et une planification du système de santé pilotées par un État stratège et financeur. Il repose essentiellement sur des offreurs de soins publics, à l'exception de quelques

opérateurs privés intervenant exclusivement sur la chirurgie programmée de proximité après accord du *National Health Service* (NHS) pour désengorger notamment les délais d'attente dans certaines pathologies (cataracte, prothèse de genou, etc.).

La plupart des services du *NHS Scotland* sont « gratuits », mais suivant sa situation financière, le patient peut être amené à prendre en charge son traitement dentaire, ses nouvelles lunettes ou lentilles de contact, etc.

Une augmentation du recours au non-programmé et un système de santé saturé

Depuis 2021, l'Écosse, comme d'autres pays en Europe, connaît une dégradation des principaux indicateurs de fonctionnement du système de santé avec une hausse du volume de prises en charge non programmées et une hausse des délais d'attente aux urgences supérieurs à 4, 8, ou 12 heures. Néanmoins, le système de santé écossais résiste mieux que les autres nations de la Grande-Bretagne.

Des tensions importantes sur les ressources médicales et paramédicales

Comme dans de nombreux pays européens, aujourd'hui, plus de 5 % des postes sont vacants que ce soit au niveau médical ou paramédical en raison de plusieurs facteurs :

- Le développement des besoins de santé nécessite toujours plus de professionnels de santé pour y répondre, un constat renforcé par le développement du progrès médical qui appelle une spécialisation des prises en charge et des compétences ;
- Un manque chronique de professionnels formés pour anticiper cette évolution ;
- Un arbitrage vie professionnelle/vie personnelle en faveur d'une diminution du temps de travail de chaque professionnel formé ou déjà sur le marché du travail par rapport aux années antérieures ;
- Le Brexit est venu fragiliser l'apport de ressources humaines européennes qui représentaient une variable importante d'équilibre du

PAR

BASTIEN RIPERT
DIRECTEUR DU GROUPE
HOSPITALIER SOPHIA ANTIPOLIS
VALLÉE DU VAR, MEMBRE DU
BUREAU DU GRAPH

marché du travail dans le domaine de la santé.

Cela génère des tensions fortes sur le système de santé, avec une multiplication inédite de tensions sociales aboutissant à des augmentations de salaire au NHS Scotland en 2023 et, plus largement, à une fragilisation de l'accès aux soins.

Un budget limité voté par le parlement britannique à hauteur de 9,9 % du PIB et une absence de reste à charge ou d'avance de frais

Il est toujours intéressant également d'analyser un système de santé en regard des moyens économiques qui lui sont consacrés. Le fonctionnement du système de santé écossais s'appuie sur un budget annuel voté par le Parlement britannique à hauteur de 9,9 % du PIB pour 2023, inférieur au système de santé français. Les patients n'ont pas de reste à charge ou d'avance de frais à consentir.

2. FACE À CES DÉFIS, LE SYSTÈME DE SANTÉ ÉCOSAIS A REPENSÉ PAR NÉCESSITÉ LA PRISE EN CHARGE DU NON PROGRAMMÉ

L'Écosse a repensé l'organisation de son système de santé pour mieux prendre en charge les urgences par une meilleure régulation des flux, un appui sur la territorialisation pour mieux répondre à ses caractéristiques géographiques et l'innovation numérique pour une meilleure organisation de la réponse à ses besoins de santé.

Les General Practitioners (GP's) clé de voûte du système

911 cabinets médicaux de groupe organisent et coordonnent les parcours patients dans l'ensemble du système de santé écossais. Ils ont en charge le



suivi des maladies chroniques, les rendez-vous urgents programmés sur la journée, la médecine préventive et la gestion des admissions directes en hospitalisation, aux urgences ou chez un spécialiste.

En dehors de l'urgence vitale, théoriquement, aucun accès n'est possible à l'hôpital sans coordination préalable du parcours.

Une forte attention portée sur l'organisation des prises en charge en amont et en aval de l'hospitalisation favorisant la prévention, la réhabilitation et le maintien à domicile

Une forte dynamique existe autour des soins primaires pour favoriser le bien-être et le maintien d'un bon état de santé et de bien-être autour des *community based services*.

Un programme de sortie de l'hôpital est assuré par une coordination de l'ensemble des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour favoriser le retour à domicile le plus précoce. Il existe des programmes dits de *community rehab* et d'*enhanced care*, des équipes spécialisées intervenant de manière rapide pour assurer un maintien ou un retour à domicile avec un équipement adapté.

Dans cette dynamique, l'hospitalisation à domicile se développe fortement pour les soins spécialisés nécessitant un traitement aigu.

Améliorer l'accès aux soins par le développement de la santé connectée

La multiplication de programmes de suivi connecté des maladies chroniques pour gagner du temps médical

29 % des Écossais adultes sont aujourd'hui concernés par l'hypertension artérielle, cela représente environ 1,2 million de consultations médicales par an pour le suivi de cette maladie chronique parfois pour de simples mesures de pression artérielle. Le programme *Connect me* permet un parcours de prise en charge digitalisé et connecté pour un suivi de maladies chroniques comme l'hypertension artérielle, le diabète, ou encore l'asthme. Le suivi régulier de constantes par télésurveillance a permis d'économiser près de 250 000 consultations, soit 20 % de gain de temps médical avec un niveau de qualité au moins égal.

LE SYSTÈME DE SANTÉ ÉCOSAIS A FAIT LE CHOIX DE PRIVILÉGIER UNE ORGANISATION ET UNE PLANIFICATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PILOTÉES PAR UN ÉTAT STRATÈGE ET FINANCEUR

Développer la téléconsultation avec le programme Near Me pour répondre aux problématiques d'accès aux soins et limiter l'empreinte carbone du système de santé

Le programme *Near Me* facilite l'accès aux soins dans les régions rurales d'Écosse, en particulier pour le public cible du patient connecté acteur de sa santé. C'est ainsi qu'en 2022, 440 000 téléconsultations ont été réalisées

économisant environ 100 millions de kilomètres et 29 366 tonnes de CO₂ correspondant à la qualité maximale de CO₂ que 49 000 personnes devraient générer par an pour enrayer le réchauffement climatique.

Un schéma organisationnel gradué du non-programmé

Les GP's assurent les rendez-vous urgents programmés sur la journée, mais également une permanence des soins la nuit à l'image des « *GP's out of hours centre* », ouverts de 18h30 à 8h00 en semaine et toute la journée le week-end et les jours fériés.

Les services d'urgence sont accessibles à 75 % après orientation par un médecin généraliste mais également par le numéro d'appel d'urgence *NHS 24*, l'équivalent de notre Service d'accès aux soins. Malgré cette régulation, un certain nombre de patients viennent tout de même par leurs propres moyens. Les services d'urgence sont gradués avec plusieurs niveaux de réponses et d'organisation :

- 60 « Minor Injuries Units » : le plus souvent au sein d'un hôpital, mais cela peut être également un centre de santé avec des GP's ou Infirmiers de pratique avancée dirigeant le service comme nous y reviendrons dans le focus ;

- 30 « Major Emergency département », ouvert 24 heures sur 24 avec des médecins urgentistes séniors.

Une régulation forte du non-programmé avec un objectif « le bon soin au bon endroit »

L'accès aux soins spécialisés non programmés est soumis à une régulation, le *NHS 24*, un des sept services de santé spécialisés du *NHS Scotland*. Il s'agit d'une plateforme digitale de services de santé qui délivre à travers plusieurs plateformes des conseils par rapport à son état de santé.

Deux numéros d'appel téléphonique pour l'urgence en fonction de la graduation sont ensuite accessibles :

- Le 111 pour les urgences non vitales, par exemple si on est trop malade pour aller voir son médecin généraliste ou son dentiste. Il traite 1,5 million d'appels par an avec une réorientation de l'ordre de 10 % vers les urgences. Cette régulation téléphonique repose en première intention

sur des professionnels non soignants qui donnent des conseils médicaux, sans remplacer le médecin, en orientant sur des protocoles permettant au patient de s'auto-évaluer avec une marche à suivre ;

- Le 999 pour les urgences vitales avec un service de soins critiques préhospitalier de type SMUR se répartissant en 4 zones avec les moyens adaptés, notamment l'hélicoptère.

3. QUELLES INSPIRATIONS POUR UNE POSSIBLE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

La sacralisation d'une porte d'entrée pour une régulation efficace

Le système de santé britannique a toujours mis le médecin généraliste comme porte d'entrée du système, certes avec une adaptation aujourd'hui aux attentes d'exercice des professionnels avec un fonctionnement de plus en plus généralisé sous forme de cabinets de groupe. Le non-programmé a toujours été au cœur de cette organisation pour les médecins généralistes limitant la tentation des patients d'une orientation non coordonnée vers l'hôpital

et les services d'urgence, puisque bénéficiant d'une réponse hors horaires ouvrables.

Le système de santé écossais est organisé avec une planification et des règles de fonctionnement permettant de lutter mécaniquement contre le consumérisme médical. À l'exception de l'urgence vitale, un patient se rend dans un cabinet de médecine générale ou dispose d'un numéro d'appel pour organiser son parcours de soins non programmé, avec des prises de rendez-vous par exemple.

LE SYSTÈME DE SANTÉ ÉCOSSAIS EST ORGANISÉ AVEC UNE PLANIFICATION ET DES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT PERMETTANT DE LUTTER MÉCANIQUEMENT CONTRE LE CONSUMÉRISME MÉDICAL

Préférer une planification stratégique pluriannuelle à la succession de mesures dans le cadre de la gestion de crise

Dans une époque où tout s'accélère, l'immédiateté prend le pas sur le temps long. Cela alimente la théorie d'une action publique inefficace, empêtrée à construire une réponse soudaine en réponse à la dernière crise médiatique du moment. Cela ne constitue pas une stratégie et un programme d'action cohérents.

Le système de santé écossais a fait le choix d'une planification stratégique claire et pluriannuelle, à l'image des réformes des systèmes de santé scandinaves, qui se sont déroulées sur plus de dix ans. Elle est mise en œuvre avec des programmes investis sur un horizon de long terme comme *NHS 24*, *Near me* ou *Connect Me*.

La mutation du système de santé est en cours, les résultats de court terme ne sont pas parfaitement visibles, il faut faire preuve de patience, jusqu'à l'arrivée des résultats de long terme plus probants, qui permettront de redonner confiance en l'action publique.

Une véritable délégation de tâches et de compétences pour repenser le système de santé

Un contexte de pénurie de ressources impose de repenser nos organisations et concentrer les ressources à haute valeur ajoutée sur les cas les plus importants et sensibles. Le système de santé écossais a fait le choix d'une organisation qui repose sur la confiance avec des délégations de tâches et de compétences à des acteurs formés, responsables, et encadrés efficacement. L'exemple des « *Minor Injuries Unit* » dirigées par des infirmiers portant un stéthoscope illustre parfaitement cette révolution des métiers et des



responsabilités pour une meilleure réponse aux besoins de santé.

Le patient acteur de sa santé pour développer les enjeux de prévention

L'une des grandes révolutions de l'ensemble des systèmes de santé mondiaux est probablement la place du patient dans son rapport à sa santé et aux professionnels de santé. Ce dernier est de plus en plus informé et souhaite devenir logiquement un acteur libre et rationnel, gérant son capital santé.

C'est une opportunité majeure pour développer efficacement nos politiques de prévention par une meilleure appréhension et gestion des déterminants de santé de chaque individu.

Le débat est extrêmement focalisé aujourd'hui sur l'efficacité du système de santé pour guérir,

 **FOCUS**


L'EXEMPLE DU WESTERN GENERAL HOSPITAL OF EDIMBURGH : UN EXEMPLE INNOVANT D'UNE UNITÉ DÉDIÉE AUX PETITES BLESSURES ET TRAUMATISMES, GÉRÉE EXCLUSIVEMENT PAR DES INFIRMIERS SPÉCIALISÉS

Une « Minor Injuries Unit » (MIU) au sein du Western General Hospital of Edimburgh coordonnée par des infirmiers spécialisés dans l'urgence, portant même un stéthoscope.

La MIU prend en charge 20 000 patients par an avec un objectif : le bon soin au bon endroit. L'accès au MIU est possible strictement par rendez-vous après avoir appelé le 111 (les urgences non vitales). On peut être pris en charge sur place ou en téléconsultation. L'infirmier évalue les blessures, propose des conseils de prise en charge et un traitement avec l'objectif de pouvoir poursuivre sa guérison à domicile en s'appuyant sur le réseau des pharmacies locales.

La cible des patients pris en charge : fatigue, traumatismes faciaux légers, entorses, luxations, plaies, blessures superficielles de l'œil, morsures d'insectes et piqûres...

En quelque sorte, un centre d'accueil et de soins non programmés géré par des infirmiers au cœur de l'hôpital accessible sur régulation et prise de rendez-vous obligatoire.

accéder à un professionnel de santé rapidement, disposer du meilleur parcours de soins et du meilleur plateau technique.

Mais développer les bons comportements de santé est tout aussi essentiel, les patients sont demandeurs et c'est une formidable opportunité d'améliorer rapidement et concrètement les indicateurs de santé publique des populations.

Gagner du temps médical grâce à l'innovation du digital et de la santé connectée

Le système de santé écossais a clairement mis en œuvre des programmes permettant de gagner du temps médical précieux grâce à la construction de parcours digitaux et connectés pour les malades chroniques. Cela évite ainsi des rendez-vous médicaux peu pertinents tout en préservant une qualité et une sécurité de prise en charge des patients.

La transition écologique, une opportunité de transformation de notre système de santé

Dans un système de santé en mutation, la transition écologique constitue un vecteur majeur de changement. Au cœur de ces enjeux de transformation des systèmes de santé, il est essentiel de s'interroger sur la santé environnementale en questionnant la pertinence de nos parcours et l'organisation de notre système de santé vers une transition écologique. Les téléconsultations, la télésurveillance, l'intelligence artificielle sont autant d'outils permettant au patient acteur de sa santé et responsable d'aller au plus juste soin dans l'intérêt de la communauté et diminuer ainsi notre bilan carbone pour préserver l'avenir de notre planète. ■

L'

épreuve de la pandémie de la Covid-19, dont les stigmates sont encore fort présents, a été une occasion de plus de prouver la résilience du Maroc. En effet, nonobstant les répercussions sanitaires de la pandémie, les aspects de la vie économique et sociale ont été menés à rude épreuve, mettant en exergue la fragilité des ménages face aux dépenses de la santé, souvent non prévues et surtout pesant lourdement sur le budget des familles.

Et c'est en réponse à ces défis économiques et sociaux que le Maroc a lancé une véritable révolution, celle de la Protection sociale, notamment la généralisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Initiée par notre souverain, avec une vision à très long terme, la protection sociale au Maroc est un continuum d'une démarche menée depuis des années, notamment par la mise en place du Régime d'assistance médicale pour les économiquement défavorisés (RAMED) en 2012, qui a été un premier pas vers une couverture plus large, en fournissant des soins gratuits aux plus vulnérables.

Abordant une approche progressive et concertée, visant à garantir un accès équitable et durable aux soins de santé pour l'ensemble de la population, la généralisation de la CSU au



PAR
ABDELAZIZ ALAOUI
PRÉSIDENT DE LA
CAISSE MUTUALISTE
INTERPROFESSIONNELLE
MAROCAINE (CMIM)

LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU MAROC : LA RÉSILIENCE

Maroc s'est imposée pour consolider les acquis et relever les défis persistants en termes de financement, de gouvernance et de qualité des services.

Ainsi, pour mener ce projet de la protection sociale, en général et de la généralisation de la CSU en particulier, le Maroc a opté pour une approche holistique où tous les intervenants sont mis à contribution, notamment dans le cadre du Nouveau modèle de développement (NMD) et de la loi-cadre n° 09.21. Plusieurs réformes ont été mises en place, à commencer par l'intégration de l'ensemble de la population dans le régime général de couverture santé. Cela a impliqué la mise en place d'une législation sans précédent, incluant les travailleurs indépendants et les professions libérales, et surtout uniformisant le système pour tous, travailleurs du secteur public et du secteur privé.

Sur un autre volet, la généralisation de la CSU a assurément augmenté les demandes de soins, auxquelles le système de santé devait non seulement répondre favorablement, mais aussi avec un niveau de qualité élevé, en desservant l'ensemble du territoire marocain.

Ainsi, on a assisté à la création de la Haute Autorité de santé, prévue pour améliorer la gouvernance et la régulation du système de santé. Cette institution a pour mission de superviser l'application des réformes et d'assurer la qualité des services de santé. Qualité qui passe forcément par un fort investissement dans les ressources humaines du secteur de la santé, une réorganisation du parcours de soins et la digitalisation du système de santé.

Dans un esprit d'équité d'accès aux soins, notamment pour les populations les plus vulnérables, un « panier de soins évolutif » est en train d'être élaboré pour répondre favorablement aux besoins

de la population.

La réforme de santé englobe également un effort indéniable de prévention et d'éducation à la santé, pour renforcer la résilience du système face aux crises sanitaires et promouvoir une meilleure santé. En somme, la réforme du système de santé au Maroc, en lien avec la généralisation de la CSU, représente un effort ambitieux pour recréer le paysage sanitaire du pays, tout en s'alignant sur les objectifs de développement durable.

En totale adéquation avec le nouveau modèle de développement (NMD), lancé en 2020, plusieurs mesures ont été entreprises pour renforcer les capacités du système de santé, notamment :

LA GÉNÉRALISATION DE LA CSU AU MAROC S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE DE RÉFORME GLOBALE DU SYSTÈME DE SANTÉ, PORTÉE PAR UNE VOLONTÉ POLITIQUE FORTE ET UN PLAN D'ACTION AMBITIEUX

– Un budget, alloué à la santé, augmenté de 30 % entre 2021 et 2022, pour atteindre 7 % du PIB en 2025 ;

– La construction et la rénovation d'infrastructures hospitalières, en visant à établir un Centre hospitalier universitaire dans chacune des 12 régions ;

– L'amélioration de la gouvernance et de la régulation du système de santé ;

– Le renforcement du rôle du Conseil national de la santé, instance de concertation et de dialogue ;

– Le développement de l'offre de soins, notamment les soins de santé primaires avec la construction de 3 000 nouvelles unités de proximité d'ici 2026 ;

– La modernisation et la mise à niveau des hôpitaux publics avec un investissement sur 5 ans de 23 milliards de dirhams (2,1 milliards d'euros) ;

– L'augmentation du nombre d'étudiants en médecine et en sciences infirmières de 30 % entre

2021 et 2022 ;

– L'amélioration des conditions de travail et de la rémunération des personnels de santé ;

– La formation continue et développement des compétences.

Cet élan d'engagement et de solidarité envers le peuple marocain, initié par notre souverain et mis en place par le gouvernement, ne saurait être sans l'engagement total et inconditionnel des acteurs privés et de la société civile, notamment à travers le partenariat public-privé (PPP).

Nous ne pouvons nier que le secteur privé des soins joue un rôle complémentaire et novateur dans la réforme du système de santé marocain. Le secteur privé de santé apporte une offre de soins plus étoffée et de qualité, ce qui permet de non seulement participer aux soins, mais aussi d'y faciliter l'accès par un déploiement géographique, à travers tout le royaume. Il supplée ainsi au système de santé publique, et surtout permet de l'alléger en désengorgeant les listes d'attente.

En effet, ce partenariat est une aubaine pour la réforme du système de santé. En mobilisant des ressources financières pour la construction et la rénovation d'infrastructures hospitalières et de santé publique, le secteur privé participe fortement à la mise en place des capacités nécessaires pour répondre aux besoins de la population, tout en favorisant l'accès aux soins sur tout le territoire marocain.

Le secteur privé met aussi à contribution son expertise pour faciliter l'accès aux soins et pour améliorer la gestion des services de santé, optimisant ainsi les processus de soins et augmentant la performance des établissements de soins, et contribue favorablement à la professionnalisation du système de santé national. Il faut aussi relever que ce PPP a été jusqu'à confier certaines missions de gestion et d'exploitation des services de santé au secteur privé. Cela permet de bénéficier



de l'expertise du secteur privé, tout en garantissant un cadre de régulation par l'État.

En créant un cadre incitatif et sécurisé pour l'investissement privé dans le secteur de la santé, les PPP permettent de mobiliser des ressources complémentaires aux financements publics. Cela favorise l'innovation et l'émergence de solutions adaptées aux besoins locaux. En somme, le PPP est un outil pertinent pour accompagner la réforme du système de santé marocain dans le cadre de la généralisation de la CSU. En combinant les atouts des secteurs public et privé, il contribue à améliorer l'accès, la qualité et la durabilité des services de santé offerts à la population.

Enfin, le secteur privé de santé participe à l'effort de formation des professionnels de santé à travers des programmes de stages, la formation continue, et aussi dans le domaine de la prévention et de la recherche scientifique, leviers de souveraineté médicale.

À ce titre, il convient de rappeler la place accordée à la recherche scientifique, axe prioritaire de la réforme du système de santé marocain. Notamment à travers les programmes de prévention et de promotion de la santé, ciblant les principaux déterminants de santé (alimentation, activité physique, tabac, etc.), des incitations fiscales et

**“DEPUIS LA
PANDÉMIE DE
LA COVID-19,
LE MAROC
NE CESSE DE
RENFORCER SON
POSITIONNEMENT
DANS L'ÉCONOMIE
DU SAVOIR ET DE
LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE.”**

financières pour encourager la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé et un plan d'encouragement de la recherche en pharmacologie et dans l'industrie pharmaceutique nationale est en cours d'élaboration.

Depuis la pandémie de la Covid-19, le Maroc ne cesse de renforcer son positionnement dans l'économie du savoir et de la recherche scientifique. Cette orientation émane d'une efficience à développer des solutions aux défis sanitaires, mais aussi économiques et sociaux.

En adoptant la loi-cadre n°51-17, le Maroc affiche son ambition d'intégrer la recherche dans le système éducatif et à promouvoir son développement. Cette intégration annonce forcément l'amélioration des infrastructures de recherche, un soutien aux efforts de recherche et de renforcer la coopération entre les différentes institutions.

Il en est de même de l'intelligence artificielle (IA) qui est de plus en plus intégrée au Maroc de manière générale et dans le système de santé en particulier, où elle joue un rôle clé dans le diagnostic, le suivi des patients et la gestion des données de santé, facilitant ainsi l'accès aux soins et la personnalisation des traitements.

L'IA est également utilisée pour soutenir la recherche scientifique, en permettant l'analyse de grandes quantités de données et en facilitant la modélisation de scénarios complexes. Cela ouvre des perspectives pour des recherches plus approfondies et des innovations dans le domaine de la santé.

L'objectif est de renforcer la souveraineté sanitaire du Maroc en développant des solutions adaptées aux besoins de la population, en valorisant les compétences et les ressources nationales. Et la recherche scientifique et l'intelligence artificielle sont des leviers stratégiques pour tirer le système de santé vers son amélioration tout en favorisant la généralisation de la CSU.

En conclusion, la généralisation de la CSU au Maroc s'inscrit dans une dynamique de réforme globale du système de santé, portée par une volonté politique forte et un plan d'action ambitieux. Le secteur privé et la recherche scientifique sont

des leviers essentiels pour relever ce défi majeur d'équité et de qualité des soins pour tous les citoyens.

Le volet des ressources humaines constitue lui aussi un axe prioritaire de la généralisation de la CSU au Maroc, en reconnaissant la nécessité d'y investir massivement.

En effet, le Maroc a décidé d'investir dans la formation et le recrutement de professionnels de santé, en réponse à la demande croissante en soins. À cet effet, une réforme de la formation initiale des médecins a été adoptée et des mesures de fidélisation et de rétention des professionnels de soins ont été adoptées.

Un point d'honneur a aussi été mis sur la formation continue pour faire accéder les professionnels de santé à un savoir plus pointu et surtout en constante mouvance liée à l'évolution des pratiques de soins et la révolution de l'IA.

En parallèle, des mesures de valorisation et de reconnaissance des professionnels de santé ont été adoptées pour leur offrir de meilleures conditions de travail, des incitations financières et une reconnaissance des compétences et des contributions des professionnels de santé dans le cadre de la CSU.

Bien que le projet de la généralisation de la CSU au Maroc ait été activé et mis en place avec une feuille de route très courte, ses ambitions touchent plusieurs domaines et acteurs. Cette réalisation, à quelques mois de l'échéance de décembre 2025, est une performance qui dénote de la réalisation des systèmes qui y contribuent, de l'approche globale et inclusive dans laquelle elle s'inscrit, et surtout de l'esprit solidaire et engagé d'un peuple qui aspire à son épanouissement.

Il est indéniable que les impacts de ce projet sont importants et nécessitent de faire face à plusieurs défis, identifiés ou à venir. Toutefois, sous l'égide d'un roi visionnaire, avec la résilience et la solidarité de toutes les sphères, économiques, sociales et politiques, le projet de la généralisation de la CSU s'inscrit dans la voix de la performance sans rien lâcher à l'humain et au social. ■



PAR
MARIE CHABAUD
 DIRECTRICE DE CABINET ET DE LA
 VIE INSTITUTIONNELLE
 D'UNÉO, BIEN PLUS QU'UNE
 MUTUELLE

VENUM OU LA FIN DE L'ÂGE D'OR DE L'ASSU- RANCE ?

Venum, c'est le nom d'un mouvement de MMA (Mixed martial arts), le premier du genre à se développer réellement en France. Le sport de combat où tous les coups sont permis prend donc assise chez nous. Qualifié de « sport sanglant, brutal et répugnant » dans les années 90, quasiment interdit pendant plusieurs années sur le territoire américain, il fait désormais des records d'audience partout dans le monde et attire de plus en plus d'investisseurs.

Certains y voient un sport, d'autres un spectacle... J'y vois l'appétence aux risques d'une nouvelle génération.

Le seul fait de rentrer dans « la cage » force le respect des spectateurs tant les accidents sont fréquents. Ceux qui le pratiquent se mettent donc délibérément en risque ; ceux qui le regardent acceptent l'éventualité de la blessure ou de la mort d'un des combattants. Pour les deux, le risque

corporel est une réalité assumée voire recherchée.

Bien entendu, l'engouement pour le combat au corps à corps n'est pas le seul marqueur de la modification de l'appétence aux risques que nous connaissons aujourd'hui. Cette tendance connaît bien d'autres révélateurs. *No rules. No kids. No retirement...* Vivre sans enfants, ne plus chercher de CDI, ne plus être salarié d'une entreprise d'ailleurs et devenir son propre patron, légaliser un sport dont les règles n'empêchent qu'à demi-mot de crever les yeux de son adversaire : tout cela procède, selon moi, du même courant. Une frange de la population trouve le confort ou le divertissement en dehors des schémas traditionnels et plutôt dans un « instant présent » fort et souvent violent. Elle s'identifie aux protagonistes de Squid game, Battle Royale ou encore Hunger Games. Elle ne se projette pas et la mort fait partie du jeu. N'est-ce pas une forme de résurgence avec de multiples acceptions du mouvement punk des années 70 où le *No future* pouvait être une philosophie de vie ? Aujourd'hui, cela ne deviendrait-il pas un mode de vie ?

Quel est le rapport avec notre secteur d'activité me demanderez-vous ? Eh bien, l'assurance est fondée sur deux principes indissociables : anticiper l'aléa et s'inquiéter des conséquences de l'aléa.

Et quand on n'a rien à perdre, même pas le pari de l'avenir, pourquoi s'assurer ?!

Si l'agilité de nos entreprises assurantielles est chahutée régulièrement par les réglementations, la hausse des prestations dans tous les domaines, le ralentissement des rendements des marchés ou simplement par l'inflation (nous sommes si résilients !), elle connaît aussi peut-être aujourd'hui un obstacle inédit : l'inversion de la courbe de l'aversion aux risques.

Le secteur de l'assurance a peut-être dépassé le point le plus élevé de la gaussienne. Sans nouveau marché, ni nouveaux produits, ni nouveaux clients averses aux risques... La stratégie des acteurs ne peut qu'imaginer se déplacer vers de nouveaux métiers. ■

N

otre société a fait le choix depuis longtemps de protéger les salariés dans l'incapacité partielle ou totale de se procurer des revenus par leur travail. Les risques ont évolué avec le temps, mais l'enjeu de protection reste le même. Et, comme par le passé, ceux qui sont le mieux placés pour l'adresser, ce sont les salariés et les employeurs eux-mêmes. La dynamique des accords de branche montre d'ailleurs combien il s'agit d'un sujet clé de la négociation collective.

Une hausse de 3 % par an au cours des 10 dernières années, 8,9 millions d'arrêts indemnisés en 2023, près d'un salarié sur deux qui s'est mis au moins une fois en arrêt de travail... Ces chiffres donnent le vertige. Et expliquent que la question des arrêts maladie soit devenue un sujet central, pour les gestionnaires comme pour les politiques. Mais commençons par un point positif : notre système à deux étages, même s'il est perfectible, évite aux salariés concernés de faire face à des problèmes financiers. Ce qui est vrai pour l'incapacité de travail, l'est aussi pour l'invalidité et le décès. Ces risques, à l'origine même de la création des systèmes de protection sociale, ne seraient que très imparfaitement couverts sans les contrats collectifs de prévoyance qui méritent toute notre attention.

LA PRÉVOYANCE, UN SUJET D'ENTREPRISE

La prévoyance est et doit demeurer un enjeu central. Pour cela, il est nécessaire de comprendre ce qu'elle est mais aussi, ce qu'elle n'est pas. La prévoyance s'avère d'abord clairement un sujet d'entreprise. Depuis toujours, l'objet des

PREVOYANCE : LE SUJET DE DIALOGUE SOCIAL PAR EXCELLENCE !

garanties est d'éviter au salarié de cumuler problèmes de santé et pertes de revenus. C'est l'esprit de la prévoyance depuis les premiers régimes instaurés par Colbert jusqu'à celui de la Sécurité sociale que nous connaissons aujourd'hui.

Et c'est même ce qui donne naissance à ces modalités de protection sociale : l'objet de la prévoyance est bien de compenser l'incapacité ponctuelle, durable ou définitive dans laquelle se trouve la personne de bénéficier d'un revenu par son activité.

Conçue pour protéger le travailleur, la prévoyance protège aussi l'entreprise. La sécurité apportée au salarié permet à l'employeur d'avoir du personnel en meilleure santé et donc plus productif. Cette assurance lui évite par là même de devoir assumer financièrement des situations difficiles comme un accident grave ou un décès. Enfin, la prévoyance joue un rôle préventif : un salarié qui peut se consacrer pleinement à sa convalescence réduit les risques pour sa santé à moyen et long terme.

PAR
**MARIE-LAURE
DREYFUSS**
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE
DU CTIP



En revanche, la prévoyance n'a rien d'une assurance de confort ou d'une assurance de court terme. Elle couvre le risque lourd, celui qui peut exclure de la condition commune et faire basculer une existence. La prévoyance est donc aussi un enjeu de société, protéger de façon optimale contre ces risques, ceux qui créent de la richesse, c'est aussi protéger la pérennité des entreprises et l'avenir du pays.

LA PRÉVOYANCE, UN SUJET TABOU

Oui, vous avez bien lu : tabou ! Le reproche le plus souvent fait aux acteurs de la prévoyance collective est de ne pas assez communiquer, de ne pas assez informer sur la prévoyance. C'est évidemment faux. D'abord parce que les institutions de prévoyance respectent leurs obligations légales de fournir une notice d'information à tous les salariés concernés. Et ensuite, parce qu'elles s'efforcent de faire comprendre ce qu'est la prévoyance en toute occasion. De son côté, le CTIP édite et réédite régulièrement des guides de la prévoyance

collective pour expliquer et aider à comprendre l'univers de la prévoyance : les aspects légaux mais aussi le fonctionnement des différentes garanties. Donc, le sujet n'est pas un défaut d'information. Le véritable sujet réside dans la difficulté à envisager le pire. Aucun salarié n'ira spontanément se renseigner sur le capital décès pour sa famille ou sur le revenu dont il disposerait en cas d'invalidité. Même si l'entreprise fait l'effort d'acculturer le salarié au moment de son entrée en fonction, les chances que celui-ci s'intéresse à la question sont minces et cela est tout à fait compréhensible. C'est pourquoi ce risque ne peut être laissé à la seule charge de la personne. Les biais psychologiques, comme l'évitement, sont tels qu'un individu prendra rarement l'initiative de réfléchir aux conséquences de son propre décès. De plus, entre en ligne de compte la préférence pour le présent qui conduit beaucoup d'entre nous à éviter ce type d'assurance au prétexte de son prix. Ce n'est donc pas la pédagogie sur les risques ou les garanties qui est en cause mais notre aversion tout humaine au risque, surtout lorsque celui-ci est important et difficile à appréhender. D'où l'intérêt de traiter cette question au bon niveau, à savoir celui des groupes humains.

LA PRÉVOYANCE : COLLECTIVE AVANT TOUT

Le caractère collectif de la prévoyance s'explique ainsi, en partie du moins, par cette incapacité de l'individu à embrasser des risques aussi lourds. Mais il provient aussi du fait que la prévoyance est avant tout un sujet de préoccupation pour l'entreprise. Lorsque des femmes et des hommes s'investissent dans leur travail, il est logique que l'employeur et ses collaborateurs se concertent sur la meilleure façon de se protéger des risques de la vie. C'est d'ailleurs comme

ça que tout a commencé : les premiers systèmes de prévoyance créés par les compagnons au Moyen-Âge avaient cet objectif. C'est pourquoi il faut bien distinguer la prévoyance d'autres couvertures à caractère individuel pour des risques proches. Le choix d'un individu de se protéger dans une situation ordinaire est dicté par son quotidien au sens large et ses intérêts personnels. En revanche, la prévoyance va au-delà de l'intérêt individuel et repose sur une dynamique collective. Elle s'appuie sur l'engagement mutuel du groupe à s'entraider. Ce n'est pas pour rien que les premiers régimes étaient gérés dans des sociétés dites de secours mutuel. Cet engagement commun est aussi la condition à la mutualisation qui permet de répartir le financement du risque entre tous les membres du groupe plutôt que de le faire peser sur le seul individu. Or, en matière de prévoyance, ce choix est fondamental. Car les risques encourus sont rares – heureusement – mais les conséquences pour les individus et leurs familles sont considérables. Les ressources à mobiliser sont également importantes. En la matière, comme souvent, l'union fait la force.

LA PRÉVOYANCE : LE SUJET DES PARTENAIRES SOCIAUX

Son caractère collectif conjugué à son importance pour l'entreprise font de la prévoyance l'un des sujets essentiels de la négociation collective. Qui est le mieux placé pour définir une garantie suffisamment protectrice que celui qui en bénéficie ? Quels meilleurs connaisseurs des conséquences potentielles d'une incapacité, une invalidité ou un décès que ceux qui côtoient tous les jours les salariés ? Quel meilleur moyen de créer du collectif que de bâtir ensemble un système de mutualisation des risques ? Depuis toujours, ce sont les acteurs de terrain, ceux qui vivent le travail au quotidien, qui ont donné naissance à des systèmes de protection sociale. Pourquoi en serait-il autrement aujourd'hui ? Alors même que chaque métier, chaque profession est devenue plus complexe et fait face à des enjeux spécifiques ? Dans les grandes branches, la question ne se pose plus : elles discutent, négocient et mettent en œuvre des garanties correspondant parfaitement aux spécificités du

secteur. Elles sont capables aussi de sortir de leur cadre habituel lorsque les circonstances le justifient. Le cas de la métallurgie est particulièrement révélateur. L'accord signé en 2023, en prévoyant une couverture semblable pour tous les salariés indépendamment de leur statut cadre ou non-cadre, montre le chemin que prennent actuellement les partenaires sociaux dans la majorité des branches. Ils dépassent le cadre existant pour permettre à de plus en plus de salariés d'être mieux protégés. La réduction du nombre de branches, en favorisant la recherche de compromis plus large, va dans ce sens.

Grâce au dynamisme de la négociation au sein des branches comme des entreprises, la couverture prévoyance des salariés est en constante évolution de manière à intégrer les nouvelles attentes des salariés et des entreprises, les nouveaux risques et bien sûr les évolutions du monde du travail. ■

LA PRÉVOYANCE EST DONC AUSSI UN ENJEU DE SOCIÉTÉ, PROTÉGER DE FAÇON OPTIMALE CONTRE CES RISQUES, CEUX QUI CRÉENT DE LA RICHESSE, C'EST AUSSI PROTÉGER LA PÉRENNITÉ DES ENTREPRISES ET L'AVENIR DU PAYS





PRÉSERVONS L'IDENTITÉ ET LES VALEURS DES PROFESSIONS LIBÉRALES DANS UN MONDE EN MUTATION

PAR

CHRISTOPHE SANS
PRÉSIDENT DE L'UNION NATIONALE DES
PROFESSIONS LIBÉRALES (UNAPL)

L'Union nationale des professions libérales (UNAPL), que j'ai l'honneur de présider, représente depuis 1977 une communauté de 3 millions d'actifs, regroupant 68 organisations syndicales dans les secteurs de la santé, du droit, du technique et cadre de vie. Le secteur libéral, avec plus de 300 000 créations d'entreprises chaque année, est un pilier de notre économie. Pourtant, malgré leur dynamisme, les professions libérales peinent à obtenir la reconnaissance qu'elles méritent, tant sur le plan économique que social.

Et pour cause, les professions libérales en France sont confrontées à des transformations profondes. Des enjeux se posent pour préserver les notions d'indépendance et de responsabilité dans nos métiers. Ces valeurs sont le cœur de notre identité, pourtant, elles sont mises à l'épreuve dans un contexte où les évolutions technologiques, économiques et législatives redéfinissent les contours mêmes de ce que signifie être un professionnel libéral. Dans le cadre de la poursuite de nos réflexions sur la notion d'identité des professions libérales, nous avons organisé, le 8 octobre dernier, un colloque portant sur l'avenir des professions libérales, sur l'indépendance, la responsabilité, mais aussi le lien de subordination.

L'INDÉPENDANCE : UNE VALEUR MENACÉE ?

L'indépendance est sans aucun doute la valeur la plus précieuse de nos professions. Cette quête d'autonomie, que partagent 98 % des professionnels libéraux selon une étude menée par l'UNAPL et Harris interactive en 2021, nous permet d'exercer notre métier avec passion et conviction. Organiser notre temps de travail, gérer nos cabinets,



servir nos clients et patients sans être soumis à une hiérarchie, c'est ce qui fait la particularité et la noblesse de nos métiers. Pourtant, cette indépendance peut être fragilisée.

L'essor des plateformes numériques, la financiarisation de nombreux secteurs, notamment celui de la santé, et les nouvelles formes d'organisation du travail, comme l'auto-entrepreneuriat, interrogent cette indépendance. Bien que ces transformations puissent sembler offrir plus de liberté, elles engendrent souvent une dépendance économique. Les professionnels intégrés à des réseaux, ou travaillant pour des plateformes, risquent de perdre la maîtrise de leur activité. Le salariat déguisé, sous quelque forme que ce soit, est une menace contre laquelle nous devons lutter avec vigueur.

LA RESPONSABILITÉ, UNE BOUSSOLE ÉTHIQUE

En tant que professionnels libéraux, nous portons une responsabilité particulière envers nos clients et nos patients. C'est une autre valeur qui fait l'essence même de nos métiers. Nous nous engageons à délivrer des prestations de qualité, dans le respect de règles déontologiques strictes. Que ce soit le secret professionnel, la loyauté ou encore le respect des engagements, ces principes constituent notre boussole éthique.

Mais la responsabilité ne s'arrête pas à l'individu, elle touche aussi nos organisations. Dans un monde marqué par la complexification des services, le développement du numérique et l'évolution rapide des attentes des consommateurs, nous devons continuer à adapter notre vision de la responsabilité. Cette adaptation est nécessaire

pour intégrer les innovations tout en garantissant que la qualité et l'éthique des prestations restent inchangées.

LE LIEN DE SUBORDINATION : UNE LIGNE ROUGE

L'un des fondements de l'exercice des professions libérales est l'absence de lien de subordination. En tant qu'entrepreneurs indépendants, nous devons préserver cette liberté de choix et d'organisation. C'est une ligne rouge infranchissable.

Cependant, l'émergence de nouveaux modèles économiques, basés sur la collaboration avec des plateformes numériques, remet parfois en question cette frontière. Jusqu'où un professionnel peut-il être libre si sa principale source de revenus dépend d'une plateforme ou d'un seul client ?

Ces nouveaux modèles appellent à une réflexion approfondie. Les législateurs, les administrations et même la justice doivent accompagner les professions libérales et l'UNAPL dans cette réflexion pour garantir un environnement juridique clair. Le cadre législatif doit être adapté pour mieux intégrer cette réalité.

REDÉFINIR NOTRE IDENTITÉ

L'identité des professions libérales a toujours évolué. En 2012, après des années de mobilisation, notre secteur a enfin obtenu une définition juridique grâce à la loi Warsmann. Cette définition repose sur les principes d'indépendance, de responsabilité, et d'un exercice professionnel libre de tout lien de subordination. Pourtant, cette définition ne suffit plus à embrasser la diversité des évolutions que nous connaissons aujourd'hui.

L'ESSOR DES PLATEFORMES NUMÉRIQUES, LA FINANCIARISATION DE NOMBREUX SECTEURS, NOTAMMENT CELUI DE LA SANTÉ, ET LES NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL, COMME L'AUTO- ENTREPRENEURIAT, INTERROGENT CETTE INDÉPENDANCE



La montée en puissance de l'auto-entrepreneuriat, par exemple, a transformé le profil économique et sociologique de nos professions. Plus de la moitié des nouvelles entreprises libérales sont désormais créées sous ce régime, souvent par d'anciens salariés en quête d'indépendance. Cette évolution, tout en étant bénéfique pour l'emploi, redéfinit en profondeur ce que signifie être un professionnel libéral.

Sur le plan européen, la nécessité d'une définition élargie des professions libérales est également en débat. La directive « qualifications », qui encadre nos métiers, doit s'adapter à l'apparition de nouveaux métiers non réglementés. Cette adaptation est indispensable si nous voulons préserver l'esprit de notre secteur tout en l'ouvrant à la modernité.

PRÉPARER L'AVENIR

Nous nous trouvons aujourd'hui à un tournant décisif. L'intelligence artificielle, la transformation numérique, la financiarisation et les attentes des jeunes générations sont autant de mutations qui interrogent l'avenir des professions libérales. Plus que jamais, nous devons réaffirmer notre engagement à défendre l'indépendance, la responsabilité et l'éthique qui font notre force.

L'UNAPL est plus mobilisée que jamais pour relever ces défis. Nous avons renforcé notre accompagnement des nouvelles générations, grâce à des conventions avec des acteurs de l'emploi et à la généralisation des Maisons des professions libérales (MPL). Celles-ci visent à offrir un lieu d'accueil, d'information et de mutualisation des ressources pour les porteurs de projets libéraux.

Nous plaidons également pour la création d'un environnement juridique clair, capable de protéger l'indépendance de nos professions tout en permettant une adaptation aux nouveaux défis. L'UNAPL, en tant que membre fondateur de l'U2P, continuera à défendre les intérêts des professionnels libéraux auprès des pouvoirs publics, et à

« NOUS PLAIDONS ÉGALEMENT POUR LA CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT JURIDIQUE CLAIR, CAPABLE DE PROTÉGER L'INDÉPENDANCE DE NOS PROFESSIONS TOUT EN PERMETTANT UNE ADAPTATION AUX NOUVEAUX DÉFIS »

proposer des solutions innovantes pour assurer l'avenir de notre secteur.

Plus que jamais, il est essentiel de protéger notre identité et de promouvoir un modèle qui allie indépendance, responsabilité et innovation.

Ce modèle doit également répondre aux attentes des jeunes générations, qui aspirent à plus de flexibilité et d'autonomie. Il est de notre devoir de les accompagner dans cette voie, tout en veillant à ce que les valeurs fondamentales de nos métiers soient préservées. Nous devons construire un corpus doctrinal, notamment vis-à-vis des professionnels libéraux non réglementés, adapté aux nouvelles aspirations des professionnels libéraux, des nouveaux modes d'organisation et des impacts de l'environnement.

Nous avons aujourd'hui l'opportunité de redéfinir notre place dans l'économie, et de réaffirmer notre rôle dans la société. Ensemble, avec les pouvoirs publics, les législateurs et les partenaires sociaux, nous pouvons construire un avenir où les professions libérales continueront à prospérer et à innover, tout en restant fidèles à leurs principes fondateurs. ■



LE RÈGLEMENT SUR L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (RIA) DU 13 JUIN 2024 A ÉTÉ PUBLIÉ AU JOUE LE 12 JUILLET. IL ENTRE EN APPLICATION, CONCERNANT LES SYSTÈMES D'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (SIA) INTERDITS, DÈS LE 2 FÉVRIER 2025 ET, POUR LES RÈGLES APPLICABLES À L'IA GÉNÉRATIVE, DÈS LE 2 AOÛT 2025 ; IL EST TEMPS POUR LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE DE CARTOGRAPHIER LEURS SIA DÉJÀ EN PLACE ET DE S'INTERROGER SUR LES CAS D'USAGE OÙ L'IA SE RÉVÉLERA « CAPACITANTE » DES AGENTS ET DÉCIDEURS.

LE RÈGLEMENT EUROPÉEN SUR L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE, UN LEVIÈRE DE PROGRESSION POUR LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

PAR
ÉLISE DEBIÈS
AVOCATE AU BARREAU
DE PARIS

Les avancées considérables de l'intelligence artificielle ne doivent pas obérer les risques globaux qu'elle fait peser sur la santé, la sécurité, l'environnement, l'exercice des droits et libertés fondamentaux. C'est précisément une approche fondée sur les risques, leur évaluation et leur remédiation, qu'adopte le RIA. Non pas les risques pour un individu, mais à l'échelle de groupes sociaux (ceux susceptibles de faire l'objet d'une discrimination du fait du biais algorithmique par exemple). Le non-respect des interdictions de pratique en matière d'IA sera passible, dès février 2025, d'une amende de 35 000 000 d'euros (ou 7 % du CA s'il s'agit d'une entreprise), soit plus que les actuelles sanctions de la CNIL dont le niveau a déjà été fortement rehaussé avec le RGPD (et qui pourront se cumuler avec les sanctions issues du RIA).

Les algorithmes et, lorsqu'ils deviennent « auto-apprenants », les SIA, reposent avant tout sur la fiabilité des données qui les alimentent. Données massives de qualité et approche globale des risques sont déjà des réalités pour les organismes de Protection sociale. L'appropriation progressive et décisive du Règlement européen pour la protection des données, qui a renforcé la culture numérique, responsabilisé les acteurs et accru la transparence sur les usages des données,



est un atout supplémentaire. Il s'agit maintenant de choisir les cas d'usage de l'IA pour l'amélioration du travail des agents, s'approprié ce règlement « produits » et comprendre, former, et exercer son esprit critique.

I. DES DONNÉES MASSIVES DE QUALITÉ

Nous avons en France l'atout d'une forte antériorité en matière d'usage d'algorithmes sur des données massives et de qualité, en santé et Protection sociale. En santé, les données des feuilles de soins sont dès 1998 regroupées dans le Sniiram, puis en 2016 dans le Système national de données de santé (SNDS), avec depuis 2019 le Health Data Hub en « guichet d'entrée ». L'historique est plus profond encore en Protection sociale. Le Système national de gestion des identifiants (SNGI), fichier miroir du Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), dont la gestion a été confiée à la CNAV par délégation de l'Insee, est en place depuis 1988. Le SNGI est progressivement devenu le référentiel socle de l'identification des assurés sociaux, bien au-delà de la seule gestion des carrières par les organismes de retraite. Avec la création en 2006 du Répertoire

national commun de la Protection sociale (RNCPS), une étape décisive a été franchie, qui permet à partir du numéro de Sécurité sociale d'un individu d'accéder à la vision logique (les données ne sont pas centralisées) de son « patrimoine social ». La dernière étape décisive en date, en matière de bases de données de Protection sociale, réside dans la création en 2019 du Dispositif de ressources mensuelles (DRM), dont les finalités s'élargissent et les organismes bénéficiaires ne cessent de croître au fil des modifications apportées au décret simple qui l'encadre.

L'irruption de l'IA impose de s'organiser non plus au seul niveau d'un régime, d'une branche, de l'Assurance maladie obligatoire ou complémentaire, mais d'instaurer une véritable gouvernance pour l'usage de la data et de l'IA en Protection sociale. C'est par le partage d'informations et grâce à une connaissance fine des caractéristiques et parcours des assurés sociaux qu'ont pu se

développer progressivement le « dites-le-nous une fois » puis « l'aller-vers », qui permettent de simplifier les démarches, éviter l'erreur et la fraude, et engager une forme de « prévention » des organismes pour éviter le non-recours aux droits sociaux. L'IA peut être utile pour l'« aller-vers » en ce qu'elle permet par inférence, corrélation, de créer des informations supplémentaires sur les individus pour faciliter le ciblage mais, avant cela, la priorité réside dans un partage large et sécurisé d'informations de qualité, au niveau du métier, des services publics : avec de bonnes données, nul besoin de recourir à l'IA pour en créer. Un meilleur partage d'informations et une gouvernance ad hoc constituent le socle nécessaire et urgent d'une vraie stratégie data en Protection sociale.

Les organismes de Protection sociale sont acculturés à aborder les risques pour la santé, la sécurité, les droits fondamentaux de manière globale, à l'échelle de groupes sociaux ou de la société dans son ensemble. Le continuum entre les algorithmes utilisés de longue date sur des données massives et une intelligence artificielle auto-apprenante soulève des questions essentielles, notamment sur la manière

d'exercer un contrôle humain, mais l'approche par les risques globaux du RIA est en phase avec les « traitements de masse » que les organismes sociaux opèrent du fait de leurs missions. Le RGPD et l'irruption des droits des personnes sur leurs données personnelles ont pour leur part constitué un changement important dans les pratiques, dont les effets positifs préparent également à la mise en conformité avec le RIA.

II. TRANSPARENCE ET EXPLICABILITÉ DES TRAITEMENTS, DES RÉGLES ISSUES DU RGPD ESSENTIELLES POUR ÉVITER L'IA « BOÎTE NOIRE »

En renforçant les droits des personnes sur leurs données personnelles, le Règlement européen sur la protection des données (RGPD) entré en application en 2018, a opéré un retournement important dans la manière d'aborder la protection des données au sein des organismes de Protection sociale. À l'autorisation a priori des traitements de données, qui évoluaient ensuite sous le seul contrôle des organismes, s'est substitué le contrôle a posteriori de la CNIL, avec des sanctions renforcées, et le contrôle du citoyen sur ses données. Cette « autodétermination informationnelle » impose au responsable de traitement une reddition de comptes, une transparence sur l'usage des données : l'information donnée aux citoyens sur ces usages et sur leurs droits leur permet d'exercer les droits d'accès (article 15 du RGPD), de rectification (article 16 du RGPD), d'opposition (article 21 du RGPD) et dans certains cas d'effacement (article 17 du RGPD), de limitation (article 18 du RGPD) et de portabilité (article 20 du RGPD), qui responsabilisent en retour les responsables de traitement.

L'article 22 du RGPD prévoit en outre que, par principe,

les personnes ont le droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques les concernant ou les affectant de manière significative de façon similaire. Déléguer la prise de décision à la machine constitue la ligne rouge que la CNIL, dès ses fondements, nous invite à ne pas franchir. Certaines exceptions sont prévues par le RGPD, notamment lorsque la décision est fondée sur le consentement explicite des personnes ou autorisée par une disposition législative ou réglementaire. L'article 47 de la loi Informatique et Libertés prévoit une

exception supplémentaire : la « décision administrative individuelle » peut être automatisée sous certaines conditions : garanties de maîtrise du traitement algorithmique et de ses évolutions par le responsable du traitement, exigence d'explicabilité sous une forme intelligible et enfin respect du principe du contradictoire, avec la possibilité pour la personne concernée de demander l'intervention d'une personne humaine. Enfin, des décisions individuelles automatisées ne peuvent être fondées sur des données sensibles (comme les données de santé), sauf cas particuliers (consentement de la personne ou traitement nécessaire pour des motifs d'intérêt public). Dans ce

cas, des mesures appropriées pour la sauvegarde des droits et libertés et des intérêts légitimes des personnes concernées doivent être mises en place. Dans son arrêt « Schufa » du 7 décembre 2023, la CJUE souligne que les risques relèvent surtout des effets discriminatoires potentiels des décisions et évaluations automatisées (§ 59).

En écho aux dispositions de l'article 22 du RGPD, l'article 86 du RIA reprend, pour les SIA à haut risque parmi lesquels figurent ceux appliqués à la santé ainsi qu'à l'accès et au droit aux prestations sociales

L'IRRUPTION DE L'IA IMPOSE DE S'ORGANISER NON PLUS AU SEUL NIVEAU D'UN RÉGIME, D'UNE BRANCHE, DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE OU COMPLÉMENTAIRE, MAIS D'INSTAURER UNE VÉRITABLE GOUVERNANCE POUR L'USAGE DE LA DATA ET DE L'IA EN PROTECTION SOCIALE



essentielles, le droit pour la personne faisant l'objet d'une décision prise par un « déployeur » (qui est aussi le responsable de traitement) sur la base des sorties d'un système d'IA (à haut risque), d'obtenir des explications claires et pertinentes sur le rôle du système d'IA dans la procédure décisionnelle et sur les principaux éléments de la décision prise, lorsque cette personne considère que la décision a des conséquences négatives sur sa santé, sa sécurité ou ses droits fondamentaux.

Il faut à ce stade souligner que le considérant 58 du RIA pointe précisément la raison pour laquelle ces SIA sont à haut risque : les demandeurs ou bénéficiaires de services de soins de santé, prestations de Sécurité sociale, services sociaux « sont généralement tributaires de ces prestations et services et se trouvent dans une situation vulnérable par rapport aux autorités compétentes. Lorsqu'ils sont utilisés pour déterminer si ces prestations et services devraient être accordés, refusés, réduits, révoqués ou récupérés par les autorités [...] les systèmes d'IA peuvent avoir une grande incidence sur les moyens de subsistance des personnes et porter atteinte à leurs droits fondamentaux, tels que le droit à la Protection sociale, à la non-discrimination, à la dignité humaine ou à un recours effectif, et devraient donc être classés

comme étant à haut risque ». Cependant, dès lors que le SIA en santé ou Protection sociale est limité à une tâche procédurale réduite (transformer des données non structurées en données structurées, « traduire » les règles d'un texte réglementaire en règles métier par exemple) ou se limite à améliorer le résultat d'une activité préalablement réalisée, en somme dès lors que le SIA n'a pas d'incidence sur la prise de décision, il perd son caractère « à haut risque » (art. 6.2 RIA). Le fournisseur devra documenter l'évaluation de risque correspondante (obligation de transparence applicable à tous les SIA).

De manière générale, c'est au « fournisseur » de SIA à haut risque d'évaluer le risque du SIA, au regard de critères pour la société dans son ensemble ou de groupes au sein de la société. Le déployeur peut lui-même devenir fournisseur dès lors qu'il apporte une modification substantielle au SIA dont il assure le déploiement au sein de sa structure, l'obligeant à une vigilance et connaissance des obligations qui incombent tant au fournisseur qu'au déployeur d'IA.

Peu à peu et notamment grâce aux outils de la conformité instaurés par le RGPD (désignation d'un délégué à la protection des données, inscription des traitements de données sur le registre qui facilitera la cartographie des SIA implantés au sein de l'organisme, réalisation d'analyses d'impact sur la vie privée qui a, entre autres vertus, celle d'instaurer un dialogue entre les responsables métier, systèmes d'information et leur sécurité, juridique et DPO), les principes du RGPD se sont imposés comme des règles de bonne gestion des données intégrées à la vie des projets. Ces outils de la conformité RGPD constituent un socle précieux pour le contrôle des SIA déployés, tout au long de leur cycle de vie, notamment pour mettre en place le « contrôle humain » prévu par

l'article 14 du RIA. L'article 27 du RIA prévoit ainsi la réalisation d'une analyse d'impact sur les droits fondamentaux pour les SIA à haut risque.

Certains grands principes du RGPD, notamment ceux de « finalité » (les données ne peuvent être réutilisées que pour des finalités « compatibles » avec celles pour lesquelles elles ont été collectées et de « minimisation des données » (seules les données strictement nécessaires aux finalités prévues sont traitées)), sont mis à mal par l'intelligence artificielle, qui est gourmande en données et s'accommode difficilement de finalités préalablement définies. La définition du SIA retenue par le RIA (article 3) indique que le SIA déduit, à partir des entrées qu'il reçoit, « pour des objectifs implicites et explicites », la manière de générer des « sorties ». Il faudrait réexplorer les dérogations du RGPD propres aux finalités statistiques à la lumière des défis de l'IA, dans la mesure où l'IA applique des méthodes mathématiques, probabilistes et donc « statistiques ». La recherche et le développement scientifique sont par ailleurs exclus du champ du RIA (Considérant 25). La minimisation quant à elle rejoint l'objectif d'une IA frugale, enjeu majeur d'une IA responsable. L'Afnor a publié en juin 2024 l'*Afnor Spec 2314*, Référentiel gé-

néral pour l'IA frugale – Mesurer et réduire l'impact environnemental de l'IA.

La cybersécurité, dont le RGPD a fait un axe majeur de la protection des données personnelles, est un enjeu central de l'IA responsable. Garantir un niveau de sécurité des données adapté au risque est une obligation du responsable de traitement (article 32 du RGPD). L'organisation des données constitue une réflexion en amont de l'enjeu cyber, qui revêt

SANS ATTENDRE, UN GRAND CHANTIER DE FORMATION EST À LANCER AU SEIN DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE AU SENS LARGE. L'ACCÈS À LA CONNAISSANCE, AVEC L'APPROPRIATION QUE PERMET L'IA GÉNÉRATIVE, EST DÉSORMAIS OUVERT À TOUS : LES AGENTS, MAIS AUSSI LES PUBLICS

une dimension politique : la France, globalement, privilégie l'approche centralisée des bases de données. Les architectures décentralisées ont pourtant jalonné l'histoire des SI de Sécurité sociale : le droit à l'information sur la retraite s'est construit sur ce modèle, puis le RNCPS sur demande de la CNIL a été conçu sur le principe d'une présentation « logique » du patrimoine informationnel en Sécurité sociale des individus, sans regroupement « physique » des données, pour garantir la sécurité organisationnelle des données. Aujourd'hui, des initiatives voient le jour en santé comme le Ouest DataHub : des hôpitaux de l'Ouest de la France ont mis en commun leurs données sans jamais les regrouper physiquement. L'organisation fédérée est la seule viable sur le plan international et, de fait, elle s'impose avec la construction de l'Espace européen des données de santé. La cybersécurité n'est pas étrangère à ces choix : l'effet « pot de miel » des bases de données centralisées colossales que nous privilégions en France impose des coûts et des risques.

III. FAVORISER L'ESPRIT CRITIQUE

Des chartes éthiques sont adoptées par les organismes, qui permettent un dialogue, une sensibilisation et le déclenchement de plans d'action opérationnels. Mais ces principes éthiques sont désormais dans la loi, leur application n'est plus optionnelle ! Malgré la prise de conscience, les risques de discrimination à l'égard des plus vulnérables risquent de se renforcer avec l'émergence de l'IA. L'efficacité propre au numérique est-elle la valeur phare de notre société, de la Protection sociale ?

Collectif et « connectif »¹ s'opposent a priori. Mais ce n'est pas une fatalité ! Les règles organisationnelles adoptées doivent favoriser la compréhension du fonctionnement des IA, leur maîtrise, auditabilité, transparence et explicabilité, pour renforcer l'esprit critique des décideurs, des agents, du public. L'article 26-2 du RIA prévoit que les déployeurs confient le contrôle humain à des personnes physiques qui disposent des compétences, de la formation et de l'autorité nécessaires ainsi que du soutien nécessaire. L'article 14 précise que ce « contrôle humain » inclut la possibilité de comprendre, interpréter, ne pas se fier excessivement

aux sorties de l'IA voire de les ignorer ou les inverser, d'arrêter la machine.

Sans attendre, un grand chantier de formation est à lancer au sein des organismes de Protection sociale au sens large. L'accès à la connaissance, avec l'appropriation que permet l'IA générative, est désormais ouvert à tous : les agents, mais aussi les publics. Prolongement du « patient sachant », l'empowerment est démultiplié et prolonge les droits des personnes sur leurs données : elles disposent d'un accès personnalisé à la connaissance. Pour affronter démocratiquement et avec confiance les risques globaux pour la santé, la sécurité et les droits fondamentaux d'une IA porteuse d'innovation et de progrès, des instances de concertation citoyenne, comme la conférence citoyenne sur le climat et plus récemment sur la fin de vie, devraient rapidement voir le jour. C'est expressément prévu par la Convention-cadre du Conseil de l'Europe du 17 mai 2024 « sur l'Intelligence artificielle et les droits de l'homme, la démocratie et l'État de droit », instrument juridique international contraignant (signée le 5 septembre par l'Union européenne mais aussi les États-Unis et le Royaume-Uni, non encore ratifiée). Son article 19 prévoit : « Chaque partie vise à garantir que les questions importantes soulevées par les systèmes d'intelligence artificielle sont, le cas échéant, dûment examinées dans le cadre d'un débat public et de consultations multipartites, à la lumière des incidences sociales, économiques, juridiques, éthiques, environnementales et des autres implications pertinentes ». Enfin, il faudrait redonner ses lettres de noblesse à l'enseignement de la technologie. Nos générations ont appris « sur le tas » et « sur le tard », mais les enfants et adolescents devraient être armés à l'école pour comprendre le fonctionnement d'un algorithme et d'une IA, la manipulation de l'intention, comment cultiver son esprit critique, pourquoi éteindre les machines quelquefois pour « vivre » et pas seulement « fonctionner ». ■

Sources :

1. *L'opposition de ces termes est empruntée à Alain Damasio. Vallée du silicium. Éditions Seuil.*



Il y a 20 % d'étudiants en médecine en plus, c'est une victoire ! » annonce le premier. « C'est insuffisant, il faut doubler le nombre d'étudiants en médecine ! » rétorque un autre. « Non ! Il faut le tripler ! » réplique un troisième. Nous nous croirions à une vente aux enchères, où chacun renchérit sur son opposant dans un réflexe pavlovien aux accents électoralistes.

Le 6 avril 2024, Gabriel Attal a annoncé son intention de porter à 16 000 les capacités de formation en médecine en 2027. Elles étaient d'environ 8 000 à la rentrée 2017 et ont déjà brutalement augmenté à plus de 10 000 à la rentrée 2018, un chiffre relativement stable depuis. Cette croissance brutale d'environ 20 % met déjà en difficulté un grand nombre d'universités, alors comment envisager une nouvelle hausse de 60 % ?

Ces annonces apparaissent, au mieux, irréalistes et, au pire, démagogiques. Et cela vaut pour l'ensemble des forces politiques qui les proposent. Les capacités de formation sont saturées, les métiers du soin n'attirent plus, et ces augmentations à marche forcée pourraient entraîner des conséquences bien plus néfastes.

Oui, la réduction drastique et irréfléchie du nombre d'étudiants en médecine dans les années 70 et 80 a engendré une partie des difficultés actuelles, mais cette augmentation précipitée n'est pas moins insensée. Pourtant, tous la brandissent comme la solution ultime. C'est en réalité une solution à moyen et long terme, à condition qu'elle soit anticipée, planifiée et accompagnée.



FACE AUX ILLUSIONS ÉLECTORALES DE L'AUGMENTATION DES CAPACITÉS DE FORMATION MÉDICALE, PLANIFIONS !

PAR

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

DES CAPACITÉS DE FORMATIONS SATURÉES

Partout, les infrastructures universitaires ne permettent plus d'accueillir autant d'étudiants. Les marches des amphithéâtres se transforment en bancs universitaires. Les travaux pratiques et dirigés en groupes restreints se raréfient et avec des effectifs plus nombreux. Le matériel de simulation est onéreux et les universités éprouvent des difficultés à le financer. La théorie « jamais la première fois sur le patient » s'éloigne tous les jours un petit peu plus. Pourtant, la récente réforme du deuxième cycle des études médicales a instauré les « Examens cliniques objectifs et structurés » (ECOS) censés faire la part belle à la simulation et la pratique clinique. Le résultat ? Des bananes en guise de pads de peau de suture.

De plus, les enseignants hospitalo-universitaires souffrent eux d'une double crise : les postes manquent et l'attractivité du statut est en chute libre. Bras armé de la triple mission confiée aux CHU, la FHF appelle à la création de 1 000 postes hospitalo-universitaires. Ils sont plus que nécessaires, mais le véritable défi sera de les pourvoir ! De fait, les jeunes médecins se reconnaissent de moins en moins dans cette fonction cumulant recherche, soin et enseignement qui est difficile à conjuguer avec un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Enfin, les capacités d'accueil des services commencent à saturer. Il est de plus en plus courant que certains étudiants alternent les semaines de présence pour espérer bénéficier d'un stage formateur. L'hospitalocentrisme et sa méprise pour le monde libéral associé à des CHU qui retiennent jalousement cette main-d'œuvre bon marché ont longtemps bridé le développement de stages en périphérie. Mais ouvrir de nouveaux terrains de stage ne suffit pas : il faut une stratégie globale incluant la création de logements et l'octroi d'indemnités de déplacement cohérentes. Il est inconcevable qu'un externe, avec un revenu

mensuel d'à peine plus de 200 euros, soit contraint de financer un logement temporaire ou des trajets quotidiens, en supposant qu'il dispose d'un moyen de transport personnel. Des solutions palliatives prennent du temps à se mettre en place et nécessitent une forte volonté politique, qui demeure encore difficilement perceptible.

LA CRISE DES VOCATIONS

Ce qui semble néanmoins plus inquiétant est la baisse de l'attractivité des métiers de la santé. En faculté de pharmacie, plus de 1 500 places sont restées vacantes entre 2022 et 2023 et plus de 300 places n'ont pas été pourvues en études de maïeutique. Une désaffection représentant environ 20 % d'étudiants en moins, alors que ces professions sont en grande tension. La formation en soins infirmiers n'est pas non plus épargnée. Bien que l'augmentation des places le compense, la DREES constate un taux d'abandon en très forte hausse et qui pourrait atteindre 22 % pour la promotion 2020-2023¹. Ce constat est similaire pour la plupart des formations sanitaires, avec un taux d'abandon en première année qui augmente sensiblement par rapport au début des années 2010.

La médecine n'est peut-être pas encore aussi touchée par cette désaffection, mais près de deux tiers des étudiants en médecine ne recommanderaient pas leurs propres études à un proche². Et bien que difficilement évaluable (notamment en raison du manque de transparence des données), le taux d'abandon au cours des études de médecine est loin d'être négligeable !

À partir de ce constat préoccupant, il s'agit d'identifier les causes et de trouver des solutions. La première est évidente : les conditions d'exercice. Les améliorer est l'objet de revendications quotidiennes des syndicats et des acteurs terrains. La seconde l'est également : les conditions d'études. Leurs problématiques

PARTOUT, LES INFRASTRUCTURES UNIVERSITAIRES NE PERMETTENT PLUS D'ACCUEILLIR AUTANT D'ÉTUDIANTS. LES MARCHES DES AMPHITHÉÂTRES SE TRANSFORMENT EN BANCS UNIVERSITAIRES



ont été précédemment évoquées, et des solutions sont proposées dans un article publié par le CRAPS³. La troisième est moins connue et moins exaltante : l'orientation. Cette dernière est supposée avoir été révolutionnée par les réformes de l'enseignement secondaire successives, force est de constater que les taux d'abandon et de réorientation des étudiants en santé augmentent, suggérant une primo-orientation inappropriée.

DES CONSÉQUENCES SUPPOSÉES QUI MÉRITERAIENT D'ÊTRE ÉVALUÉES

Deux conséquences majeures doivent être considérées.

La première est la baisse de la compétence de nos professionnels de santé par deux mécanismes : l'affaiblissement de la qualité de formation et la baisse du niveau des attendus pour les formations en santé.

En augmentant les quotas de formation sans augmenter les moyens alloués aux universités, comme c'est le cas actuellement, la qualité de la formation se dégrade inévitablement. Cette précarisation chronique du monde universitaire, qui touche par ailleurs

quasiment l'ensemble des cursus, est induite par une logique de mise en concurrence permanente des universités. Cette approche néolibérale impacte en premier lieu les universités périphériques, pourtant clés dans l'ancrage territorial des formations et déterminantes dans la répartition des professionnels de santé. Il est également légitime de questionner l'évolution des attendus des formations, particulièrement au regard de la baisse énoncée du niveau scolaire. Les formations médicales sont encore très exigeantes. Cependant, nous constatons une augmentation significative du taux de redoublement en deuxième année depuis la mise en place de la Réforme d'entrée dans les études de santé (REES, dite PASS/LAS)⁴ : il est passé de 1 % pour la promotion 2018-2019 à 8 % pour la promotion 2020-2021. Cette évolution peut avoir plusieurs origines corroborant nos hypothèses : une baisse du niveau académique, une baisse de la qualité de la formation sans adaptation des attendus, ou une inadéquation des connaissances enseignées.

La seconde conséquence d'une augmentation déraisonnée du nombre de professionnels est le retour d'un marché concurrentiel. Si nous sommes encore loin de cette situation, il est nécessaire de l'anticiper pour éviter les erreurs du passé. Il faut entre 10 et 15



ans pour former un médecin, et la hausse du nombre d'étudiants n'a donc aucun effet à court terme sur l'accès aux soins. Cet impact est néanmoins majeur à moyen et long terme. Cependant, aucune étude publique prospective n'évalue les besoins en professionnels de santé des prochaines années. Bien que complexe, elle semble indispensable. Elle doit prendre en compte plusieurs paramètres essentiels, dont :

- L'évolution démographique et sociale ;
- L'évolution des métiers et des rôles de chacun dans une équipe de soins, à l'heure où de profondes transformations sont à l'œuvre ;
- L'évolution de la valeur travail et des modes d'exercice des jeunes et futurs professionnels ;
- Les progrès technologiques et leur impact sur les pratiques médicales ;

– Les politiques de santé publique et les priorités nationales et internationales ;

– L'accessibilité et la répartition géographique des soins de santé ;

– Les changements climatiques et leurs effets sur la santé publique ;

– Les migrations internationales et leurs répercussions sur le système de santé.

En somme, l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine doit s'accompagner d'une véritable volonté politique de réinvestissement dans nos universités, de valorisation des carrières hospitalo-universitaires et de redéfinition de l'attractivité des métiers de la santé. Il est essentiel de mettre en place une planification stratégique fondée sur des données fiables et des projections réalistes des besoins en professionnels de santé. Sur ce sujet ou un autre, sortons des postures politiques et ayons l'ambition d'une vision stratégique à long terme pour des politiques de santé effectives.

Les étudiants, les professionnels de santé, mais surtout les patients, méritent mieux que des effets d'annonce. ■

Sources :

1. Marion Simon. « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 ». *Études et résultats*, 1266. DREES mai 2023.

2. *Enquête précarité 2023 de l'ANEMF*.

3. Yaël Thomas. « Investir dans les étudiants en santé pour un avenir prometteur ». *Think Tank CRAPS 2023*.

4. *Note d'information du Système d'information et d'études statistiques (SIES) – Enseignement Supérieur – Première année du premier cycle d'études de santé : évolution des parcours et de la réussite des étudiants. 2023*.



« DÉPENSES SOCIALES » : QUAND L'ÉTAT N'EST PLUS PROVIDENCE

PAR

BRUNO COQUET

PRÉSIDENT DE UNO – ÉTUDES & CONSEIL,
ÉCONOMISTE ET MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU CRAPS

La manière dont sont nommées les choses est rarement sans conséquence : depuis que le quoi qu'il en coûte s'est mué en crise des finances publiques, les « dépenses sociales » sont souvent désignées comme coupable idéal. Sous les traits d'une évidence, celles-ci sont en réalité un concept valise, chargé d'ambiguïtés, qui renvoie spontanément à la solidarité, la bienveillance, mais qui insinue aussi le privilège ou l'abus, le glissement du bénéficiaire vers l'assisté, voire le profiteur.

Cette métonymie par laquelle des indemnités d'assurance sociale deviennent dépenses de Protection sociale, puis des « dépenses sociales », et finalement des « avantages » sociaux dénature profondément la Sécurité sociale bâtie après-guerre, et avec elle notre contrat social.

MÉTONYMIE DES DÉPENSES SOCIALES

Une frontière poreuse partage les dépenses sociales entre d'un côté les assurances contributives, de l'autre la redistribution sociale :

– Du point de vue des assurances, le tracé n'est pas net car si elles sont par nature solidaires, toutes ne sont pas complètement contributives (santé) et elles peuvent aussi être redistributives par effet (chômage), ou par objet (retraites). Il est en revanche très clair que les contributions aux assurances sociales se substituent à la constitution d'une épargne de précaution, ce qui permet entre autres de couvrir les personnes qui n'auraient pas les moyens de se constituer une telle épargne.

– Du point de vue de la redistribution, la frontière est discrétionnaire. Elle se déplace par nécessité (démographie), au motif d'une gouvernance ou d'une gestion défailtantes, par opportunisme (budgétaire) ou même par idéologie. Les droits sociaux deviennent alors conditionnels, contingents, les contributions deviennent des impôts : la redistribution n'assure pas, car elle ne garantit rien lorsque les risques surviennent. La frontière ad hoc

de la redistribution crée de l'incertitude, car face à un même risque certains seront couverts, d'autres pas, bien que tous sont taxés. Par prudence, ceux qui le peuvent doivent en revenir à constituer, en plus, une épargne de précaution... au cas où.

L'État redistributif a planté son drapeau toujours plus loin à l'intérieur du territoire des assurances sociales, santé, retraites et dernièrement chômage. Ces nationalisations n'ont amélioré ni la gouvernance ni l'efficacité des différents régimes de Protection sociale et ont parfois détérioré leurs finances. Pourtant l'État, comme s'il n'était qu'observateur, invoque toujours les mêmes arguments pour conquérir toujours plus de ressources.

L'ÉTAT REDISTRIBUTIF A PLANTÉ SON DRAPEAU TOUJOURS PLUS LOIN À L'INTÉRIEUR DU TERRITOIRE DES ASSURANCES SOCIALES, SANTÉ, RETRAITES ET DERNIÈREMENT CHÔMAGE. CES NATIONALISATIONS N'ONT AMÉLIORÉ NI LA GOUVERNANCE NI L'EFFICACITÉ DES DIFFÉRENTS RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE ET ONT PARFOIS DÉTÉRIORÉ LEURS FINANCES

PLUS D'IMPÔTS MOINS DE DROITS

À montrer ainsi du doigt les dépenses sociales, on en viendrait à oublier l'essentiel, qui, il est vrai, reste largement non-dit : elles sont financées par des recettes sociales dédiées. Comme le souligne l'INSEE dans la dernière édition des comptes nationaux, « les administrations de Sécurité sociale accroissent leur excédent », si bien que seulement 8,5 % de la dette publique provient des administrations de Sécurité sociale¹, alors que

les dépenses sociales représentent un quart du PIB (environ 700 milliards d'euros pour les trois principaux risques, vieillesse et chômage). Des réformes étaient nécessaires, il y en a eu, il y en aura encore, mais en elle-même la grosseur des dépenses sociales ne prouve en rien qu'elles soient généreuses, ou inefficaces.

1. D'autant que cette dette n'est pas le résultat de la « générosité » des prestations, mais parfois seulement d'un transfert de charges de l'État vers un des régimes d'assurance : par exemple, de 2008 à 2023, le financement de Pôle Emploi (service public accessible à tous, donc qui devrait être financé par l'impôt) a été imputé à l'Unédic pour 50 milliards d'euros, l'imputation de l'activité partielle (17 milliards d'euros), le financement de l'exception culturelle par transfert de la charge des intermittents du spectacle (17 milliards d'euros), etc. Ces seules écritures comptables expliquent déjà plus d'un tiers de la dette des administrations de Sécurité sociale.



L'entreprise de nationalisation ne rogne pas seulement les dépenses mais aussi les ressources des assurances sociales :

- D'une part, en évinçant les cotisations au profit de « contributions » : par exemple la création de la CSG relevait du bon sens et de bonnes intentions, mais son statut fiscal est aujourd'hui utilisé pour effacer sa nature contributive, et la substitution de la CSG à la cotisation salariale d'assurance chômage en 2018 va encore plus loin en ce sens ; autre exemple, les allègements de cotisations sociales sur les bas salaires qui diluent le prix des assurances sociales et amoindrissent aussi la contributivité.

- D'autre part, le recouvrement des cotisations, passé des caisses d'assurance vers l'Urssaf : mesure de simplification et de bonne gestion là aussi, ce circuit donne la main à l'État sur les flux financiers qui reviennent aux caisses d'assurance, lui donnant toute latitude pour prélever son écot, ce dont il use abondamment (les ponctions dans la caisse d'assurance chômage, et la tentative pour l'heure infructueuse sur les retraites complémentaires).

Cette bascule vers l'impôt rend elle aussi les contreparties plus incertaines. Comme l'affirmait le Président en 2018 à propos de l'assurance chômage « plus du tout financée par les cotisations des salariés » mais « par la CSG », « il faut en tirer toutes les conséquences ». Et l'intention est alors clairement revendiquée : « il n'y a plus un droit [...] il y a l'accès à un droit qu'offre la société mais sur lequel on ne s'est pas garanti à titre individuel, puisque tous les contribuables l'ont payé ». À méditer...

Noyer les assurances sociales dans le bouillon budgétaire présente l'intérêt que les recettes des assurances sociales sont maintenues, voire augmentées

au motif de difficultés financières, tout en étant de moins en moins affectées aux assurances sociales que les assurés croient financer (leur épargne de précaution) et de plus en plus à des dépenses budgétaires ordinaires. Les assurances sociales n'ont pas fait faillite, elles ont bien été nationalisées.

LE CONTRAT SOCIAL MINÉ PAR LA CAVALERIE BUDGÉTAIRE

L'édifice des assurances sociales est fragilisé pour de mauvaises raisons. Le contrat social est profondément transformé par des avenants dont chacun paraîtrait anodin si leur somme ne finissait par faire sens. Cette transformation est unilatérale, et ne résulte d'aucune demande sociale ; jamais proposée ni annoncée, mais bien revendiquée une fois réalisée. Comment penser qu'un contrat social ainsi dénaturé suscite adhésion et concorde lorsque les assurés sociaux en expérimentent les conséquences concrètes ?

Si à l'origine l'objectif n'était pas budgétaire, il l'est sans conteste devenu. Que des réformes des assurances sociales fussent nécessaires ne fait aucun doute, mais

elles n'imposaient pas la nationalisation, ni surtout une telle cavalerie budgétaire.

En mettant dans le même sac assurances sociales, redistribution et d'autres dépenses publiques à caractère social, le concept de dépenses sociales enfonce l'ensemble de la politique budgétaire dans une impasse. D'une part, les motivations et les attendus des réformes nécessaires des assurances sociales se trouvent biaisés, et le prix réel de la Protection sociale est occulté, ce qui nuit à la vertu des comportements. D'autre part, les autres dépenses publiques sont mises sous le tapis, non évaluées, non discutées, d'autant qu'elles donnent l'illusion de pouvoir survivre à leur inefficacité grâce aux ponctions réalisées sur

les assurances sociales, formant un trou noir qui ne cesse de grossir, engloutissant instantanément toutes les économies obtenues aux dépens des assurances sociales.

Touiller ce magma ne mène à rien. Il faut au contraire séparer les problèmes, afin de trouver une solution idoine pour chacun :

- Globalement, les assurances sociales fonctionnent, car elles s'appuient sur des contrats collectifs explicites et des cotisations pour lesquelles le consentement des assurés est bien plus fort que celui des citoyens à l'impôt. Tirant parti de cette légitimité, la bonne gestion consisterait à les isoler une à une pour équilibrer en toute transparence les recettes, dépenses, et le contrat collectif auquel elles sont adossées.

- Les transferts de ressources de ces assurances vers le budget de l'État étant rompus, une revue sérieuse de toutes les autres dépenses publiques et des prélèvements obligatoires qui les financent s'impose afin d'en expliciter les objectifs et l'efficacité, un défi qui évidemment risque de confronter l'État à des choix plus drastiques.

Cette clarification est nécessaire pour espérer mettre fin à ce bonneteau budgétaire qui mine notre contrat social, redonner tout leur sens aux assurances sociales et trouver des voies raisonnables pour redresser les finances publiques. ■



PROPOSITION DE LOI PRÉVOYANCE : UNE FAUSSE BONNE IDÉE ?

PAR
DAMIEN VIEILLARD-BARON
PRÉSIDENT DE GEREP

Les cadres bénéficient depuis 1947 d'une garantie de prévoyance qui couvre les décès et les arrêts de travail. Initialement, pour financer cet avantage, la réglementation obligeait les employeurs à cotiser à hauteur de 1,50 % de la tranche 1. Les prises en charge ont, depuis, évolué en fonction

des accords de branche et d'entreprise. On peut légitimement se demander si ce « privilège » accordé aux cadres ne pourrait pas être généralisé à tous. D'autant que la fusion Agirc-Arrco a contribué à réduire l'étalement de la frontière entre cadres et non-cadres. Une proposition de loi signée par 30 députés de la majorité, et déposée le 28 mai, entend ainsi amener à la généralisation de la prévoyance à horizon 2027. Mais, une telle initiative a tout de la fausse bonne idée : bénéfique en théorie, mais contre-productive dans la pratique.

LES RÉTICENCES DE 1947 RESTENT D'ACTUALITÉ

Les concepteurs de la Protection sociale à la française d'après-guerre n'avaient rien contre les non-cadres. Ils voulaient juste reconstruire la France avec des salariés en bonne santé. Mais les garanties de prévoyance pèsent lourd. Imposer cette charge supplémentaire sur les bas salaires, c'était, à la fois, augmenter le coût du travail pour les employeurs et réduire le pouvoir d'achat des salariés. Le même problème se pose aujourd'hui, avec, peut-être, encore plus d'acuité. D'abord, la réforme du 100 % santé est encore récente. Elle a, certes, fortement réduit le renoncement aux soins dans le dentaire et les audioprothèses. Mais ce succès a généré des surcoûts que les employeurs comme les salariés subissent



nationale de la métallurgie a mis sur les rails une prévoyance obligatoire pour les non-cadres. Le Syntec et les organisations syndicales de la branche professionnelle du conseil avaient fait de même quelque temps plus tôt. Ces accords sont innovants, progressifs, adaptés aux besoins des salariés et aux enjeux des employeurs. Ils s'inscrivent dans un dialogue constructif entre partenaires sociaux et entérinent une tendance à l'œuvre dans les grandes entreprises. Pour ces dernières, la protection sociale complémentaire est une opportunité d'améliorer leur marque employeur et d'enrichir leur politique RSE. Il en résulte une forme d'émulation entre les entreprises et une certaine créativité dans les formules proposées.

CONTRAÎTE RÉGLEMENTAIRE CONTRE DIALOGUE SOCIAL

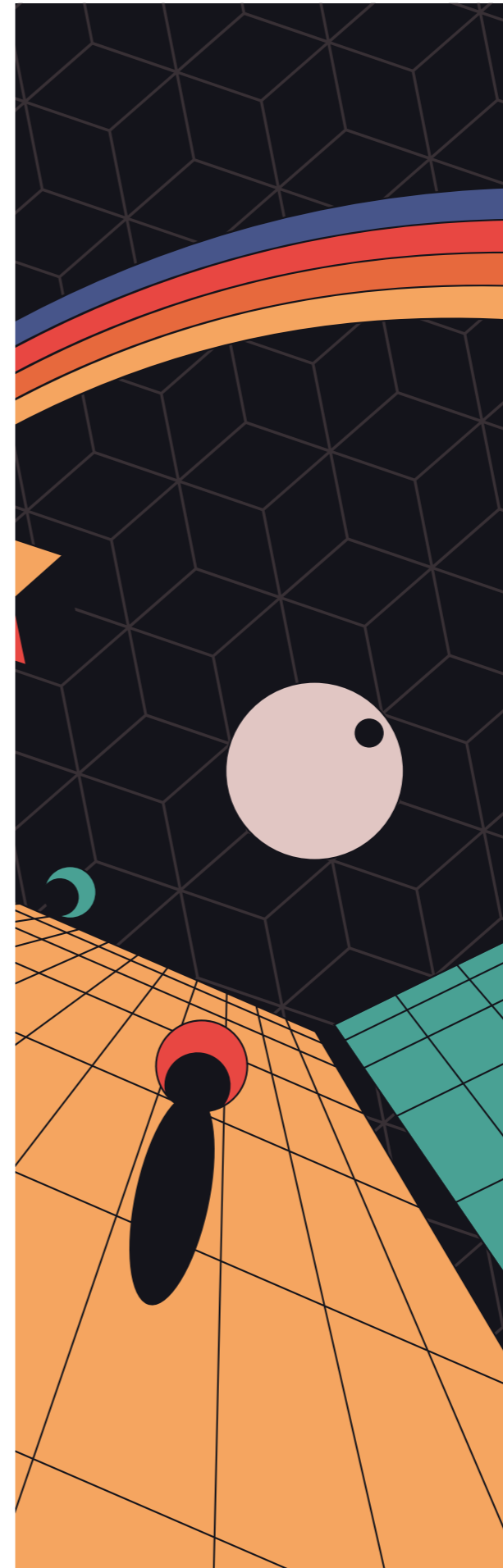
Quel intérêt y aurait-il donc à bousculer un processus vertueux qui avance à son rythme par la négociation ? S'agit-il de tordre le bras aux employeurs qui ne vont pas assez vite ? Pour quel résultat ? Parmi les promoteurs de la prévoyance obligatoire, on entend bien moins les syndicats que les organismes d'assurance. Ils poussent leurs arguments à grands coups de communiqués et de livres blancs. C'est sur leurs données et leur rhétorique que l'ancienne députée, actuellement ministre du Travail et de l'Emploi, Astrid Panosyan-Bouvet, s'est opportunément appuyée pour soutenir son texte.

aujourd'hui avec des augmentations de cotisations de 8 à 10 % sur leurs complémentaires santé. Ensuite, comme évoqué dans notre article sur la solidarité intergénérationnelle, les nouveaux équilibres démographiques invitent à manipuler avec prudence des systèmes de répartition qui ont immanquablement pour effet de faire peser sur les jeunes actifs les avantages sociaux des plus âgés.

LA TENDANCE EST EN MARCHÉ

Nombreuses sont les branches professionnelles qui ont, d'ores et déjà, fait le choix de gommer, partiellement, la différence de traitement entre cadres et non-cadres. En 2022, la nouvelle convention collective

La généralisation de la prévoyance offrirait assurément d'intéressantes perspectives commerciales aux organismes d'assurance. Mais elle éteindrait une belle occasion de dialogue entre partenaires sociaux. Elle conduirait, sans aucun doute, à standardiser et figer l'offre de garanties. In fine, elle contribuerait à dévaloriser un avantage social ressenti comme tel par les salariés, et librement consenti par les employeurs. Cet élément de salaire négocié deviendrait une taxe imposée. Un cadeau non souhaité fait aux salariés avec leur propre argent. Et plutôt que d'amplifier le mouvement inéluctable de réduction des différences entre cadres et non-cadres, elle risquerait d'en casser l'élan. ■



SOUTENIR L'ESSOR DU NUMÉRIQUE AFIN D'ACCÉLÉRER LA TRANSFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

PAR

ALEXANDRE DREZET
DIRECTEUR DE L'INNOVATION DE L'HÔPITAL FOCH

& MIKAEL AZOULAY
DIRECTEUR DE LA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE ET
CONSEILLER À LA SÉCURITÉ DU NUMÉRIQUE DE LA DGE

Les outils numériques soutiennent la transformation systémique des organisations de santé – établissements de soins, centres de recherche, structures de ville – depuis plusieurs décennies. Ils se sont progressivement inscrits dans les processus nominaux de la plupart des organisations sanitaires et médico-sociales en permettant notamment de répondre aux enjeux qui les structurent, soit :

- Garantir la continuité de service dans le cadre d'activités de soins et d'hébergement réalisées 24h/24 – 7j/7 ;
- Optimiser le temps médico-soignant en permettant un accès à l'exhaustivité des données patients disponibles et leur partage en temps réel, sur site et « hors les murs », à des fins de coordination des parcours, autant qu'en permettant d'élaborer et de superviser des plannings professionnels, actualisés en temps



**ALEXANDRE
DREZET**

réel, au bénéfice des équipes soignantes (staffing des services, planification des interventions, gestion des gardes, heures supplémentaires et congés, suivi des temps de travail) ;

– Assurer la disponibilité et l'intégrité des informations gérées par les professionnels dans le cadre de l'accompagnement des patients/usagers, via une couverture croissante des processus de travail par les systèmes d'information et les dispositifs médico-techniques, ainsi qu'un enrichissement des offres logicielles¹ ;

– Protéger les données des patients et des professionnels face à une recrudescence des risques cyber² ;

– Permettre aux patients, aux usagers et aux professionnels d'être les acteurs – à part entière – des parcours de santé, via la mise à disposition de services numériques (Mon Espace Santé, MSSanté, portails patients, agenda partagé, prise de rendez-vous en ligne, accès distant aux données administratives et cliniques, téléconsultation, etc.).

Afin que les outils numériques constituent un levier de transformation systémique et pérenne des établissements de santé, ils doivent opérer une « révolution copernicienne » face à des défis fonctionnels et techniques connus des médecins, soignants, chercheurs et personnels des établissements :

– Digitaliser les données recueillies au long du parcours des patients/usagers – données cliniques, données médico-techniques (imagerie diagnostique, biologie, anatomopathologie, données issues de séquençages « omiques »), données administratives, données renseignées par les patients dans le cadre de leur prise en charge, etc. ;

– Intégrer les standards d'interopérabilité applicative et technique aux systèmes d'information hospitaliers afin de structurer les données recueillies dans le cadre de l'accompagnement des patients. L'industrialisation des formats FIHR, OMOP, LOINC, IHE-XDS, CDA-R2 N3, notamment, constitue un vecteur d'amélioration de la valeur d'usage des données cliniques et médico-techniques ;

– Sécuriser les systèmes informatiques de production dans le respect du cadre réglementaire dédié à la sécurité numérique et à la protection des données ;

– Suivre la croissance des besoins digitaux, en accompagnant notamment la mutation des environnements techniques (virtualisation des serveurs, hyperconvergence, microsegmentation réseau), la migration des infrastructures vers le cloud/multicloud (dans une trajectoire hybride, la plupart du temps, résultant d'un mix machines physiques/virtuelles + clouds privés/publics), le développement de modèles logiciels SaaS (software as a service), ainsi que la virtualisation des environnements de travail cliniques, académiques et administratifs qui en résulte ;

– Accompagner les changements d'usages, en permettant le travail en mobilité et en distanciel dans le cadre du télétravail (via une meilleure accessibilité des parcs applicatifs en dehors des établissements), le travail depuis un terminal personnel non fourni par l'entreprise (selon le principe du BYOD – *Bring your own device*), en garantissant une ergonomie

croissante des solutions afin d'améliorer l'expérience utilisateur (en associant les utilisateurs finaux d'une application à sa conception).

Les cliniciens et chercheurs utilisent quotidiennement des outils numériques afin de développer une médecine personnalisée, moins invasive, plus humaine, adossée à des traitements ciblés. Ces avancées reposent notamment sur les progrès des infrastructures techniques de stockage et de calcul, des technologies de séquençage et l'essor de l'intelligence artificielle, autant d'éléments qui permettent aux chercheurs de transformer la masse de données disponibles en connaissances et aux cliniciens d'administrer aux patients les thérapies les plus pertinentes.

C'est en ces termes que l'augmentation exponentielle du volume de données produites et son corollaire, l'amélioration de leurs capacités de traitement (stockage, calcul, visualisation, etc.), accélèrent la transformation des organisations de santé. Le big data – un ensemble de données qu'aucun outil classique n'est en capacité d'exploiter du fait de leur volume, de leur variété et de la vélocité des traitements requis à leur exploitation – irrigue les projets cliniques et académiques depuis plus d'une décennie, ouvrant un nouveau champ des possibles. C'est sur la base de ce socle que se sont développés la plupart des projets de prise en charge intégrant une intelligence artificielle (IA). Cette nouvelle promesse de valeur, renforcée par l'avènement récent des IA génératives, étale son empreinte des fonctions supports (génie climatique, gestion des bâtiments, détection cyber, etc.) aux soins, cœur de métier des établissements (imagerie diagnostique, anatomopathologie, radiologie interventionnelle, radiothérapie, chirurgie robotique, etc.). Ce faisant, l'avènement des intelligences artificielles suscite des attentes au sein des communautés professionnelles :

– Organisationnelles et économiques, en permettant de réduire le temps dédié par les personnels soignants aux tâches administratives (ex : dictée numérique, génération automatique de compte rendu, optimisation du codage PMSi, gestion supervisée des plannings soignants, etc.), en fluidifiant également les files actives de patients (ex : bornes d'accueil, programmation semi-automatique de soins en hospitalisation de jour, paiement en ligne, etc.) ;

– Techniques, en permettant notamment de faciliter la réalisation d'actes (ex : guidage d'actes chirurgicaux, positionnement de patients sur le champ opératoire, contournement automatique de tumeur, etc.) ;

– Diagnostiques et pronostiques, en optimisant les capacités de détection précoce de pathologies (ex : détection et suivi de biomarqueurs prédictifs en cancérologie, algorithmes de détection de fractures en imagerie clinique, etc.), en guidant les cliniciens dans le choix et l'élaboration d'une thérapie personnalisée, à même d'assurer les meilleures chances de soins au bénéfice d'un patient, ou encore en générant un jumeau numérique d'un patient (ou de plusieurs patients dans le cadre d'un essai clinique – « bras de cohorte synthétique »).

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ [...] DOIVENT OPÉRER UNE « RÉVOLUTION COPERNICIENNE » FACE À DES DÉFIS FONCTIONNELS ET TECHNIQUES CONNUS DES MÉDECINS, SOIGNANTS, CHERCHEURS ET PERSONNELS

Pour autant, l'intégration d'intelligences artificielles aux systèmes d'information qui outillent l'accompagnement des patients met au jour différentes sources de risques, notamment du point de vue de :

– La sécurité numérique, avec une explosion du nombre d'attaques subies par les établissements qui demeurent faiblement sécurisés au regard de la diversification et de la sophistication des vecteurs de compromission dont ils sont les cibles dans un contexte de tensions internationales accrues (hameçonnage, attaques par déni de service, ransomwares, vol de données, etc.). Plus de 580 incidents déclarés en 2023, dont la moitié d'origine malveillante,

en supposant que la totalité des attaques ne font pas l'objet d'une déclaration³. En France, le domaine de la santé constitue le troisième secteur le plus touché par les attaques par rançongiciel en 2024 ;

– La souveraineté économique, industrielle et numérique attendue : peu de fournisseurs européens se hissent parmi les leaders mondiaux de puces, de hardwares et de softwares. À ce titre, il convient de souligner l'aide de l'État à l'installation d'une mégafab de semi-conducteurs opérée par STMicroelectronics et GlobalFoundries sur le site de Crolles en 2023 (2,9 milliards d'euros pour un projet d'investissement valorisé à 7,5 milliards d'euros)⁴ ;

– L'éthique, qui doit pouvoir présider à l'utilisation des données générées dans le cadre de l'accompagnement d'un patient/usager par des cliniciens et/ou des chercheurs même si ces risques sont désormais mieux encadrés par l'AI Act ;

– La transition écologique et énergétique, étant précisé que le numérique représente 3 à 4 % des émissions de gaz à effet de serre et 2,5 % de l'empreinte carbone nationale en 2024 d'après l'ARCEP. À ce titre, une mission d'enquête conduite par le Sénat en 2023 indique que les émissions de gaz à effet de serre du numérique pourraient augmenter de manière significative si rien n'est fait pour en réduire l'empreinte : + 60 % d'ici à 2040, soit 6,7 % des émissions nationales. Sur cette thématique, il apparaît opportun de capitaliser sur les travaux entrepris par l'ANAP⁵.

Ces perspectives, dont il convient d'éprouver la teneur, appellent des mutations à l'échelle nationale autant qu'à la maille de chaque établissement. Ces dernières constituent d'ailleurs une part substantielle des facteurs clés de succès susceptibles de faire du levier numérique un catalyseur de la transformation des établissements.

À l'échelle nationale, il importe notamment de poursuivre :

– Le soutien au développement de capacités de production françaises de semi-conducteurs dans le cadre de France 2030 et l'émergence de filières d'excellence souveraines dans le sillage du Chips Act ;



– La pérennisation de la stratégie nationale pour l'intelligence artificielle, notamment via le programme national IA Booster ;

– La déclinaison et le renforcement de politiques publiques incitatives en matière de :

- Sécurité numérique, via le recours croissant aux fournisseurs de clouds réputés souverains (dans le respect du référentiel SecNumCloud), poursuite du programme Care au-delà de 2025 ;

- Constitution ou développement d'entrepôts de données de santé⁶, sous réserve qu'une exploitation « fédérée » dans une logique de réseau national soit envisagée, et qu'il résulte de cette dernière un passage à l'échelle en matière de constitution de cohortes transverses ;

- Numérisation croissante et « de bout-en-bout » des disciplines médico-techniques (en ciblant notamment l'anatomopathologie, la biologie moléculaire, ainsi que la diffusion des capacités de séquençage à l'échelle nationale).

À l'échelle de chaque établissement, il apparaît essentiel de :

– Soutenir les cliniciens et chercheurs dans l'amélioration de la valeur d'usage des données qu'ils gèrent quotidiennement, par un recours croissant et encadré

à l'intelligence artificielle. Les communautés professionnelles doivent pouvoir entraîner des algorithmes et contribuer à constituer des jeux de données labellisées afin de faire émerger des modèles d'intelligence artificielle toujours plus performants, en lien avec les industriels et start-up qui évoluent dans le champ sanitaire ;

– Proposer aux cliniciens et aux chercheurs des interfaces avancées d'exploitation des données telles que l'extraction d'informations complexes parmi des données non structurées, l'exploitation croisée de données multi-omics, des visualisations avancées – dataviz – ou encore la possibilité de générer des entités jumelles ou « synthétiques », permettant d'éprouver et d'améliorer la personnalisation des traitements et plus globalement l'accès à l'innovation thérapeutique ;

– Déployer des entrepôts de données intelligents susceptibles de gérer des données structurées ou purement textuelles et d'accompagner la constitution de cohortes (dans le cadre de recherches cliniques et translationnelles). Afin que de tels entrepôts fonctionnent efficacement, ils doivent pouvoir être alimentés – de manière semi-automatisée et continue – par les systèmes d'information cliniques, médico-techniques et administratifs au sein de chaque

établissement ;

– Optimiser les capacités de calcul (serveurs/clusters de calcul) afin de gérer un volume croissant et simultané d'opérations sur des données hétérogènes ;

– Disposer d'un environnement technique homogène et performant – baies de stockage, réseau sécurisé et microsegmenté, serveurs physiques et virtuels permettant de panacher des capacités installées sur site, On-Premise, dans un cloud privé, public, ou hybrides, processeurs graphiques hautement performants, etc. ;

– Protéger les actifs stratégiques des établissements à des fins de sécurité numérique/cybersécurité ;

– Garantir la conformité des traitements de données réalisés dans le cadre de chaque projet (conformité au Règlement général sur la protection des données – RGPD) ;

– Exploiter les bases de données dans le strict respect des règles éthiques et scientifiques, en détaillant les modalités d'acquisition retenues et les caractéristiques des équipements utilisés. Les modalités de calcul des données doivent être validées par des médecins et doivent être conformes aux règles de l'art ou à un protocole prospectif d'acquisition validé par un médecin, dans le respect des préconisations de la société savante dont le projet relève. ■

Sources :

1. Plus de 1 000 logiciels étaient intégrés au Référencement des éditeurs de logiciels et intégrateurs du marché de la santé en 2020 (RELIMS – ATIH).

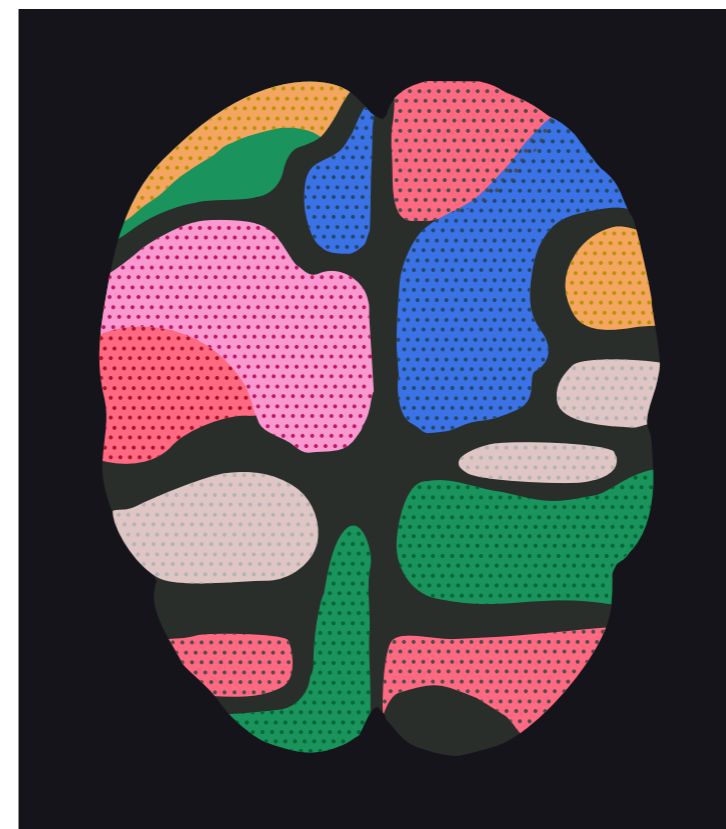
2. Depuis 2020, plusieurs établissements ont été la cible de cyberattaques (CH de Cannes, CHSF, CH d'Armentières, CH A. Mignot). En février 2024, les données de 33 millions de personnes ont été dérobées à Alмеры et Viamedis, opérateurs de tiers payant pour le compte de mutuelles et assurances santé.

3. Observatoire des signalements d'incidents de sécurité des systèmes d'information pour les secteurs santé et médicosocial. ANS, Cert-Santé. Rapport public 2023.

4. Communiqué de presse n° 904. Gouvernement. France 2023. 5 juin 2023.

5. ANAP. Outil d'accompagnement à la mise en place d'un plan d'action de sobriété et performance énergétique (juin 2024), Mon Empreinte Carbone (juin 2024), fiches relatives à un plan de sobriété (avril 2024), ou à la transition énergétique (mars 2024).

6. Via les appels à projets EDS. France 2030 (stratégie d'accélération) opérés par Bpifrance.





MAGAZINES

« 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

Séjour de la Santé
novembre 2020

Covid-19 : chronique d'une pandémie
juin 2020

Retraite : déchiffrer le point
mars 2020

PLFSS sur fond de crises
décembre 2019

Le Danemark les enseignements d'une réforme aboutie
octobre 2019

Plaidoyer pour une Europe Sociale !
mai 2019

Heur et malheur de l'assurance chômage
février 2019

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

Quelques vérités sur le médicament !
mai 2018

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

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

Le grand appareillage orthopédique
novembre 2017

La santé à l'épreuve des territoires
juillet 2017

Les mutuelles au cœur de notre avenir
janvier 2017

Une épidémie nommée tabac
mai 2016

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

L'enjeu du vieillissement sur la population
mai 2015

Emploi : nécessaire mais pas suffisant
janvier 2015

Démographie médicale
avril 2013

LIVRES

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 XXI^e siècle
juillet 2020

Qui veut tuer les mutuelles ?
juin 2020

Nouveau monde, nouvelle protection sociale !
mai 2017

La protection sociale en 500 mots - Dictionnaire Passionné
octobre 2015

Le Livre Blanc
novembre 2012

CAHIERS

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

Territoires de santé : de nouvelles frontières
juin 2019

Formation professionnelle : du marché à l'individu
février 2019

Retraite : un patrimoine collectif
décembre 2018

Une question de méthode [Dialogue social]
avril 2017

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

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

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

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

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

L'emploi : un défi européen
janvier 2017

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

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

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



•••
CRAPS

LE THINK TANK DE LA PROTECTION SOCIALE