

« GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES »

- **Enfin la loi Grand Âge ?**
- **Ce que devrait intégrer le projet gouvernemental**



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE - OÙ EN EST-ON ?



mgen*

GRUPE vyv

POUR SON AUTHENTICITÉ

J'AI
CHOISI
MGEN

MUTUELLE SANTÉ - PRÉVOYANCE

Perrine Laffont a choisi MGEN pour son engagement à protéger la santé des personnes en toutes circonstances. Authentiquement mutualiste, MGEN rend accessibles les meilleurs soins à tous. Rejoignez-la.

PERRINE LAFFONT

CHAMPIONNE OLYMPIQUE DE SKI DE BOSSES & 4 FOIS VICTORIEUSE DE LA COUPE DU MONDE.

MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, MGEN Vie, immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002, MGEN Fila, immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. MGEN Action sanitaire et sociale, immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913, MGEN Centres de santé, immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714, mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. Siège social : 3 square Max Hymans -75748 PARIS CEDEX 15.

ESPACE
SOCIAL
EUROPÉEN

SOMMAIRE

4 - PROJECTIONS

5 - ACTUS

« Il nous faut agir. » Entretien avec Jacques Battistoni, président de MG France.

6 - ÉVÈNEMENT

Projet de loi « Générations solidaires », dès maintenant ?

9 - SÉQUENCES

• Santé

Charges et produits 2022 - Les cinq chantiers de l'Assurance Maladie.

• Prévoyance

CSS, où en est-on ?

• Analyse

Les rapports à lire pendant les vacances.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 120 000 RCS Paris B 480 706 159 (2005B02166) 27, rue des Bergers 75015 Paris Tél. : 01 53 24 13 00 - Fax. : 01 53 24 13 06
Associé unique et président du comité éditorial Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction Alexandre Beau
ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com
21 numéros par an et 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 420 € TTC.
- Individuel : 220 € TTC - Association : 320 € TTC.

RÉDACTION

Analyses : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International : Alexandre Beau - a.beau@espace-social.com
Famille - Action sociale : Florence Pinaud, f.pinaud@espace-social.com
Prévoyance complémentaire : Emilie Guédé, e.guede@espace-social.com
Correspondant Europe : Henri Lewalle
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast : Gladys De Micheli - g.demicheli@espace-social.com
Iconographie : cocktailsante.com
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

ADMINISTRATION

secretariat@espace-social.com

COMMISSION PARITAIRE :

N° 0326 T 87714

ISSN : N° 0999-7822.

Prix au numéro : 13 €

Tous droits de reproduction réservés.

Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris

Tél. : 01 44 07 47 70 Fax : 01 45 34 67 19



CARNET



Alexandre Beau

LA RETRAITE BAT EN RETRAITE ?

La réforme des retraites si l'on comprend bien ne serait pas le tube de l'été 2021. On respirera un peu mieux durant un temps de repos mérité. Certains disent qu'en 2019, c'était peut-être le bon moment pour une réforme mais avec un mauvais projet. En 2021, tout du moins à l'automne prochain, ce pourrait être l'inverse. Ainsi va la France. Pas sûr qu'il faille s'attendre forcément à ce que le chef de l'État batte en retraite sur les retraites!

Suggérons avec modestie à Emmanuel Macron qu'il vaut mieux sur des sujets aussi lourds poser les enjeux de fond et la méthode qui va avec, que de précipiter les choses. Voilà plus de 30 ans que nous auscultons les chantiers de la santé et de la protection sociale en France et en Europe. Nous n'avons rarement trouvé meilleure recette pour réussir à réformer.

La crise sanitaire continue de mettre en relief des défis redoutables sur la santé, la santé mentale notamment avec un déficit d'organisation et d'accès à une prise en charge de besoins criants. Nos hôpitaux souffrent d'une inorganisation bureaucratique inefficace inédite. Notre médecine de ville est de plus en plus à vau l'eau. Nos industries de santé, autrefois reconnues, perdent constamment du terrain. Les minima sociaux sont par trop complexes, éparpillés et parfois inadéquats dans leur dynamique. Et que dire du dossier du Grand Âge dont on espère enfin voir la fin du tunnel. Quant au financement, c'est carrément l'horreur d'une dette sociale perpétuelle en raison de déficits assumés et peu (ou pas) traités depuis plus de 30 ans.

L'économie française souffre d'un système social qui ne fait peut-être plus modèle. Mais, le fut-il au demeurant? La meilleure relance du pays, son économie donc, puise dans une mutation de son système social. Là, devrait être l'enjeu central de l'élection présidentielle de 2022. Pourquoi alors entretenir un débat politique sur le seuil des 64 ans, alors que les dernières données du COR démontre son peu d'utilité immédiate et que taux d'emploi des seniors français est un des plus bas d'Europe ?



À quoi conduit une polémique sur l'âge légal si ses effets concrets aboutissent à gonfler le nombre de bénéficiaires âgés de minima sociaux ou gonfler les statistiques du nombre de chômeurs âgés ? ■

Comme chaque année, ESE prend ses quartiers d'été et retrouvera ses lecteurs le 10 septembre prochain pour une période qui sera, n'en doutons pas, passionnante. D'ici là, bonnes vacances à tous !

VACCINATION OBLIGATOIRE, CE QUE DIT LE DROIT



La question de l'obligation vaccinale pour les professionnels de santé (exigée par la totalité des organisations professionnelles et ordinaires) est donc posée. Rappel : les personnels médicaux et paramédicaux sont déjà obligés sous peine de sanctions voire de rupture du contrat de travail, d'être vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B et la tuberculose, voire la typhoïde. Outre une campagne intensive d'incitation, le gouvernement prépare un projet de loi d'urgence instaurant une obligation nationale pour ces professionnels. A ce jour, 59 % des personnels d'EHPAD, 66 % des établissements hospitaliers et 80 % des soignants de ville sont vaccinés.

Les personnels concernés, refusant l'acte vaccinal, ne peuvent pas invoquer le droit individuel compte tenu de leur situation et responsabilité professionnelle. Le Conseil d'État a déjà eu l'occasion d'adopter le principe de l'obligation vaccinale pour les personnes au titre d'une restriction proportionnée au droit à l'intégrité physique des personnes. La Cour européenne des droits de l'homme, en avril dernier, confirme le droit aux États d'instituer une obligation nationale en vertu du principe de solidarité sociale dont ils sont les seuls dépositaires. Des décisions de portée générale, au demeurant. ■

► PLFSS 2022, LES RAPPORTEURS À L'ASSEMBLÉE



On prend les mêmes et on continue. À l'Assemblée nationale, la commission des Affaires sociales a décidé de reconduire l'équipe des rapporteurs du PLFSS. **Thomas Mesnier**, médecin, député LREM, reste rapporteur général et assurance maladie, **Caroline Janvier** (LREM) conserve le dossier dépendance et médico-social, **Monique Limon** (LREM) celui de la famille, **Cyrille-Isaac Sibille**

(Modem) celui de l'assurance vieillesse, **Paul Christophe** celui des AT-MP.

► OBÉSITÉ EN HAUSSE

Effet de la crise sanitaire au-delà des facteurs classiques et connus depuis longtemps, le taux d'obésité de la population française croît régulièrement. Déclaré par les patients pour 12 % de la population au titre de la corpulence reconnue, le taux réel selon les épidémiologistes serait de 17 %. Sexe, âge et situation maritale, trop grande sédentarité sont les facteurs causaux.

► EUROPE DU CANCER

L'UE a annoncé le 2 juillet dernier le lancement d'un Centre de connaissances sur le cancer, première étape de son plan de lutte contre cette pathologie. Doté d'un budget de 4 Mds €, la future institution entendra lancer des

expérimentations coordonnées (prévention, diagnostic, traitement,...) à l'échelle de l'Union tout en recueillant les données les plus récentes en vue d'appuyer les projets de recherche issus des pays Membres.

► ASSURANCE MALADIE NUMÉRISÉE



Le brillant fondateur de Doctolib, **Stanilas Niox-Château**, dont la réussite est incontestée, entend poursuivre son chemin de créativité dans la santé. Parmi ses projets, la création d'un organisme d'Assurance Maladie solidaire totalement numérisé, à l'instar des réalisations bancaires et assurantielles. ■

LES CHIFFRES

3,2 milliards

de doses vaccinales contre la Covid-19, administrées dans le monde, début juillet.

90

avis « Covid-19 » rendus par la HAS, dont 38 en urgence, bilan 2020.

500 Ms €

de coût pour la CNAF avec l'allongement du congé paternité de 14 à 28 jours.

11 000 \$

de coût pour une prothèse de hanche en France contre 44 000 \$ aux États-Unis...

7 Mds €

injectés par l'État et l'Assurance Maladie pour la recherche et l'innovation en santé, annonce du gouvernement lors du CSIS.

424 Mds €

de coût direct (120 Mds) et indirect (324 Mds avec des déficits accrus : État, Sécu et assurance chômage) de la crise, entre 2020 et 2022, selon Bercy.

Alors que l'UNCAM et les syndicats médicaux reprennent leurs négociations du « Ségur de la ville », ESE donne la parole au **Dr Jacques Battistoni**. Le président de MG-France, premier syndicat de médecins généralistes, qui pose les principaux enjeux de ce rendez-vous estival.

“ IL NOUS FAUT AGIR ! ”

Un mot sur les élections aux URPS. Êtes-vous satisfait de votre score ?

Oui, je suis satisfait, car ce résultat récompense le travail réalisé par les équipes de MG France sur le terrain. Nous sommes très près de devenir le premier syndicat de médecins libéraux bien que nous ne soyons présents que dans le collège des généralistes. Ce résultat consacre une méthode : donner la parole aux acteurs de terrain, mobiliser nos forces vives présentes partout pour recueillir leurs attentes et faire le lien entre ces derniers et les pouvoirs publics pour améliorer nos conditions de travail.

Comment expliquez-vous ce taux d'abstention historique malgré le fait que le scrutin ait duré une semaine ?

Plusieurs facteurs expliquent ce faible taux de participation. Le premier est que nous faisons face à un paradoxe : on vote pour une organisation régionale dont peu de monde voit l'intérêt pour au final aboutir à un score national qui détermine notre capacité à négocier avec les pouvoirs publics. Cette logique n'est claire pour personne. Nous devons regarder avec lucidité la période dans laquelle nous vivons. Comme chez nos concitoyens, il y a un phénomène de repli individuel dans notre profession. Je le déplore, car je suis profondément attaché à une approche collective de nos professions médicales. Nous devons démontrer l'importance et l'utilité du mandat syndical que nous assurons.

Qu'attendez de la relance des négociations portant sur l'avenant 9 de la convention médicale ?

C'est un rendez-vous important à plusieurs égards. C'est d'abord, comme l'a annoncé le ministre de la Santé, le Ségur spécifique à la médecine de ville, conclusion des concertations engagées à l'issue de la première crise sanitaire, en juillet 2020. La prochaine négociation conventionnelle ne débutera qu'après les élections nationales en 2022, il nous faut donc agir entre temps. Il s'agit en

particulier de définir un cadre financier et organisationnel solide permettant aux généralistes d'être suffisamment armés sur le terrain pour répondre au défi de la prise en charge des soins non programmés.



patients, notamment les plus fragiles. Il nous faut élargir le nombre de patients pouvant bénéficier de ce type d'acte, et pour cela revoir les critères d'accès en prenant en compte l'âge de la personne suivie, l'existence d'une pathologie chronique (ALD), et le nombre d'actes pouvant être réalisés par le médecin. Si on arrive à faire bouger le curseur sur ces points en facilitant ainsi le maintien à domicile des personnes âgées, cette réforme fera sens pour les médecins comme pour la population.

Et sur le service d'accès aux soins (SAS), où en sommes-nous ?

Le SAS répond à une vraie ambition. Apporter une réponse aux demandes de soins des patients à tout moment de la journée, sur tout le territoire national, en donnant plus de visibilité à l'organisation des soins de ville, en développant un véritable mode d'emploi du système de santé. Nous suivons avec beaucoup d'attention les 22 expérimentations en cours. Malheureusement, certains premiers retours sont inquiétants, témoignant d'une confiscation du dossier par les acteurs hospitaliers. L'esprit de la réforme voudrait que le secteur hospitalier et les services d'urgence « lâchent prise » sur les soins non programmés au profit des soins primaires.

Pour en revenir aux négociations, notre volonté est de créer les conditions financières qui inciteront les médecins à participer à ce dispositif et à s'organiser en conséquence. Demain, le médecin devra continuer à s'occuper prioritairement de sa patientèle tout en assurant une mission de service public pour la population de son territoire.

Êtes-vous optimiste quant à l'issue de ces négociations ?

Je suis prudent. Entre les attentes des médecins généralistes et la feuille de route de l'Assurance Maladie, il devrait être possible de trouver un équilibre. C'est en tout cas dans l'intérêt des deux parties.

■ **Propos recueillis par Alexandre Beau**

• Le rapport « Charges et produits » de la CNAM en vue de contribuer à l'élaboration du PLFSS 2022 et aux actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie a été adopté par le conseil de la caisse nationale par 12 voix, contre 3 et 11 abstentions. • Parution du décret élargissant le périmètre des données contenues dans le SNDS (Système national des données de santé) ainsi que les modalités d'accès aux dites données. • Le PLFSS 2022 devrait contenir une disposition autorisant les pharmaciens de ville à pratiquer la substitution des médicaments princeps biosimilaires en génériques. ■

PROJET DE LOI « GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES », DÈS MAINTENANT ?

Promise à répétition, depuis près de 15 ans et le gouvernement Jospin, la loi dite « Grand Âge » se fait toujours attendre. Peut-être Emmanuel Macron, le 14 juillet dénouera la question. L'accumulation de rapports, d'expertises de toutes natures et sur la plupart des aspects du dossier atteint le plafond de la crédibilité des pouvoirs publics à vouloir réellement traiter le sujet au fond. Alors cette fois-ci, on y va ?



ARLÉSIENNE

Régulièrement interrogé sur la question du « pourquoi cette réticence des pouvoirs publics à s'engager sur une vraie réforme ? », Pascal Champvert, président de l'AD-PA (les directeurs d'établissements), spécialiste incontesté du domaine, répond ceci : « En vérité, je n'ai jamais obtenu de réaction sincère. Lorsque nous croisons les ministres, leurs entourages, la haute administration du pays, tout s'opère comme si la réforme allait de soi. Que c'est une question de temps, d'opportunité politique, de disponibilité parlementaire. Et puis, rien ne vient ou si peu. Du coup, je



me demande s'ils y croient. À défaut d'initiatives fortes, je commence à penser le contraire ». Et d'ajouter « invoquer le défi des moyens n'est pas sérieux. Le besoin économique est modéré. De l'ordre de quelques milliards d'euros. Est-ce insurmontable ? Après tout, l'État a su remarquablement dégager des dizaines de milliards d'euros pour amortir la crise sanitaire. Il y a eu le Ségur de la santé, celui du médico-social aussi, à un niveau moindre, il est vrai. Et puis, l'affaire est rentable si l'on peut dire. Car, moyennant un travail solide sur l'emploi, les compétences, les métiers avec le rapport El Khomri, nous pourrions à moindres frais créer une dynamique forte qui profiterait au pays. Qui oserait défiler dans les rues de Paris ou ailleurs pour protester contre une petite hausse de CSG pour améliorer la fin de parcours de nos anciens ? » conclut-il.

Signe avant-coureur d'une possible éclaircie, le lancement le 12 juillet prochain par Brigitte Bourguignon du « laboratoire des solutions de demain » pour l'hébergement des personnes âgées. Un dispositif créé par la CNSA dans le cadre du plan d'investissement de 1,5 Md € prévu par le Ségur, réunissant « architectes, urbanistes, élus, artistes et professionnels ».

MINISTRES COURAGEUX, SOUVENT DÉPÎTÉS

Brigitte Bourguignon, en poste depuis un an, sera-t-elle condamnée à l'amertume d'avoir élaboré, en vain, une démarche d'ampleur sur son projet de loi « Générations solidaires » ? La réponse sera connue bientôt...

Auparavant, ce fut Philippe Bas, Marie-Anne Montchamp (aujourd'hui présidente de la CNSA), Roselyne Bachelot, Michèle Delaunay pour ne citer que quelques noms connus. Tous y ont cru ! Ils, surtout elles, ont beaucoup travaillé. Las, le moment n'était pas le bon.

« Générations solidaires » donc plutôt que loi « Grand Âge » parce que le principe de solidarité intergénérationnel est plus dynamique et porteur d'acceptation. La DGCS (Direction générale de la Cohésion et de la Solidarité) a préparé un avant-projet de loi. Lequel circule (voir plus loin), mais n'est plus tout à fait le bon schéma. Parce que jugé « trop lourd, trop technocratique », le gouvernement lui préférerait une construction plus légère et dynamique.

Récemment, avant les élections territoriales (les départements notamment en raison de leurs compétences), le Premier ministre Jean Castex avait réuni son équipe pour balayer le projet. Le calendrier s'esquissait. Un texte



autour d'un projet présenté au plus tard fin juillet pour un débat parlementaire sérieux vers l'automne.

EUROPE EN ACTION

Plusieurs exemples européens inspirent tant les initiatives sont multiples en Europe. En Irlande, depuis 2008, on note le « fair deal », un mécanisme de récupération partielle du coût sur les successions. L'Allemagne est connue pour son assurance dépendance (*Pflegeversicherung*), créée en 1994, actualisée régulièrement au regard des besoins avec quatre réformes de financement depuis. Ce système lie le financement à l'Assurance Maladie et couvre l'aide en établissement et à domicile. En Italie, on privilégie les travailleuses professionnelles employées par les communes tout en régulant les « badanti », ces assistantes sociales recrutées par les familles avec beaucoup de travail au noir.

Ce qui intéresse l'État français, ce sont les exemples d'Europe du Nord. Notamment celui du Danemark où depuis 1987, la création d'EHPAD est interdite. Au profit, comme au Japon, d'une forte organisation de maintien au domicile (les domiciles regroupés) couplée il est vrai, avec des unités de long séjour médicalisé au sein des établissements hospitaliers pour les bénéficiaires en GIR 1 voire 2 au plus. Les municipalités sont très engagées dans la gestion de la perte d'autonomie via des structures de jour très complètes dotées d'une prise en charge professionnalisée. Les équipes sont ainsi majoritairement composées d'infirmières et d'assistantes sociales salariées par les mairies dont le périmètre d'action est coordonné avec les professionnels de santé de ville.

VERS MOINS D'EHPAD ?

La tendance générale est de faire de l'anti-EHPAD ! Celui-ci doit être « l'exception et non la norme » comme le disait déjà Agnès Buzyn alors ministre des Solidarités. Vers un moratoire de construction d'établissements ? Combien de places encore indispensables ? 35 000 dit l'avant-projet de loi ; 110 000 répondent les professionnels. Quel contenu au concept de l'EHPAD du futur ? Un travail considérable sur le domiciliaire est projeté avec un accompagnement tarifaire adéquat, un plafonnement des restes à charge, une médicalisation accrue des établissements (des EHPAD plateforme en somme), une gouvernance flexible et efficace (ARS et départements), les aides à l'aménagement des logements (la création de MaPrim'Adapt tirée du récent rapport de Luc Broussy, président de France Silver Eco sur l'adaptation de l'habitat, l'urbanisme et les transports), l'organisation de véritables services d'aides à domicile, une relance des Paerpa, pour ne citer que quelques voies d'action.

POUSSÉES DE SOUHAITS

Évidemment, les acteurs attendent la réforme ! Outre les travaux du conseil d'administration de la CNSA sur une démarche globale largement soutenue par les acteurs (voir nos éditions précédentes), on note d'autres prises de position.



« Nous voulons une loi programmatique sur 10 ans pour faire face au défi démographique. Nous souhaitons un big band de l'offre avec un vrai découplage entre l'accompagnement et le soin. Il faut des structures qui fassent les deux missions. Les Français veulent plus d'APA (allocation personnalisée à l'autonomie) et une aide à l'hébergement », Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du Synerpa pour APM News.



« J'ai trois grandes priorités. Une planification des moyens sur 5 ans visant notamment les ratios de personnels, les besoins de formation, la montée des compétences et les créations nouvelles. Il faut repenser l'aide sociale à l'hébergement « un joyeux foutoir ». Enfin, une clarification de la gouvernance entre l'État et les collectivités », Antoine Perrin, directeur général de la FEHAP dans le Mensuel des maisons de retraite.



« Il faut des plateformes territoriales des services d'aides à l'instar du Danemark qui, depuis 2017, labellise des nouvelles technologies efficaces. La prévention est une priorité majeure. Je prône la création d'un centre national de preuve de la prévention et de ressources gérontologiques. Ma proposition est complémentaire au futur projet que prépare le gouvernement », Monique Iborra, députée LREM de Haute-Garonne.

■ Pascal Beau ...

QUE DEVRAIT CONTENIR LE FUTUR PROJET DE LOI ?

Après les fuites sur le document de travail de la DGCS au mois de mai, les premières mesures de la future loi Grand âge se dessinent peu à peu. Provisoirement rebaptisé « *Générationnelles solidaires* », ce projet de loi détaille une série de mesures.

SUR LE VIRAGE DOMICILIAIRE

Selon les motifs du dernier document de travail : « *Vieillir chez soi au milieu des siens doit être la règle, selon le libre choix des personnes et des familles* ». Alors que le taux d'entrée en EHPAD médicalisé est de 43 % pour les patients en perte d'autonomie selon la grille GIR, certains évoquent la possibilité de le faire reculer autour de 39 % d'ici 2030. Pour favoriser le maintien à domicile, le projet de loi pourrait moderniser les services et améliorer l'articulation entre les intervenants sanitaires et médicosociaux. Certains évoquent la création d'un véritable « service autonomie », interlocuteur unique coordonnant et gérant toutes les prestations autour de la personne âgée dépendante et de son principal aidant, couplé avec un tarif national plancher pour l'APA (transformée en prestation autonomie à domicile) et la PCH (prestation de compensation du handicap).

Une dotation complémentaire serait attribuée selon le profil des patients et le territoire de domiciliation. Les aides techniques, charges spécifiques et aménagements seraient revus tout comme le soutien à l'aidant et l'accueil temporaire. Un moratoire de construction d'EHPAD pourrait voir le jour. La fusion des mécanismes d'autorisation entre les Saad (services d'accompagnement à domicile), les Ssiad (soins infirmiers) et les Spasad (services polyvalents) verrait le jour. Le projet envisage aussi de renforcer l'existant, notamment la modernisation des services (informatisation, plans de formation...). Suite au Ségur, les aides à domicile bénéficient d'une revalorisation salariale (200 Mds € par an). Le projet pourrait aussi envisager la création d'une carte professionnelle des intervenants à domicile.

DIVERSIFICATION DES FORMULES D'HÉBERGEMENT

Alors que le modèle classique des EHPAD apparaît dépassé au regard des attentes, le texte pourrait assouplir les règles d'autorisation afin de rompre avec la rigidité de la formule actuelle. Le projet pourrait définir un modèle plus large comme celui d'un EHPAD plateforme qui pourrait proposer des services à domicile et des consultations médicales dans l'établissement pour les personnes âgées résidant chez elles. Il pourrait aussi promouvoir des modes de vie collectifs alternatifs tels que des cohabitations entre senior avec des activités communes et des logements individuels, des colocations « intergénération » ou des accueils familiaux. Autre mesure envisagée : une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance inscrite dans le projet d'établissement avec sensibilisation des professionnels et formations spécifiques.



CONTRIBUTION DES FAMILLES

Pour réduire les inégalités sur le montant de l'APA librement évalué par les départements, le texte pourrait créer une « *prestation autonomie* » pour remplacer l'ancienne APA et y adjoindre un tarif plancher unique pour tout le territoire. Le même principe pourrait également concerner la PCH. L'État compenserait en partie le coût de cette réforme pour les départements, sans que le taux de cette « partie » semble avoir été défini.

Afin d'améliorer la transparence sur les possibilités de financement, le projet envisage aussi une « labellisation des contrats dépendance » proposés par les Ocam ainsi qu'une possibilité de « *mobilisation du patrimoine privé (prêts viagers hypothécaires...)* ». Mais pour l'heure, rien de plus concret ne semble concerner une réduction du reste à charge.

DÉVELOPPER LES EMPLOIS « AUTONOMIE »

Pour élargir le principe du projet de loi et l'aider à sortir de l'image peu valorisante de la dépendance, une partie devrait concerner le potentiel du vieillissement de la population en termes de création de services et d'emplois. Il cherche avant tout à éviter d'opposer les générations. D'une part, le projet devrait supprimer l'obligation alimentaire pour les petits-enfants. Il pourrait aussi ajouter l'objectif de « *solidarité intergénérationnelle* » aux missions du service civique (au côté de celui d'accompagnement des personnes âgées). Pour développer le potentiel économique du soutien à l'autonomie, un plan d'investissement d'avenir pourrait soutenir la Silver économie et développer les offres d'emploi dans ce secteur.

Quant à la gouvernance, la CNSA gérant la branche Autonomie devrait être le référent pour l'ensemble des structures, peut-être par l'intermédiaire d'instances locales comme des maisons de l'autonomie peut-être en extension des maisons départementales des personnes handicapées.

■ Florence Pinaud

CHARGES ET PRODUITS 2022

LES CINQ CHANTIERS DE L'ASSURANCE MALADIE

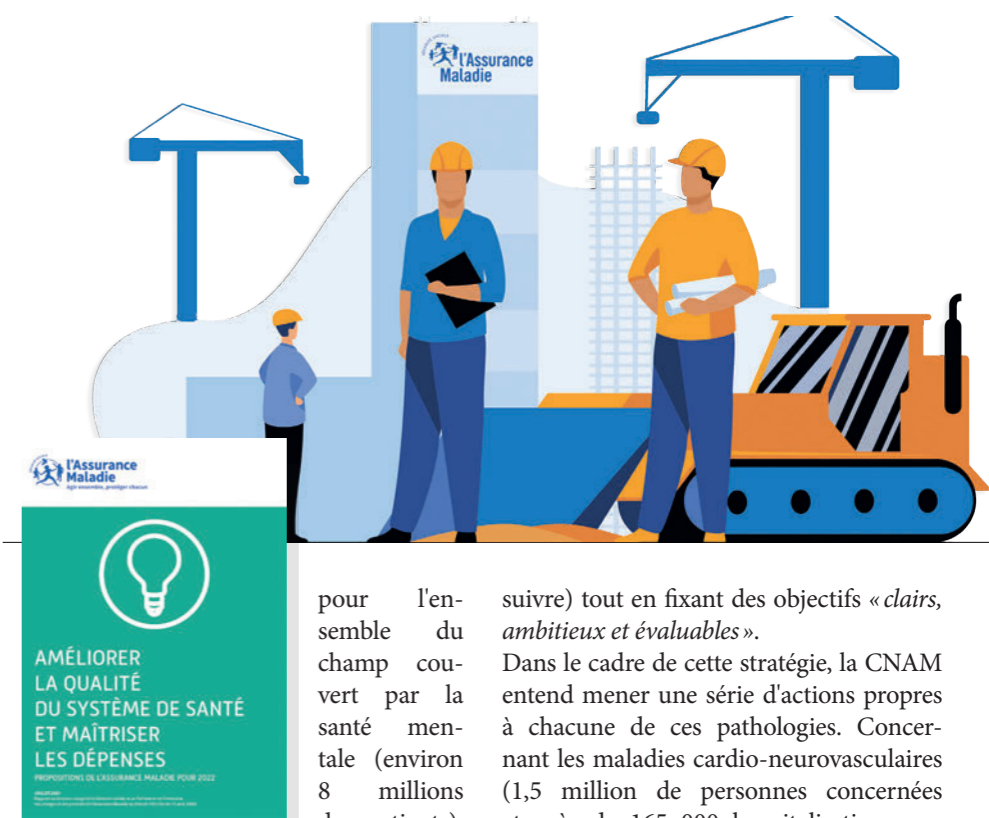
Comme chaque année, l'Assurance Maladie publie son rapport Charges et Produits dans lequel elle fait le bilan de son action des années passées tout en se projetant sur les leviers qu'elle entend actionner dans les prochains mois pour améliorer l'efficacité du système de santé. Focus sur les cinq chantiers priorités par la CNAM.

Si le rapport annuel Charges et Produits présenté chaque année par l'Assurance Maladie fait traditionnellement le pont entre l'exercice écoulé et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), il est à noter que depuis plusieurs années la valeur ajoutée repose de plus en plus sur les nombreuses pages consacrées aux pistes d'amélioration de l'efficacité du système de santé. Autrement dit, la feuille de route que l'Assurance Maladie compte déployer pour répondre aux problématiques latentes que sont l'accès aux soins primaires, la pertinence des actes et le déficit d'appétence pour les questions de santé publique. C'est en s'aventurant ainsi dans cette logique que le Charges et Produits présenté à l'été 2017 introduisait pour la première fois l'idée de lancer une vague d'expérimentations sortant du cadre réglementaire, les futures expérimentations « article 51 ». D'autres exemples d'initiatives ont suivi depuis.

Pour cette édition 2022, l'Assurance Maladie s'attelle donc à mener cinq chantiers majeurs de front : la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires, la santé mentale, le recours aux soins post-crise, l'organisation territoriale et la réforme du financement des soins et enfin, le renforcement des actions de prévention. Point commun à tous ces dossiers, ils entrent dans le périmètre de la nouvelle politique de gestion du risque que la CNAM compte implémenter prochainement (cf. encadré p.10) et tirer avantage du potentiel issu de l'utilisation des données de santé.

L'APPROCHE PAR PATHOLOGIE : CARDIO-NEUROVASCULAIRES ET SANTÉ MENTALE

Cumulées, les dépenses liées à ces deux pathologies s'élevaient à près de 40 Mds € en 2019. Respectivement à 17,9 Mds € pour les maladies cardio-neurovasculaires (pour près de 5 millions de patients) et 22,7 Mds €



pour l'ensemble du champ couvert par la santé mentale (environ 8 millions de patients).

Pour faire face à ces deux pans conséquents, la CNAM a décidé de changer de braquet pour adopter une approche propre à chacune de ces pathologies. Cette démarche vise à « *inscrire les actions dans une perspective d'ensemble cohérente pluriannuelle fondée sur une approche de santé publique et visant explicitement des objectifs en termes de santé publique, de prise en charge des patients et économiques.* »

Concrètement, le régime obligatoire entend s'appuyer une combinaison de plusieurs facteurs (optimisation des pratiques, coordination des acteurs de la chaîne de soins, usage du numérique...) pour construire les parcours de soins les plus efficaces et les plus adaptés aux spécificités de ces maladies. Deux impératifs : être en capacité de produire des schémas de grande échelle (on parle de plusieurs millions de patients à

suivre) tout en fixant des objectifs « *clairs, ambitieux et évaluables* ».

Dans le cadre de cette stratégie, la CNAM entend mener une série d'actions propres à chacune de ces pathologies. Concernant les maladies cardio-neurovasculaires (1,5 million de personnes concernées et près de 165 000 hospitalisations par an), elle compte construire un parcours de prise en charge spécifique autour de l'insuffisance cardiaque. Une démarche complémentaire du programme PRADO insuffisance cardiaque qui alliera notamment des campagnes d'informations ciblées à destination du patient, la mise à disposition d'un outil de diagnostic territorial et des indicateurs de mesure d'impact de l'efficacité des dispositifs en place. Pour identifier les points critiques dans le parcours de soins (diagnostic et évaluation initiale, suivi en ambulatoire, posologie médicamenteuse...), et éviter les risques de rupture, des outils de datavisualisation devraient également être déployés pour appuyer cette démarche auprès des professionnels de santé concernés.

En matière de santé mentale, l'approche se relève complexe, car le champ couvert

est moins uniformisé. Toutefois, les données de la cartographie produite par la CNAM distinguent deux groupes : les patients souffrant de pathologies psychiatriques (notamment les ALD psy) et ceux suivant un traitement psychotrope de manière régulière et qui n'ont pas de pathologie. Si le second groupe est plus nombreux (5,6 millions de personnes contre 2,5), le premier est largement plus « coûteux » (16,1 Mds € contre 6,6 Mds €). Problème, c'est cette dernière population qui voit ses effectifs croître le plus ces dernières années, et ce, sans y intégrer les conséquences collatérales de la crise sanitaire... Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie s'engage à mener des actions ciblées en faveur de ces populations. Ainsi, elle souhaite déployer en France une initiative australienne visant à former les usagers à être en mesure d'intervenir, « avec aisance et de façon proactive », devant tout type de situation nécessitant des secours en santé mentale. Ce projet sera déployé cette année par une CPAM dans chaque région. Autre piste creusée, l'intégration des psychologues dans les structures d'exercice coordonné. Une mesure actuellement testée sur le terrain dans le cadre d'expérimentations « article 51 ». On

notera également que la CNAM étudie l'idée d'intégrer des dispositifs numériques dans les parcours de soins en complément des modes de prise en charge traditionnels.

RECOURS AUX SOINS : LE MONDE D'APRÈS

L'année 2020 aura été marquée par un recul général de la consommation médicale du fait de la crise sanitaire et des épisodes successifs de confinement auxquels ont dû faire face les patients. Toutefois les premières données 2021 indiquent que la reprise est là, plus forte même que ce qui était anticipée. Malgré tout, la CNAM estime que la sous-activité de 2020 ne sera pas rattrapée dans les prochains mois sans une vigoureuse politique de recours aux soins. Pour ce faire, l'institution formule plusieurs propositions. Parmi celles-ci, on notera l'usage des données de santé par les professionnels de santé. L'Assurance Maladie souhaite ainsi que les médecins traitants puissent accéder à un jeu de données nominatives de leurs patients en vue d'améliorer leur suivi et leur prise en charge. Une démarche qui va plus loin que l'ambition ministérielle d'informer les médecins sur qui, dans leur patientèle, est vacciné contre la



Covid (ou pas). De même, les équipes de soins coordonnés (type CPTS) devraient à terme se voir transmettre un certain nombre de données calibrées à l'échelon territorial afin que ces dernières puissent adapter leur projet médical et les actions à mener à la réalité sanitaire du bassin populationnel qu'elles couvrent.

Autre proposition, celle aboutissant à la mise en œuvre d'une démarche d'« aller vers » l'utilisateur notamment en ce qui concerne leurs participations au dépistage des cancers. Cette stratégie s'appuiera principalement sur une campagne d'envoi de courriels ciblés via le compte Ameli des usagers et des professionnels de santé et sur le financement d'actions locales. Sur ce point, des initiatives conjointes entre les CPAM et les Centres Régionaux des Dépistages des Cancers sont prévues. En sus, la CNAM planifie de renforcer ses dispositifs de soutien à la vaccination contre la grippe saisonnière et en faveur de celle prescrite pour les nourrissons et les enfants en bas âge.

ORGANISATION TERRITORIALE ET FINANCEMENT À LA QUALITÉ

Qui dit organisation territoriale, dit CPTS (et à degré moindre MSP). Si la montée en puissance du nombre de structures contractualisées sur le territoire est réelle, l'Assurance Maladie entend malgré tout appuyer sur l'accélérateur. Il faut rappeler que l'écart entre la situation actuelle (environ 150 CPTS en place) et les ambitions

Actions menées par l'Assurance Maladie			Impact sur l'ONDAM (en Ms €)
PRODUITS DE SANTÉ	Médicaments	290	490
	Action sur les médicaments onéreux	25	
	Antidiabétiques	28	
	Anti-hypertenseurs	35	
	Traitements médicamenteux polyarthrite rhumatoïde	15	
	Inhibiteurs de la pompe à protons	30	
	Antalgiques	10	
	Benzodiazépines	25	
	Biosimilaire	10	
	Dispensation adaptée	60	
Diffusion des médicaments génériques	45		
Latrogénie	50	340	
Dispositifs médicaux	150		
Les transports en ville et à l'hôpital	90		
Indemnités journalières	100		
ACTES ET PRESCRIPTIONS	Pertinence des examens de biologie	20	
	Pertinence des actes techniques	50	
	Prescriptions de soins paramédicaux	80	
PRISE EN CHARGE	Mise en œuvre du parcours insuffisance cardiaque	15	35
	Refonte des dispositifs de demande d'accord préalable	20	
LUTTE CONTRE LA FRAUDE	Actions de lutte contre les fraudes et les abus		150
TOTAL DES ÉCONOMIES PROJÉTÉES			1 015

Bis repetita pour la CNAM. Après avoir tablé sur 1,075 Mds € d'économies en 2021, l'Assurance Maladie maintient son cap pour 2022 avec une projection s'établissant à 1,015 Mds € en vue du prochain Ondam. Une rupture assumée avec la fin des années 2010 durant lesquelles, les différentes trajectoires d'économies se situaient aux alentours de 2 Mds €. Dans le détail, on constatera que si les deux principaux postes concernés par ces mesures demeurent les produits de santé et la maîtrise médicalisée (actes et prescriptions) les objectifs qui leur sont fixés varient par rapport à l'an dernier. Respectivement en hausse de 28 Ms € pour le premier (462 Ms € en 2022 contre 490 Ms € pour 2021) et une baisse de 98 Ms € (340 Ms € en 2022 contre 438 Ms € pour cette année). Le contexte sanitaire et la tenue de négociations conventionnelles avec les acteurs de ville pouvant expliquer cet objectif à la baisse de 22 %. Statu quo en revanche concernant la lutte contre la fraude. ■

VERS UNE REFORTE DE LA GESTION DU RISQUE

Autre axe de travail mis en avant dans le rapport Charges et Produits, celui devant aboutir à une remise à plat de la stratégie de gestion du risque (GDR) pilotée par l'Assurance Maladie. Consciente de ne pas totalement optimiser sa politique de maîtrise médicalisée, l'institution entend dès à présent prendre un nouveau virage en explorant de nouvelles pistes de travail et en optimisant les ressources dont elles disposent. Ainsi, elle compte davantage sur ses atouts que sont le maillage de son réseau territorial, son savoir-faire médical et sa base de données de santé parmi les mieux structurées au monde.



Six axes de transformation ont ainsi été définis :

- Construire des parcours sur des pathologies ou des populations significatives en termes de santé publique
- Favoriser le développement des organisations de soins coordonnés
- Porter un dialogue de gestion renoué avec l'hôpital autour de la pertinence des soins
- Revoir les méthodes d'accompagnement des professionnels de santé via une approche de service personnalisée
- Faire des usagers, des acteurs de leur santé
- Renover la stratégie de contrôle et de lutte contre la fraude

Pour que ces intentions se transforment en action concrète d'ici les prochains mois, la CNAM entend faire évoluer ses modalités d'exécution internes de ses actions de GDR, tant en termes de conception, de pilotage que d'évaluation. ■

initiales du gouvernement (1000 à horizon 2022) est conséquent. Pour accélérer le tempo, la CNAM compte s'appuyer sur trois leviers : la simplification des processus de constitution des CPTS, le financement en amont des structures pour faciliter leur installation et le renforcement de l'accompagnement des porteurs de projets en lien avec les CPAM, les ARS, la CCMSA et les URPS. Les négociations en cours sur l'accord-cadre interprofessionnel devraient traduire cette ambition par la mise en place de mesures concrètes.

Enfin, la CNAM prépare la prochaine « grande » négociation conventionnelle de 2022-2023 en indiquant avoir engagé des travaux préparatoires à la mise en place de financements collectifs incitatifs à la qualité et à la performance. Dans ce cadre, les enseignements qui seront tirés des expérimentations faites au titre du Paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) et du projet IPSO, autour d'un « nouveau contrat médecin traitant », seront particulièrement attendus.

LA CO-PRODUCTION EN PRÉVENTION

Dernier chantier mis en avant dans le rapport, celui de la relance des politiques de prévention. L'épisode de crise sanitaire a mis en exergue le besoin de bâtir une culture de santé publique s'inscrivant dans la durée. Le respect globalement constaté des mesures sanitaires prises alors (lavage main, port du masque, distanciation sociale...) et le sursaut de la campagne vaccinale de l'automne dernier ne doivent pas rester sans lendemain. Pour ce faire, l'Assurance Maladie veut impulser une nouvelle dynamique marquée la mise en place d'actions de prévention « co-produites » avec les acteurs du système de santé. La logique se veut simple : la CNAM et les CPAM impulsent et financent des initiatives pour agir sur les déterminants de santé, mais elles ne le font pas seules en s'appuyant sur les secteurs de l'éducation, du social et médico-social, sur les élus locaux... Matérialisation concrète de cette ambition, elle entend élaborer une stratégie nationale de prévention et de promotion de la

santé avec l'Éducation Nationale qui doit aboutir à la mise en place d'actions au sein des établissements scolaires. Un sujet sur lequel la France est en retard par rapport à ses voisins européens.

Autres initiatives à relever, celles aboutissant à la généralisation du programme « Mission retrouve ton Cap » visant à la prise en charge précoce des enfants en base à âge présentant un risque d'obésité, mais également, la proposition de financer des équipes de recherche dédiées à l'analyse des systèmes de santé et de la promotion de la santé en France. On le constate, la feuille de route présentée par l'Assurance Maladie est à la fois dense et ambitieuse. Comme le veut l'usage, une partie des propositions avancées dans ce Charges et Produits sera intégrée dans le prochain PLFSS, et donc soumise au vote de l'Assemblée nationale et du Sénat, tandis que les autres mesures seront directement déployées par la caisse nationale d'ici les prochains mois. Affaire à suivre, donc. ■

■ Alexandre Beau

COUVERTURE SANTÉ

CSS, OÙ EN EST-ON ?



Un an et demi après le lancement de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), née de la fusion de la CMU-C et de l'ACS, les différents acteurs commencent à tirer les premiers enseignements de cette réforme.

« Réduire le renoncement aux soins pour des raisons financières, tout en améliorant la couverture en complémentaire santé des populations précaires ». Tel est l'objectif ambitieux de la LFSS 2019. Depuis le 1er novembre de cette même année, cette couverture remplace la CMU-C et l'ACS. Elle est ainsi attribuée sans participation aux personnes dont les ressources sont inférieures à 9 041 € par an, et moyennant une contribution pour celles percevant jusqu'à 12 205 €. En fonction de leur âge, elles devront déboursier de 8 € à 30 € par mois. Selon la DSS, 7,31 millions de bénéficiaires étaient protégés par la CSS à fin mars dernier, soit une progression de 3,2 points par rapport à octobre 2019 (sous l'ancien dispositif). Cette hausse intervient après une « légère baisse temporaire des effectifs en fin d'année 2019 » souligne la DSS, en lien avec l'appropriation de la

réforme. Concernant la CSS sans participation (ex CMU-C), ils augmentent de 2,5 %, à 5,92 millions. La CSS dite « contributive » (remplaçant l'ACS) couvre, quant à elle, 1,38 million d'invidus, soit un bond de 6,1 %. Lors de la présentation de la réforme, certains Ocam avaient exprimé leur crainte de « rester sur le carreau », les personnes couvertes par le dispositif avec participation ayant la possibilité de choisir une gestion par leur CPAM ou parmi une liste de 121 complémentaires (principalement des mutuelles). Ces dernières demeurent majoritaires avec 58 % du portefeuille global. Toutefois, le nombre de ressortissants optant pour l'Assurance Maladie augmente de 18,28 % entre décembre 2020 et mars 2021 (voir graphique ci-contre).

AUGMENTER LE TAUX DE RECOURS

Côté pouvoirs publics, l'heure n'est pas encore au bilan, la crise sanitaire et économique rendant difficile toute

évaluation. La croissance des bénéficiaires peut être attribuée à un taux de recours plus élevé, mais également à un accroissement du nombre de personnes éligibles en lien avec une paupérisation de la population. « Cette réforme entre en vitesse de croisière en 2021, et il va falloir activer tous les leviers pour la faire mieux connaître et augmenter le taux de recours », a souligné Franck Von Lenep, directeur de la Sécurité sociale lors d'une table-ronde organisée par l'Association des journalistes de l'information sociale (Ajis), début juin dernier. Au premier trimestre de cette année, 47 % des personnes couvertes par la CSS avec participation étaient des primo-demandeurs.

« Nous avons mis en place avec la CNAV et la CNAF des flux de données nous permettant ensuite d'écrire aux bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH), de l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), pour les inciter à se rendre sur notre simulateur en ligne », a précisé Fanny Richard, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins de la CNAM.

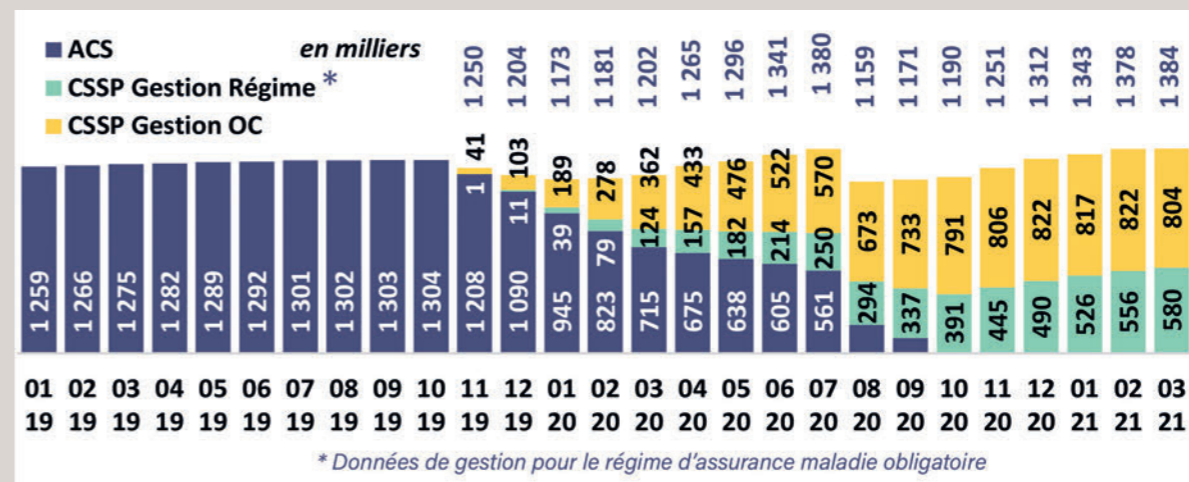
L'année dernière, plus de 700 000 courriers ont été envoyés dans ce cadre. L'Assurance Maladie œuvre également avec des associations dédiées aux publics précaires et les mutuelles, très impliquées sur le terrain. Au sein des CPAM, un accompagnement santé a été mis en place. En 2020, plus de 55 % des personnes dépourvues de complémentaire en intégrant ce suivi ont pu en souscrire une, dont 77 % étaient éligibles à la CSS (principalement avec participation). Côté dépenses, la facture globale s'élève à 2,5 Mds € dont 2,2 Mds pour l'AMO et 300 Ms pour les organismes complémentaires. Une répartition liée à prédominance de la CSS

« Nous devons réussir à trouver un équilibre économique et donc ne pas avoir de déficit de gestion sur la CSS, »



François Couton, DG délégué d'Harmonie Mutuelle

Effectifs ACS / Complémentaire santé solidaire avec participation (Tous régimes)



Source : régimes d'Assurance maladie, déclarations TSA pour l'ACS et pour la Complémentaire santé solidaire avec participation pour les organismes complémentaires.

contributive (82 %), sur laquelle les Ocam sont minoritaires. Toutefois, ce chiffre est « forcément sous-estimé » en raison de la moindre consommation de soins en 2020, a précisé Franck Von Lenep. « Nous sommes remboursés à l'euro près pour la partie technique, mais je rappelle que ce sont les complémentaires qui financent la CSS via la TSA, qui est de 13,28 % pour l'ensemble des cotisations des adhérents », a souligné Séverine Salgado, désormais directrice générale de la Mutualité Française et alors directrice déléguée à la santé. « Dans la construction même du dispositif, on organise le déficit en gestion pour les organismes ayant choisi de le gérer. En rythme de croisière, ils sont rémunérés à hauteur de 28 € par bénéficiaire de la seule CSS participative », a-t-elle ajouté pointant les coûts largement supérieurs générés. Effet collatéral, les mutuelles ont connu un assèchement de leur portefeuille lié à la suppression de l'ACS.

« REDISTRIBUTION SOCIALE »

Première mutuelle de France, Harmonie Mutuelle est également la plus impliquée dans la CSS. « Harmonie Mutuelle et les mutuelles qui l'ont créée, accompagnent historiquement ce type de dispositif destiné aux populations précaires. La bascule de la CMU-C et de l'ACS vers la CSS a entraîné une légère baisse du portefeuille mais globalement, nous restons au-dessus des 300 000 bénéficiaires. Sachant que cette période a été marquée par quelques complexités administratives dans le cadre du lancement rapide de ce nouveau dispositif et aussi par la crise sanitaire et sociale qui a perturbé les demandes des bénéficiaires », explique à ESE son directeur général délégué, François Couton. Parmi ces ressortissants, un peu plus de moitié relèvent de la CSS avec participation. Et la mutuelle rassemblerait de 20 à 25% de l'ensemble des bénéficiaires ayant choisi un Ocam. « Le dispositif représente un coût non

négligeable, mais nous avons décidé de l'assumer. Notre raison d'être, adoptée lors de notre assemblée générale du 6 juillet dernier, affirme notre volonté de renforcer l'accès à la santé pour tous, en particulier des plus fragiles. Les adhérents d'Harmonie Mutuelle, représentés par leurs élus, ont fait un choix de redistribution sociale et de solidarité », poursuit François Couton. En outre, les « assurés » CSS ont la qualité d'adhérents et bénéficient de services complémentaires, en matière de prévention, d'action sociale, et ont aussi accès au réseau de soins Kalixia. Plus largement, Harmonie Mutuelle collabore avec différentes associations tournées vers les plus fragiles. Elle échange notamment avec la Fondation Abbé Pierre afin de mettre en place un Observatoire de la pauvreté et de la précarité. Avec la réforme, les Ocam assument un rôle de délégataire de gestion et ne portent plus le risque (contrairement à l'ACS). « Nous devons réussir à trouver un équilibre économique et donc ne pas avoir de déficit de gestion sur la CSS, d'autant que les dotations vont se réduire à l'avenir. Nos démarches envers les différentes parties prenantes (CNAM, DSS, FNMF, associations) visent d'abord à fluidifier la partie administrative pour réduire les coûts de gestion et améliorer le quotidien des bénéficiaires. Pour ce faire, nous avons mis en place une filière CSS qui doit être viable économiquement. Ensuite, nous travaillons aussi avec tous les acteurs pour compléter le dispositif CSS d'un accompagnement social renforcé ».

Emilie Guédé

Et qu'en pensent les usagers ?

Féreuze Aziza, conseillère technique de France Assos Santé (lors de la table-ronde organisée par l'Ajis) : « Le fait qu'il y ait plus de bénéficiaires n'est pas forcément une bonne nouvelle, cela veut dire qu'il y a plus de personnes dont les revenus sont très bas, les seuils de la CSS avec ou sans contribution étant particulièrement peu élevés.

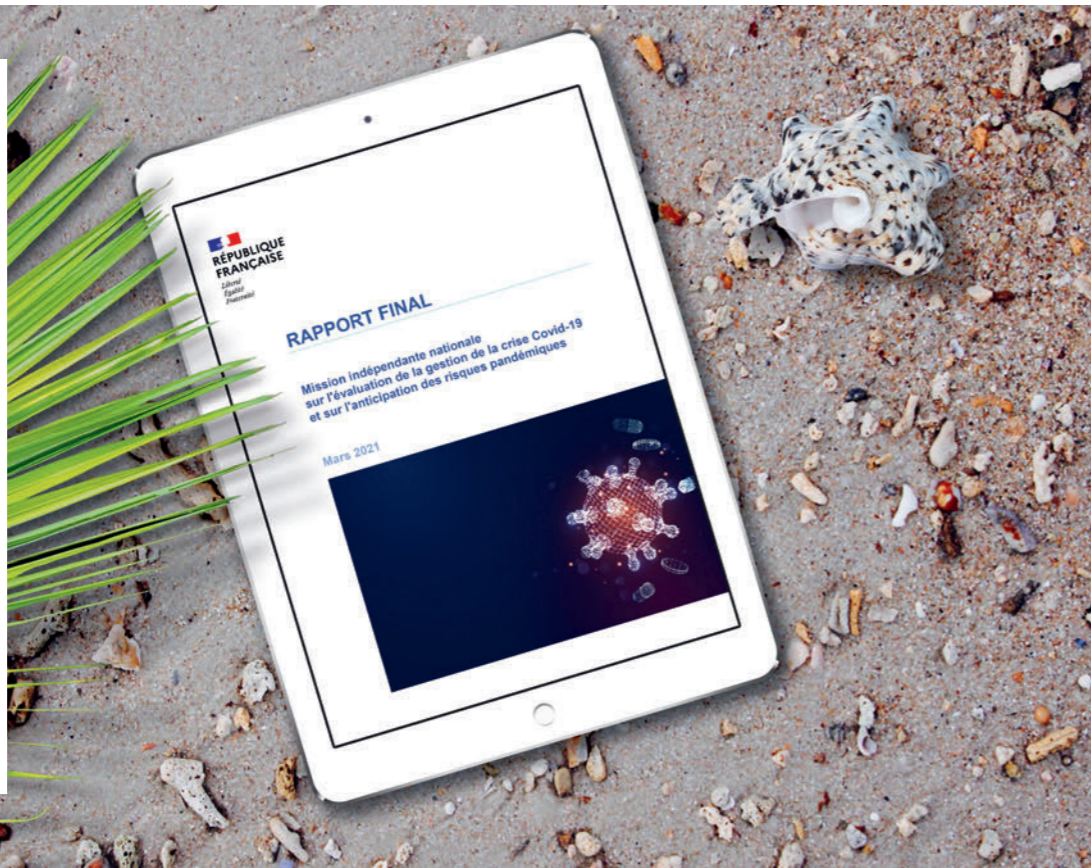
Ce qui est important pour France Assos Santé, c'est d'améliorer le taux de recours, c'était d'ailleurs l'objectif de cette réforme (...). Nous avons des retours de certains « perdants » qui bénéficiaient auparavant de l'ACS et qui avec la CSS, doivent payer une cotisation finalement plus élevée. Il faudra déterminer s'il y a vraiment eu une perte de ces personnes, à cause de ce « reste à charge », même si elles restent éligibles (...) Se pose aussi la question de l'étude automatique des droits. Elle existe déjà pour le RSA, mais d'autres populations pourraient en bénéficier, comme celles percevant l'AAH par exemple. Les personnes en situation de précarité ou de difficultés financières ont déjà beaucoup de dossiers administratifs à remplir, il faut vraiment simplifier au maximum pour éviter les pertes ».



PERSPECTIVES

LES RAPPORTS À LIRE PENDANT LES VACANCES...

Cet été l'équipe d'ESE vous propose, comme devoirs de vacances, la lecture des rapports parus fin 2020 et au cours de ce premier semestre. Comme quoi, un temps studieux n'est pas incompatible avec un repos mérité. La France des rapports et autres missions demeure une terre considérable. De là, à ce que les recommandations de nos brillants experts trouvent une traduction dans les faits est une toute autre histoire...



Dernier en date, le rapport de la Cour des comptes sur « la situation et les perspectives des finances publiques », en date du 23 juin dernier. « *Un choc majeur* » que celui de la crise de la Covid-19. En l'espace de deux ans, la dette du pays s'accroît de 20 % du PIB, 470 Mds €, avec un ratio de 118 %. La règle des 3 % maximum de déficit en 2027 ne serait pas tenue. Il faut dégager 10 Mds € par an d'économies sur le champ public et social. Bon courage d'autant que les économies des nations « frugales », Allemagne incluse, laissent apparaître un débat européen musclé dès 2022. La Cour des comptes a également traité deux autres sujets importants que sont les GHT (Groupements hospitaliers de territoires) en date du 8/10/2020 et sur la lutte contre la

fraude sociale, en date du 17/9/2020

- Les sages de la rue Cambon évaluent l'efficacité des 136 GHT recensés sur le territoire au regard des deux principales missions qui leur sont confiées : l'amélioration de l'efficacité de l'offre de soins et la rationalisation des modes de gestion des établissements hospitaliers fédérés. Las, la Cour pointe un excès d'administration (comme d'habitude en France) et peu d'impact, en réalité, sur l'organisation de l'offre de soins. Le déficit porte également sur une réponse insuffisante à la question de l'égal accès aux soins entre territoires (hétérogénéité des GHT) et sur un faible niveau d'intégration des établissements (l'absence de personnalité morale pèse sur le processus). Bref, une copie à revoir et une réforme à dynamiser.
- Sur la fraude sociale, sujet sensible

dans l'opinion, la Cour apprécie les progrès de lutte dans les organismes de Sécurité sociale via une professionnalisation croissante des équipes (moyens et méthodes) et l'application d'une systématisation des contrôles (notamment les Caf sur les prestations sous conditions de ressources). Les magistrats jugent toutefois les progrès trop lents. Ils s'interrogent par ailleurs sur les résultats en deçà des évaluations et appellent un changement d'échelle sur les procédures déclaratives des droits. Trois priorités : circonscrire les usurpations d'identité, fiabiliser les salaires ainsi que les ressources des allocataires et les situations professionnelles. Trop de prestations sociales induisent une lourdeur administrative? Quant à l'Assurance Maladie, la question de la facturation des droits et des



Retrouvez les rapports présentés (hormis ceux de la MECSS et celui de Jean-Louis Touraine) en flashant ce QR code qui vous mènera directement à la page dédiée sur notre site internet.



Scannez-moi

soins demeure entière. On joindra à ce rappel, les annonces récentes de la CNAF, notamment sur la lutte contre la fraude organisée pour laquelle la branche famille entend muscler son action.

Les MECSS (Missions d'évaluation et de contrôles de la Sécurité sociale) tant de l'Assemblée nationale que du Sénat ont travaillé malgré les contraintes du confinement.

- Côté Palais Bourbon, on note plusieurs contributions comme le rapport sur les 10 ans des ARS (Agences régionales de santé) paru le 21 juin dernier. Les députés plaident pour leur maintien et une garantie de leurs moyens en RH. Plus de territorialisation, de cohérences des missions et une gouvernance moins autocentrée sur les DG. Décrites pendant la crise sanitaire, souvent à tort, les ARS doivent évoluer pour devenir des vraies entités d'animation de la profonde réorganisation de l'offre de soins, y compris dans l'articulation entre l'ambulatoire et l'hospitalier. On notera également les missions portant sur la chirurgie ambulatoire (43 % des actes en 2019 et un objectif de 70 % en 2022!) ainsi que sur le DMP et les données numériques de santé. Le dispositif numérique appliqué pour enrayer la Covid-19 (application Tous anti-Covid) accélérera-t-il la mutation escomptée? L'automatisation du DMP, récemment décidée, est une voie pertinente.

- Côté Sénat, on note surtout l'excellente contribution sur le pilotage de la dépense de santé en redonnant du sens à l'Ondam publié fin décembre 2020. Un thème repris récemment par le Hcaam selon un mode différent. Les élus du Palais du Luxem-

bourg demandent un Ondam plus transparent et un renforcement du suivi parlementaire. L'architecture de ce dernier est jugée trop segmentée, 17 Mds € de dépenses maladie n'y figurent pas (les I. J. notamment). L'approche de l'Ondam est décorrelée des besoins de santé et les mesures d'économies sont trop opaques sans suivis, voire artificielles.

HCAAM EN POINTE

Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie travaille selon un calendrier assez étiré. En 2020, le Haut conseil a rendu un avis sur l'organisation de la médecine spécialisée et la problématique du second recours aux soins ambulatoires. Gageons que ces préconisations seront dans la future négociation de la convention médicale de 2022...

Début janvier 2021, le Hcaam a présenté un document de travail sur le complémentaire santé et la prévoyance. Un texte qui fit quelques bruits dans le milieu de l'assurance santé puisqu'il énonce des hypothèses d'évolution de la place des Ocam : le statu quo actuel, jugé bancal par beaucoup, le partage du panier de soins en recentrant les Ocam sur des domaines où l'assurance maladie est financièrement peu présente comme les soins prothétiques (optique, dentaire, audioprothèses) ou carrément un renforcement de l'Assurance Maladie sur le périmètre des prises en charge (équivalent de la situation du régime Alsace-Moselle). Ce document devrait au final, faute d'accord entre les membres du Haut conseil, demeurer en l'état, c'est à dire, un simple énoncé d'hypothèses sans posture consensuelle.

Plus récemment, le Hcaam a rendu un avis sur la régulation du système de santé en avril 2021, plaidant pour un Ondam pluriannuel et une meilleure déconcentration des crédits via une véritable fongibilité des sous-Ondam entre l'enveloppe des soins de ville et hospitaliers. ESE a déjà largement rendu compte dans ses éditions précédentes des avis de cette instance de réflexion et de propositions. Quitte à « écorcher » quelque peu son utilité

dans les circonstances actuelles de forte dégradation de la démographie médicale de ville. Nous suggérons fortement aux dizaines de représentants de la santé qui composent le Haut conseil de se saisir d'urgence de la pénurie médicale qui balaie une part non négligeable de nos territoires, y compris nos grandes métropoles.

LIRE LE RAPPORT PITTET

Trois dernières contributions à consulter, peut-être les plus utiles dans la période. Le rapport Pittet (ESE 1191 du 19 mars) publié le 18 mai dernier, professeur de médecine et épidémiologiste réputé, remis à Emmanuel Macron, sur la gestion de la crise sanitaire. Au-delà des défauts connus, le bilan global est jugé moins négatif que l'écho donné par les médias, le rapport plante une exigence absolue d'un besoin d'une véritable stratégie de santé publique pour le pays. Cette contribution a incité Olivier Véran, ministre de la Santé, à décider une mission nationale sur la musculation des professionnels et la communication « grand public » en matière de prévention, de formation et de communication.

Autre document à compiler, la « structuration de la filière numérique en santé » du Conseil numérique en santé (Nicole Hill et Robert Picard) daté du 8 décembre 2020 et ses 40 propositions pour dynamiser la filière. Un texte qui complète le rapport de Robert Picard sur le besoin d'accélération de la démarche stratégique numérique remis au CGE (Conseil général de l'économie).

Enfin, le rapport du député Jean-Louis Touraine, rapporteur d'une mission de l'Assemblée sur le médicament, rendu public le 22 juin dernier. On y retrouve les constats connus sur les pénuries de produits essentiels, l'extrême complexité et les excès bureaucratiques de l'État, les freins à l'innovation, les égarements fiscaux sur le CIR (crédit impôt recherche) et le danger de la financiarisation de l'industrie pharmaceutique.

La France des rapports, des missions et des contributions est donc riche. Reste l'essentiel, le passage à l'acte s'agissant des réformes.

■ Pascal Beau

vyv LA BIENVEILLANCE

Près de 30 000 professionnels du soin et de l'accompagnement engagés au quotidien.

Le Groupe VYV est un groupe mutualiste (Mutuelle et assurance - Services et assistance - Soins et accompagnement - Habitat et logement social) qui agit au quotidien pour la santé de plus de 11 millions de personnes.

GR O U P E
vyv

Entrepreneur du
mieux-vivre