

PRÉSIDENTIELLE 2022

**Des prémices
de programmes**

FAMILLE

**Analyse du Rapport
Damon-Heydemann**

“
**Ma réforme
s'accélère**
”

ENTRETIEN AVEC
**BRIGITTE
BOURGUIGNON**
Ministre déléguée en
charge de l'Autonomie



BOUCLIER SANITAIRE - LES EXEMPLES EUROPÉENS



mgen

GRUPE vyv

POUR SON AUTHENTICITÉ

J'AI
CHOISI
MGEN

MUTUELLE SANTÉ - PRÉVOYANCE

Marie-José Pérec est engagée avec MGEN pour promouvoir le sport-santé. Authentiquement mutualiste, MGEN rend accessibles les meilleurs soins à tous. Rejoignez-la.

MARIE-JOSÉ PÉREC
TRIPLE CHAMPIONNE OLYMPIQUE DE
400M ET 200M & DOUBLE CHAMPIONNE
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 - ÉVÈNEMENT

« Nous allons corriger les disparités qui subsistent entre les territoires ». Entretien avec Brigitte Bourguignon, ministre déléguée en charge de l'Autonomie.

8 - ACTU

Sécu 2021 : Le rapport de la Cour des comptes.

9 - SÉQUENCES

• **Prévoyance**

Bouclier sanitaire : ce que font nos voisins européens.

• **Famille**

Rapport Damon-Heydemann : une politique petite enfance en trois temps.

• **Présidentielle 2022**

Premières intentions sur les retraites, la santé et la Sécu.

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



Pascal Beau

PÉNURIE



C'est selon nous, une question plus complexe, et en tout cas plus urgente que celle du mythe d'une « grande Sécu ». Parmi les paradoxes de la crise, les pénuries de personnels soignant dépassent les normes habituelles alors que le pays redémarre et que l'État réalise des efforts budgétaires conséquents avec les différents Ségur. Cette crise se dédouble avec celle des déserts territoriaux sanitaires et médicaux. Maigre consolation, la majorité des pays développés connaissent des situations similaires.

En France, les données connues doivent, toutefois, être interprétées avec prudence. Le

capharnaüm classique des médias audiovisuels, toujours dans l'excès, ne doit pas supplanter l'analyse sérieuse des faits. Cependant cette situation inquiète par son ampleur potentielle et sa permanence possible. Les facteurs explicatifs d'un surcroît de pénuries sont latents : salaires insuffisants, faibles perspectives de carrières, craintes de burn-out professionnels, perte de motivation, séquelles de management peu avisé, relation difficile avec les patients dans un contexte émotionnel fort... Tous ces facteurs concourent au climat pessimiste général.

Dans les hôpitaux, la situation, déjà tendue avant la crise sanitaire, prend parfois une dimension aiguë. Autre paradoxe, dès le 27 octobre prochain, ils se verront appliquer le système de plafonnement de l'intérim médical, suite aux abus dénoncés par les parlementaires, y compris Olivier Véran en son temps. Lequel intérim pèse pour près de 18 % du coût salarial des médecins dans le public ! Face à ce qu'ils considèrent « comme un remède pire que le mal », les gestionnaires ont demandé un délai au ministère de la Santé. Pour d'autres catégories de personnel et dans les autres domaines ; si les variables explicatives diffèrent en partie, la tendance est similaire.

Que faire alors ? Il faut agir par une accélération des mesures salariales, favoriser une attractivité des métiers pour la progression professionnelle ; peut-être, mettre le holà aux appétences du secteur privé, et surtout repenser l'organisation de l'offre de soins et des services. Le management des établissements est aussi questionné. Cela suffira-t-il ? Pas sûr. Il y a bien un défi d'argent public dans cette affaire. Mais il y a aussi un enjeu moral autour du sens de l'engagement de chacun. Soigner et accompagner les personnes n'est jamais un choix anodin. ■

Le cru 2022 du PLFSS se démarque par un nombre important de mesures dédiées à la perte d'autonomie : création d'un tarif national plancher, investissement dans le maintien à domicile et dans la modernisation des Ehpad, renforcement de la CNSA... **La ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, Brigitte Bourguignon**, nous explique comment l'ensemble de ces chantiers entendent renforcer aussi bien les infrastructures que le rôle des acteurs intervenant dans le champ médico-social.



“ Nous allons corriger les disparités qui subsistent entre les territoires ”

Le PLFSS 2022 introduit de nombreuses mesures dans le champ de la perte d'autonomie. Peut-on parler d'un projet de loi structurant pour le secteur ?

Oui, nous n'avons jamais mis autant de moyens dans un PLFSS pour l'autonomie des personnes âgées. Ces politiques sont l'un des piliers du texte de cette année et ma réforme autonomie s'accélère. La stratégie tourne autour de deux axes majeurs : mettre le paquet sur le domicile et transformer le modèle de l'Ehpad. Nous mettons en effet sur la table plus de 400 Mds € supplémentaires l'année prochaine pour le domicile et les établissements. Nous investissons pour renforcer la qualité de l'offre d'accompagnement du vieillissement à domicile. Ainsi, nous allons créer un tarif plancher national de 22 €, auquel s'ajoutera une dotation dite « qualité », pour améliorer la qualité des services d'aide à domicile et rendre les structures économiquement viables. Il y avait urgence à agir, nous le faisons. Grâce au PLFSS, nous allons donc corriger les disparités qui subsistent entre les territoires pour permettre à chaque Français de bénéficier d'une offre d'accompagnement à domicile de qualité, peu importe l'endroit où il réside. Dans le même temps, nous continuons de déployer le plan d'investissement de 2,1 Mds € pour bâtir, d'ici 4 ans, l'Ehpad de demain, avec une enveloppe pour le numérique, les petits équipements du quotidien ou encore la rénovation du bâti. Dès 2022, les établissements pourront également exercer de nouvelles missions comme celle d'être un centre de ressources territorial, qui favorisera les partages

d'expertises entre les professionnels pour mieux accompagner les personnes, où qu'elles vivent, et renforcer les synergies entre le domicile et les Ehpad.

Les mesures portant sur la revalorisation des carrières sont-elles susceptibles de relancer l'attractivité des métiers de service à la personne ?

Depuis 2020, l'Etat a revalorisé massivement les métiers du grand âge et de l'autonomie à hauteur de 2,8 Mds €. Avec le Ségur de la santé d'abord, qui a progressivement été étendu à de nouvelles catégories de professionnels, et qui a permis à des centaines de milliers d'entre eux de bénéficier d'une revalorisation salariale d'un montant s'élevant entre 160 et 183 € nets supplémentaires tous les mois. Avec l'entrée en vigueur de l'avenant 43 ensuite, qui permet à 209 000 salariés de la branche de l'aide à domicile (BAD), depuis le 1^{er} octobre 2021, de bénéficier d'une revalorisation de leur salaire de 13 à 15 % en moyenne. Avec la création du tarif plancher national en 2022, nous renforçons financièrement les structures et nous ouvrons donc la voie au dialogue social entre les employeurs et les salariés du secteur privé pour aboutir, à terme, à une revalorisation de leur salaire. Nous avons donc, depuis plus d'un an, créé les conditions de l'attractivité des métiers du grand âge afin d'attirer des candidats et de fidéliser les professionnels déjà en emploi. Les revalorisations étaient attendues et indispensables.

Nous avons aussi agi sur le développement des formations et la levée des freins au recours à l'apprentissage qui subsistaient. Par notre action, 12 000 places de formation ont été créées et le diplôme d'aide-soignant ou d'accompagnement éducatif et social a été révisé pour donner la part belle aux stages et expériences de terrain. C'est par cette action globale que le gouvernement a menée, sur les salaires et sur les formations, que nous pourrions réellement susciter des vocations vers ces métiers d'avenir, qui ont un sens profond : aider nos aînés.

Vous venez de rendre vos arbitrages concernant l'allocation des crédits d'investissement médico-sociaux issus du Ségur de la santé. Priorité est donnée au maintien à domicile, à l'Ehpad « hors mur » ?

Notre stratégie nationale pluriannuelle d'investissement pour les Ehpad est ambitieuse. Elle vise à transformer l'Ehpad et à inventer des alternatives d'habitat en fonction du parcours de vie de chacun. C'est pourquoi, l'année prochaine, nous continuerons d'investir dans la transformation du modèle des établissements, pour renforcer leur ouverture sur le territoire et les synergies avec les professionnels du domicile.



“ Notre stratégie d'investissement vise à transformer l'Ehpad et à inventer des alternatives d'habitat en fonction du parcours de vie de chacun. ”

Dans ce PLFSS, 20 Mds € seront consacrés au développement des Ehpad « ouverts et projetés vers l'extérieur » pour les personnes âgées résidant à domicile et qui nécessitent un accompagnement plus intensif afin d'éviter une entrée en établissement. Ces crédits seront également alloués aux Ehpad pour leur permettre d'assurer une nouvelle mission de centre de ressources territorial. En effet, ils concentrent une expertise gériatrique et des moyens qu'il est nécessaire de mettre au service de l'ensemble du territoire et aux professionnels du domicile. Grâce à ce partage de bonnes pratiques, d'expertise et à la mise à disposition de plateaux techniques, nous voulons que

les personnes âgées du territoire puissent bénéficier d'un accompagnement accru et de meilleure qualité, chez elles. La crise a mis en lumière le besoin d'un grand changement, il ne s'agit pas de mettre un simple coup de peinture aux établissements, mais de transformer pleinement le modèle de l'accompagnement des personnes âgées.

Un an après la création de la cinquième branche, êtes-vous satisfaite de la montée en puissance de la CNSA ?

Depuis l'entrée en vigueur du PLFSS pour 2021, la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assume le rôle de gestionnaire et de pilote de la cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie. Son périmètre financier, ainsi que son champ d'action se sont donc

considérablement élargis. Sa gouvernance fait la part belle au dialogue avec les partenaires sociaux et, de manière générale, avec l'ensemble des parties prenantes de ses politiques. Cette évolution de la place de la CNSA est indispensable pour garantir l'universalité, la qualité et l'équité des dispositifs et des droits financés par la branche. La CNSA a également pris toute sa part comme opérateur de l'État dans le déploiement territorial et opérationnel, au plus près des Français, de nos politiques pour l'autonomie, comme le plan d'investissement du Ségur et de France Relance, dont j'ai signé moi-même l'instruction aux ARS pour ce qui concerne les Ehpad. La CNSA agit donc dans ce cadre comme une agence de l'Etat, pour concrétiser, dans les territoires, la réforme de l'autonomie sous ses différents aspects. Ce sera l'un des enjeux majeurs de la future convention d'objectifs globale, qui sera finalisée d'ici la fin de l'année.

Estimez-vous qu'un pilotage à trois têtes (CNSA, ARS et départements) est gage d'efficace ?

Il y a un enjeu de simplification de la gouvernance des politiques de l'autonomie. La réforme que je mets en œuvre prépare ce chantier, grâce aux moyens supplémentaires accordés aux départements, dont la CNSA devra vérifier qu'ils sont bien mobilisés au service de l'amélioration des réponses dans les territoires. C'est un choix fort, pour que les départements soient en capacité de réussir ce grand défi de la transition démographique et du virage domiciliaire. Je suis en étroite relation avec le président de l'Assemblée des Départements de France (ADF), François Sauvadet. Je veille aussi à rencontrer chaque président de département lors de mes nombreux déplacements dans les territoires, comme le président Poiret dans le Nord. Je dialogue aussi avec les maires et présidents d'agglomération, dont beaucoup ont saisi l'enjeu du vieillissement et se mobilisent au plus proche de leurs concitoyens. Parallèlement, les ARS n'auront jamais eu autant de moyens juridiques, humains et financiers, pour conforter l'offre de soin en établissement et à domicile. Ils dialoguent au quotidien avec les départements sur



“
Les acteurs du secteur nous demandaient des moyens concrets et vite, ce que nous faisons.”

la stratégie à moyen terme. Car ce que souhaitent les acteurs de terrain, c'est de la co-construction, et c'est une vision partagée des enjeux de demain.

Avez-vous défini une trajectoire de financement pour cette branche ?

La création de la cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie, en août 2020, a été une mesure historique, pour la structuration d'une véritable politique nationale de l'autonomie, à la hauteur des enjeux de la transition démographique qui se profile. Dès sa création, le gouvernement lui a alloué des financements sanctuarisés et pérennes. Ainsi, à partir de 2024, une fraction de CSG supplémentaire sera affectée à la branche, pour un montant de 2,4 Mds €. À l'horizon 2030, ce montant s'élè-

vera à 3 Mds €. La branche dispose donc d'une véritable trajectoire de financement sur le long terme.

Avec le recul, comprenez-vous la déception des différents acteurs du secteur face à l'absence d'une « grande loi » ?

Je veux leur répondre qu'aucun gouvernement n'a mis autant de moyens pour concrétiser une réforme du grand âge et de l'autonomie. La réforme que je porte

reposera, l'année prochaine à nouveau, sur un effort massif de l'Etat pour financer des mesures qui auront un impact fort sur le quotidien des Français. Les acteurs du secteur nous demandaient des moyens concrets et vite, ce que nous faisons. Les organisations qui représentent les professionnels de l'aide à domicile ont par ailleurs largement exprimé leur reconnaissance, car cela faisait près de 20 ans qu'elles attendaient la création d'un tarif plancher.

Au-delà de répondre aux attentes principales d'un secteur qui peine à répondre aux demandes qui lui sont adressées par les familles, nous agissons avec pragmatisme pour répondre aux aspirations des Français qui souhaitent bien vieillir chez eux et dans des Ehpad profondément transformés. Le PLFSS est un vecteur d'action puissant et rapide, dont les premiers effets seront visibles dès 2022, et qui offrira un rendez-vous annuel pour faire progresser marche après marche la politique de l'autonomie.

■ **Propos recueillis par Alexandre Beau**

À RETENIR

L'ESSENTIEL DE LA LETTRE D'ESE



- ★ **Franck Van Lenep**, Directeur de la Sécurité sociale, lors d'une table ronde à l'EN3S, confirme le chantier de la « grande Sécu » avec, au final, une décision politique à prendre sur le choix du scénario de réforme.
- ★ Quant aux travaux du **Haut conseil**, ils devraient s'achever fin novembre au mieux...
- ★ **30 amendements au PLFSS 2022** adoptés en commission des Affaires sociales de l'Assemblée dont le tiers-payant intégral

pour les bénéficiaires du 100% santé via la numérisation de la procédure, l'obligation pour le médecin de justifier son opposition aux biosimilaires...

★ **La COG** (convention d'objectifs et de gestion) 2021-2025 de la CCMSA a été approuvée par le CA de la caisse centrale, en attente des signatures ministérielles...

★ Confirmation qu'une enveloppe de 7,5 Mds € sur 5 ans sera dédiée à la santé (biomédicaments, numérique, I.A.) dans le plan cadre du **plan France 2030** de 30 Mds € annoncé par Emmanuel Macron...

★ Selon les données de la Cnam, sur la **CSS** (complémentaire santé solidaire), on note une forme de retrait de la gestion du dispositif faite par les Ocam (50,4 % du total en gestion directe) avec une baisse globale de 9 %...

★ **Bilan du plan pauvreté 2019-2022**, 13 Mds € mobilisés notamment sur 9 000 créations de places en crèches, les PAEJ (formation des jeunes), la montée de la garantie jeunes. ■

PROJECTIONS



▶ **Priorité du ministère de la Santé**, la sécurité informatique des EPS avec la création prévue « d'un référent unique d'exigence » appelé Maturin-H, pour les quelques 2 000 établissements. Autres chantiers en vue, des audits récurrents et un suivi budgétaire rigoureux sur les moyens et équipes des SI.

▶ Autre chantier de la **présidence française de l'Union Européenne** à compter du 1^{er} janvier prochain, la mise en route d'un plan sur les maladies rares en vue de partager les investissements et les résultats. Utile à savoir, 71 % des Français jugent important que la santé figure parmi les priorités d'action de la

présidence française de l'U.E. en janvier prochain.

▶ Existence d'un ticket modérateur de 40 % à la charge des Ocam sur les consultations de psychologues. L'enveloppe publique prévue est « glissante », de 50 Ms € en 2022 jusqu'à 170 Ms € en 2024.

▶ Le colloque du COR du 15 novembre prochain sera important. Les experts de l'institution dévoileront les nouvelles hypothèses des retraites sur le long terme et expliqueront les motifs de leur relatif optimisme sur les données macro-économiques à venir. ■

EN BREF

- Effondrement des ventes et des utilisations des vaccins chinois Sinovac et Sinopharm (-50 %) dans les 37 pays consommateurs pour cause de faible efficacité et effets secondaires importants.
- Greffes d'organes, la France recule. Baisse des transplantations, allongement des délais pour l'accès aux organes, recul de l'acceptabilité de principe des patients des prélèvements et donc recul du nombre de donateurs, le tableau d'ensemble devient inquiétant.
- Peu enthousiaste, l'ANSM (Agence du médicament) sur le nouveau vaccin antigrippe saisonnière de Sanofi, *Eflueda*, destiné aux plus de 65 ans pour cause de bénéfice/risque peu supérieur et d'un coût multiplié par quatre ! ■

LES CHIFFRES

0,289
de coefficient Gini en 2019 pour la France, un des meilleur score au monde en matière de taux d'inégalité (Source : Insee).

30 %
des personnes vaccinées déclarent l'avoir fait sous la contrainte du pass sanitaire (Source : SPF).

3,7 %
de hausse du CA de l'industrie pharmaceutique en 2020 (62,1 Mds €) dont 50 % à l'exportation.

0,6 %
des professionnels (santé, etc.) ont été suspendus pour refus d'obligation vaccinale.

7,2 millions
de bénéficiaires couverts par la CSS (+1,7%) dont 5,8 millions relèvent de l'ex-CMUC (+8 % sur un an).

12,3 pour 100 000 habitants
taux de suicide en France, en baisse certes mais supérieur à la plupart des pays de l'U.E.

7 Mds €
de TSA sur les Ocam en 2021 contre 350 Ms € en 1999. Collecteurs de parafiscalité, un nouveau métier.

SÉCU 2021, LE RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES

RÉFORMES : ACTIONS !

Outre des remarques de présentation de la situation comptable (tableaux sur « l'équilibre » des comptes et la situation patrimoniale des régimes), la Cour appelle de ses vœux une réforme des lois de financement. En attribuant au Parlement une capacité supérieure en matière d'information et de pilotage des dépenses. Cela passe notamment par une clarification des trajectoires pluriannuelles et une gestion rigoureuse de leur application. Sans oublier la question de l'endettement social, le déficit du régime général perdure depuis 40 ans...

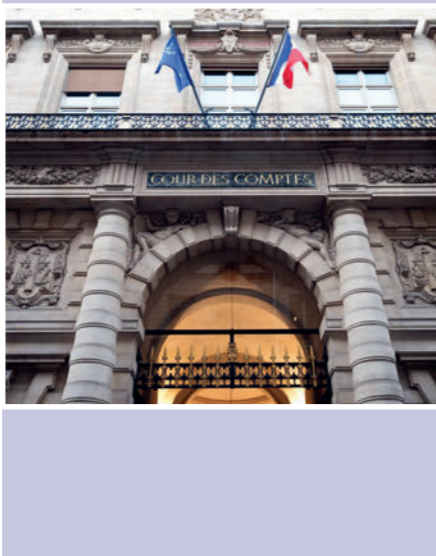
Sur la branche Maladie, les magistrats demandent une régulation renouée. En articulant mieux l'Ondam avec la stratégie nationale de santé énoncée en 2018. Rien de nouveau sur ce plan, mais, une fois l'effet crise sanitaire passé, il convient de mettre sur pied une stratégie forte sur l'efficacité et l'organisation de l'offre de soins.

SORTIR DE LA CRISE

Globalement, la Sécurité sociale a bien amorti la crise. Le service public a tenu. Mieux, il a démontré ses capacités d'adaptation face à une situation inédite. Le versement des prestations fut assuré bien que les organismes furent moins accessibles durant les périodes de confinement. La dynamique du télétravail fut réelle et performante. Tout au plus, la Cour suggère de rendre plus efficaces l'accompagnement individuel et le retour à la normalité des politiques de contrôle, quelque peu délaissées vu les urgences sociales et économiques (s'agissant du recouvrement des cotisations).

Dans le détail, les acquis de la crise sont paradoxalement nombreux. Parmi ceux-ci, le développement de la télésanté. L'engagement de l'Assurance Maladie est salué. La gestion des cas contacts, le tracing des patients, 20 millions de personnes appelées entre la fin août 2020 et la fin juin 2021, autant de capacités mobilisées dans les CPAM. Les délais de liquidation des remboursements des frais médicaux n'ont pas souffert. En logique FSE (feuille de soins électroniques), le délai est de 3 à 4 jours ouvrés.

Près de 400 pages de constats et de recommandations, le cru 2021 du rapport annuel de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale alerte une nouvelle fois sur la situation financière alarmante des régimes sociaux. Crise sanitaire aidant, les magistrats demandent au gouvernement « une trajectoire de retour à l'équilibre axée sur la maîtrise et l'efficacité des dépenses ».



Pour la CNAF ce fut également un défi, certes moindre, mais là aussi, les Caf ont tenu le choc. Entre 15 et 19 jours de délai de traitement des cas, et ce en dépit de fermeture ou de réduction des temps d'accueil dans les organismes.

Quant aux versements des minima sociaux, le temps de latence fut réduit de 30 à 40 %, passage de 11 à 16 jours à une fourchette de 7 à 12 jours. Effet logique de cette mobilisation, un peu moins de contrôles, mais les Caf rétablissent la situation.

Quant au recouvrement des cotisations, question névralgique en temps de crise économique, l'Accoss (l'Urssaf caisse centrale, nouveau nom générique de la branche), tout au plus 11,4 Mds € d'impayés constatés en 2020 contre 2,3 Mds € en temps normal. Les restes à recouvrer atteignaient 4,5 % du volume escompté (0,9 % en période calme). Les retards d'encaissement touchent principalement les professions artisanales et indépendantes.

ACQUIS ET AMÉLIORATIONS DE GESTION

S'il est un acquis important permis par la crise sanitaire, ce fut celui de la télésanté. De 140 000 téléconsultations enregistrées en 2019, on est passé, selon les données de la Cour, à 18,4 millions. Sur les premiers mois de 2021, le flux a nettement chuté, de l'ordre de 1,5 à 1,8 million. La dématérialisation des prescriptions médicales est réclamée comme facteur d'efficacité du système de soins.

Des améliorations de gestion sont suggérées pour d'autres domaines. Pour la biologie médicale, très sollicitée logiquement durant les phases aiguës de la crise. Sont visés par les magistrats, les aspects touchant au contrôle de qualité, la prise en compte des innovations, gage de productivité. Les soins de suite, psychiatriques, l'accueil des personnes en perte d'autonomie, la cour demande une accélération des réformes engagées depuis 10 ans.

Dernier sujet pointé par la Cour, la reconnaissance et la réparation des AT-MP, le dispositif est jugé trop complexe et peu efficient.

■ Pascal Beau

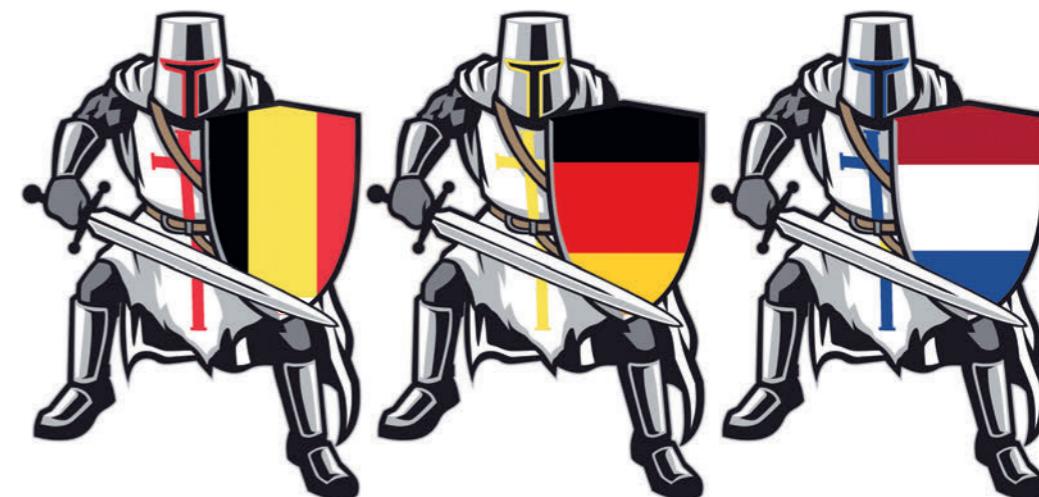
DÉPENSES DE SANTÉ

BOUCLIER SANITAIRE : CE QUE FONT NOS VOISINS EUROPÉENS

Le système français de prise en charge des dépenses de santé n'inclut pas de mécanisme de plafonnement, contrairement à plusieurs de ces voisins qui ont opté pour un bouclier sanitaire. Une situation qui pourrait être amenée à évoluer en fonction de la suite qui sera donnée aux travaux du HCAAM. Retour sur les exemples belge, allemand et néerlandais.

À l'heure des réflexions sur l'articulation entre RO-RC et sur la place des complémentaires, la piste du bouclier sanitaire revient sur le devant de la scène. Dès 2007, Martin Hirsch, alors haut-commissaire aux Solidarités actives, avait proposé la création de ce dispositif visant à plafonner les restes à charges (RAC) au président de la République, Nicolas Sarkozy. En vain. Cette solution est de nouveau examinée dans le cadre des travaux du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) et a également été évoquée cet été par la Cour des comptes.

Les RAC AMO, avant intervention des complémentaires, peuvent s'avérer importants en particulier pour les séjours hospitaliers. En 2017, le montant moyen s'élevait à 620 € par habitant, pour l'ensemble des dépenses de santé. Un niveau contenu sous l'effet des nombreux cas d'exonération du ticket modérateur. En 2019, 11,4 millions de personnes ont ainsi été concernées au titre des ALD. Ce RAC AMO dépasse néanmoins 2 200 € par an pour 10 % des patients et grimpe à plus de 5 400 € pour 1 %. À l'hôpital, il atteint en moyenne 290 € hors dépassements d'honoraires. Après l'intervention des Ocam, le RAC moyen global tombe à 220 €. Reste qu'une petite partie de la population (4 %) n'est pas couverte par une complémentaire. L'ardoise peut aussi s'avérer plus lourde pour les 2 % de personnes ayant souscrit à des offres non responsables n'intégrant pas forcément les tickets modérateurs, le forfait journalier hospitalier, les équipements du 100 % santé, etc.



L'Hexagone n'a pas prévu de mécanisme de plafonnement des RAC, contrairement à la Suisse, la Suède, les Pays-Bas l'Allemagne et la Belgique. Dans son dernier rapport, la commission des comptes de la Sécurité sociale s'est penchée sur ces trois derniers exemples.

LE « MAF » BELGE

En Belgique, les soins sont essentiellement financés par le régime obligatoire, à travers l'intervention des mutualités en premier niveau et les copaiements des ménages. Un système mis en place en 2005 généralisé à l'ensemble de la population le plafonnement des RAC via le « maximum à facturer » (MaF).

L'assurance maladie obligatoire finance les copaiements une fois un montant maximum annuel atteint. Ce dernier est fixé en fonction des revenus nets imposables des ménages, de 487 € à 1 948 € pour les plus aisés (cf. tableau 1, page suivante). Le taux maximum d'effort (c'est-à-dire les RAC en santé rapportés au revenu) est compris entre 3,6 % et 3,9 %. Pour les bénéficiaires de

minima sociaux, le plafond atteint 487 € (MaF social). Et les personnes malades bénéficient d'une minoration forfaitaire de 108 €.

Certains patients atteints de pathologies chroniques ou dépendants peuvent prétendre à des « interventions forfaitaires majorées », de 321 à 643 € par an. Contrairement à la reconnaissance des ALD en France, le statut « d'affectation chronique » peut reposer sur un critère économique. Il est accordé lorsque les dépenses de santé dépassent 300 € par trimestre pendant deux années civiles.

« En 2011, 12,7 % des ménages belges ont bénéficié du système



... de MaF (c'est-à-dire qu'ils avaient des restes à charge supérieurs aux plafonds relatifs à leurs revenus), l'engagement des mutualités ayant en contrepartie représenté près de 330 Ms €, soit 550 € par ménage bénéficiaire », écrit la commission des comptes de la Sécu. Ces organismes doivent également proposer un second niveau de financement, auquel la souscription est obligatoire. Le panier de soins varie d'une mutualité à une autre. La grande majorité interviennent en dessous du plafond du MaF et proposent également des prestations supplémentaires dans des champs peu pris en charge par l'AMO comme la kinésithérapie « de confort », les consultations de psychologues ou d'orthophonistes. La cotisation annuelle ne peut pas dépasser 250 € par personne et par an. Et tous les assurés paient le même montant, quel que soit leur âge.

UN BARÈME DE RAC EN ALLEMAGNE

Outre-Rhin, 88 % de la population est couverte par l'AMO. Les 12 % restants disposent de revenus jugés suffisamment élevés pour « s'auto-assurer » ou recourir à des organismes privés. La réforme de 2004 a conduit à mettre en place un nouveau barème de RAC portant sur les dépenses prises en charge par l'assurance maladie (cf. tableau 2, ci-contre). Les principaux postes sont les médicaments, les prothèses dentaires, le transport sanitaire en vue d'une hospitalisation et pour un traitement en ambulatoire, les soins paramédicaux



1 - Plafonds de restes à charge selon les revenus nets imposables des ménages belges en 2021 (source: Commission des comptes de la Sécurité sociale)

Tranches de revenus	Plafonds	Taux d'effort maximum
de 0,00 à 19 420,20 €	487,08 €	/
de 19 420,21 à 29 854,92 €	703,56 €	3,6%
de 29 854,93 à 40 289,68 €	1082,4 €	3,6%
de 40 289,69 à 50 289,65 €	1515,36 €	3,8%
dès 50 289,66 €	1948,32 €	3,9%

2 - Les principaux restes à charge en Allemagne (source: Commission des comptes de la Sécurité sociale)

Produits et prestations	Restes à charge
Médicaments	Entre 5 et 10 euros, mais souvent 0
Prothèses dentaires	50% du tarif
Transport sanitaire en vue d'une hospitalisation	Entre 5 et 10 euros par parcours
Transport sanitaire pour un traitement en ambulatoire	100% du tarif
Soins paramédicaux (kinésithérapie, infirmiers à domicile...)	10% du tarif, et 10 euros par prescription
Hospitalisation (MCO, soins de suite)	10 euros par jour, plafonné à 28 jours
Thalassothérapie ou séjours en SSR non liés à une hospitalisation en amont	10 euros par jour

(kinésithérapie, infirmiers à domicile, etc.), l'hospitalisation, la thalassothérapie ou les séjours en SSR non consécutifs à une hospitalisation. Certaines prestations sont exclues, notamment de nombreuses indications de kinésithérapie et d'orthophonie, tout comme la plupart des produits à prescription médicale facultative. La prise en charge de l'optique est, quant à elle, restreinte à certaines situations médicales. Résultat, 25 % des Allemands souscrivent à une assurance supplémentaire pour financer l'accès à des prestations et services hors panier de soins (prothèses dentaires et audiprothèses haut de gamme, contributions forfaitaires lors d'une hospitalisation, chambre seule, etc). Le plafonnement du RAC est mis en œuvre à partir de 2 % de taux

d'effort, réduit à 1 % pour les maladies chroniques et les personnes handicapées. Ces exonérations ne sont pas automatiques et doivent être réclamées auprès de la caisse d'assurance maladie compétente. Cette formalité se solde par un important phénomène de non-recours. En 2019, 7,5 % des assurés sociaux avaient formulé une demande en ce sens en tant que personne malade ou handicapée et seuls 261 000 (sur plus de 70 millions de personnes couvertes) du barème de droit commun.

PAYS-BAS : UNE FRANCHISE AU PREMIER EURO

Depuis 2006, chaque néerlandais s'acquiesce d'une prime d'assurance maladie obligatoire auprès de l'organisme de son choix (1 448 € en moyenne en 2020), en plus des cotisations maladie réglées sur ses revenus (environ 7 % en moyenne). Le montant de ces primes varie d'un assureur à un autre, mais ne peut dépendre des caractéristiques de la personne couverte. Une caisse nationale de péréquation, financée par les cotisations sociales maladie, compense les assureurs selon les profils de risques de leurs assurés. « Par construction, 50 % des dépenses de santé sont financées par la caisse nationale de péréquation (cotisations) et 50 % directement par les ménages, sous deux formes : primes versées directement à l'assureur santé de leur choix, et franchise », explique la commission des comptes de la Sécu.



Depuis 2008, une franchise individuelle, uniforme et au premier euro de 150 € a été mise en place. Elle a ensuite augmenté jusqu'en 2016 pour se stabiliser à 385 €. L'ensemble des actes prescrits, les consultations de spécialistes et les hospitalisations sont concernés. En revanche, les soins liés à la grossesse, sur des mineurs, les consultations de médecine générale et les dépistages échappent à ce dispositif. De plus, l'AMO ne prend pas en charge les soins dentaires. Une fois la franchise dépassée, la plupart des soins du panier AMO deviennent « gratuits », à l'exception des audiprothèses et de certains dispositifs médicaux. La moitié des assurés dépassent ce plafond, principalement les plus âgés (82 % des plus de 75 ans en 2017). Par ailleurs l'État néerlandais finance une aide directe versée à plus de la moitié des foyers (104 € maximum pour un célibataire et 199 € pour une famille) pour contrebalancer l'effet non redistributif du système. Une récente étude a montré le lien entre l'augmentation de la franchise et le taux de non-recours aux spécialistes. Lors de la hausse de 220 € à 350 € en 2013 celui-ci a bondi, principalement chez les 25-39 ans (31 %), et s'accroît avec les comorbidités. Les habitants des quartiers défavorisés ont également une probabilité moindre de 15 % de consulter un spécialiste recommandé.

■ Emilie Guédé

TROIS QUESTIONS À :



Henri Lewalle, correspondant d'ESE à Bruxelles, expert des questions de santé en Europe et de la coopération transfrontalière.

Quels sont les grands principes du système de bouclier sanitaire belge, le « maximum à facturer » ?

Historiquement en Belgique, il existait le régime des VIPO (veuves, invalides, pensionnés, orphelins), catégories qui bénéficiaient d'une intervention majorée dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Lorsque le revenu de ces bénéficiaires ne dépassait pas un certain plafond, le ticket modérateur était fortement réduit (reste à charge de 5 %).

Face aux difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières, d'autres catégories sociales ont été intégrées dans ce dispositif, notamment les chômeurs, les personnes handicapées... Lorsqu'un seul régime regroupant les indépendants et les salariés a été mis en place, on a voulu créer un système s'appliquant à toute la population belge, avec des critères basés sur le revenu. Plusieurs « maximum à facturer » (MaF) existent : le MaF revenus, le MaF social, le MaF pour un enfant de moins de 19 ans, et le MaF pour les maladies chroniques. Le MaF revenus est calculé en fonction de ce que chaque ménage a déclaré comme revenus au ministère des Finances. Il est fixé après un échange d'informations entre sa mutualité et l'administration fiscale via l'INAMI. Une fois atteint un certain plafond de ticket modérateur en fonction du revenu, sur une année, le restant des soins de santé est remboursé intégralement.

Quel est le rôle des mutualités ?

Leur mission première est de gérer le système d'assurance maladie obligatoire. Cinq grandes mutualités ont cette fonction : la mutualité chrétienne et la mutualité socialiste (qui ensemble regroupent 75 % de la population), la mutualité libérale, la mutualité neutre et la mutualité libre. Globalement toute la population est couverte par une d'entre elle, à part 0,8 % qui relève de la caisse publique.

En outre, les mutualités proposent obligatoirement un ensemble de services solidarisés à leurs membres, dans le cadre d'une cotisation obligatoire, en général autour d'une dizaine d'euros par famille. Certaines financent des soins à domicile ou de la coordination de soins, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, mais subventionnés par les régions. En Belgique, le transport des malades n'est pas remboursé, les mutualités sont donc incitées à prendre en charge ces déplacements. D'autres interventions sont prévues par leurs statuts dans lesquels sont inscrits les services qu'elles vont développer pour améliorer la prise en charge des patients.

Existe-t-il un niveau d'assurance facultative ?

Des assurances hospitalisation facultatives sont gérées par des sociétés mutualistes rattachées à ces mutualités. Les soins hospitaliers ont été considérés comme très coûteux par certaines mutualités alors qu'il n'y avait pas de réassurance en Belgique dans ce domaine. L'objectif a donc été d'organiser des solidarités pour que certains patients puissent être couverts pour les restes à charge, à titre facultatif et libre. Suite aux arrêts de la Cour de justice relatifs aux mutualités en Belgique et aux directives assurance, un statut spécifique a dû être créé pour ces sociétés mutualistes. Mais la logique de la mutualité reste intacte. Par exemple les mutualités chrétiennes solidarisent une grande part due au reste à charge des patients hospitalisés dans l'assurance complémentaire obligatoire.

■ Propos recueillis par Emilie Guédé

RAPPORT DAMON-HEYDEMANN

UNE POLITIQUE PETITE ENFANCE EN TROIS TEMPS

Le rapport rédigé par Christel Heydemann, directrice générale de Schneider Electric France, et Julien Damon, conseiller scientifique de l'EN3S, sur la conciliation vie professionnelle/vie parentale propose une structuration de la politique de la petite enfance en trois phases. Il suggère une réforme des différents congés familiaux et la création d'un droit opposable à la garde d'enfant.



Remise du rapport à l'occasion de la Conférence des familles le 6 octobre dernier. De g à d : Julien Damon, Elisabeth Borne, Adrien Taquet et Christel Heydemann.

Deux confinements au rythme du télétravail l'ont bien montré, concilier vie familiale et vie professionnelle est toujours compliqué. Si l'OCDE nous classe au premier rang pour cette conciliation, et si bien des progrès ont été faits, nous manquons encore de modes de garde. La politique petite enfance reste complexe et mal identifiée. Et certains dispositifs pourraient être mieux calibrés. Le congé parental, qui permet aux parents salariés de suspendre leur activité pour s'occuper du nouveau venu, est deux fois moins sollicité qu'il y a dix ans. Alors que la difficulté à être jeune parent lorsqu'on est salarié impacte l'égalité hommes/femmes dans leur carrière professionnelle et peut-être aussi le taux de natalité, le sujet mérite réflexion. Réalisée par Julien Damon, conseiller scientifique de l'EN3S et Christel Heydemann, DG Europe Schneider Electric, ce rapport portant sur la

conciliation entre vie professionnelle et vie parentale, a la particularité d'associer les pratiques d'entreprises à son analyse. Il propose de relancer la mobilisation de ces acteurs économiques sur cette politique. À l'époque où la qualité de vie au travail est devenue une préoccupation des jeunes talents, il semble essentiel d'améliorer celle des parents salariés tout en contribuant au bien-être de l'enfant.

EN TROIS TEMPS

Pour améliorer la façon de conjuguer travail et famille, le rapport propose de créer un véritable service public de la petite enfance. Sur les mille premiers jours du nouveau-né, sa politique se découperait en trois temps.

► De la naissance à 1 an :

Selon un sondage réalisé par la CNAF en 2019, 86 % des allocataires plébiscitent la garde par les parents entre la naissance et six mois et 47 % conservent cette préférence entre six mois et un an. Pour répondre à cette aspiration, le rapport propose d'améliorer le montant de la Prestation partagée d'éducation de l'enfant PréPare versée dans le cadre du congé parental et d'en réduire la durée. Il suggère de la rendre proportionnelle au salaire du parent salarié (cf. interview de Julien Damon, ci-contre).

► De 1 à 2 ans :

Dans cette phase, la priorité est de déployer une offre d'accueil publique ou conventionnée suffisante. Pendant cette période, 74 % des parents sondés par la CNAF préfèrent confier leur enfant à un mode de garde extérieur et à la crèche pour

41 % d'entre eux. Le rapport suggère de créer un véritable service public de la petite enfance assorti d'un « droit opposable » à un mode de garde. Soit une forme d'obligation d'accueil des enfants de 0 à 3 ans comme il existe, par la suite, une obligation de les scolariser.

► De 2 à 3 ans :

Pendant cette période, l'important est de faciliter un passage progressif à l'école maternelle. Pour le préparer, il s'agirait d'adapter les services des différents dispositifs : jardins d'enfants, d'éveil, classes passe-relles... Pour Julien Damon, les maternelles doivent retrouver un haut niveau de préscolarisation pour les moins de 3 ans. Cette rupture entre les trois premières années, couvertes par la Sécurité sociale, et les trois suivantes, intégrant le champ de l'Education nationale, est à revoir. Il s'agirait de mieux associer et articuler ces deux sphères dans une politique petite enfance 0-6 ans.

Au-delà de la réforme du congé parental très attendue dès le lancement de la mission, le rapport propose aussi une fusion de l'ensemble des congés familiaux : naissance, mariage, éducation, décès, aidant... Ils pourraient être remplacés par un « congé familial à tiroirs » avec un seul opérateur gestionnaire, a priori la branche Famille. Après la remise de ce rapport, le secrétaire d'Etat chargé de l'Enfance et des Familles Adrien Taquet affirme que « le gouvernement travaille à un vrai service public pour les modes de garde » et n'écarte pas « une réforme simplification/unification des congés parentaux ».

■ Florence Pinaud



“ IL RESTE DES PROGRÈS À FAIRE ”

Comment mieux faire connaître les dispositifs, créer une compétence obligatoire pour les communes, améliorer l'offre de service, associer les entreprises ? Le sociologue et conseiller scientifique de l'EN3S, Julien Damon revient sur les principales propositions du rapport qu'il vient de remettre au gouvernement.

Quelle était la motivation principale de votre mission ?

Il s'agissait d'évaluer la situation de l'accueil petite enfance, ainsi que les préoccupations des entreprises en la matière. Nous avons pris le soin de souligner ce que l'on aurait intérêt à améliorer, et ce, afin de permettre aux parents de mieux concilier leur vie familiale et professionnelle. Ce rapport vise avant tout à alimenter le débat public et à inscrire la politique familiale dans les questions posées autour de la prochaine élection présidentielle. Ce n'est pas un document avec des propositions prêtes à s'enclencher, il arrive après la publication du PLFSS.

Quel est votre bilan du sujet ?

Sur cette conciliation, il reste des progrès à faire. Depuis la fin des années 2000, l'offre théorique de garde d'enfant est passée d'un nombre de places couvrant 50 % des jeunes enfants à 60 % aujourd'hui. Cependant, elle reste très inégale selon les territoires et les catégories de population. 25 % des parents n'ont pas eu accès au mode de garde qu'ils souhaitaient. Et trouver une place reste souvent un parcours du combattant.

Nous proposons de compléter cette offre et de réorganiser sa gouvernance, avec une compétence obligatoire des communes ou des intercommunalités. Ces collectivités deviendraient les garantes du droit à la garde d'enfant. Elles continueraient à être soutenues par les Caf dans cette mission.

Votre rapport consacre une large place au congé parental. Comment le faire évoluer ?

Nous ne proposons pas de toucher au congé parental dans le droit du travail. Nous traitons de son indemnisation. Ainsi, nous suggérons de ramener la durée de versement de la PréPare à six mois pour chaque parent, entre la naissance et le premier anniversaire de l'enfant. En réduisant sa durée de versement, on peut réaliser des économies pour améliorer le montant de cette prestation. Le congé parental avec sa prestation de 398,80 €/mois est deux fois moins sollicité qu'il y a dix ans. Il serait plus incitatif que cette prestation propose non pas ce forfait mensuel à un tiers du SMIC, mais un montant proportionnel au revenu du parent. Peut-être pas au niveau des indemnités journalières (50 % du salaire de base) mais à 30 % ou 40 % pour commencer et avec un plafond. Aujourd'hui, ce congé parental est surtout sollicité par des femmes, souvent peu qualifiées et mal rémunérées. Et quand il dure, il les éloigne durablement du marché du travail. Malgré la réforme de la PréPare réduisant sa durée

pour inciter les deux parents à y recourir, plus de 95 % des bénéficiaires sont des femmes. Cette réduction a amélioré le taux d'activité professionnelle des femmes, mais elle n'a eu aucun effet sur l'égalité.



Quelle est la mobilisation des entreprises sur le sujet ?

Aux racines historiques de la politique familiale, on trouve les entreprises. Mais aujourd'hui, elles la considèrent du point de vue du coût du travail et oublient ses dimensions de management et d'innovation pour améliorer la situation des parents salariés.

Sur la conciliation, il existe différentes situations. Dans la Fonction publique, il est assez simple de concilier vie parentale et professionnelle. Les groupes privés en bonne santé financière, comme la banque et l'assurance, la facilitent aussi. Ils peuvent se montrer généreux avec de bonnes conventions collectives pour compléter l'indemnisation du congé parental. Tout comme certaines start-ups technologiques en bonne forme économique. Mais la majorité des PME et TPE n'ont pas les capacités financières de le faire. Et les indépendants sont, malgré certaines améliorations, de côté. Les entreprises doivent se ressaisir de politique petite enfance. Elles méconnaissent encore trop des dispositifs comme le Crédit impôt famille qui leur permet de se voir rembourser de 50 % de leurs investissements pour des crèches d'entreprise.

■ Propos recueillis par Florence Pinaud



PREMIÈRES INTENTIONS SUR LES RETRAITES, LA SANTÉ ET LA SÉCU



La campagne électorale, amorcée implicitement, n'en est qu'à ses prémices. Le nom de tous les candidats n'est pas encore connu bien que les électeurs du printemps prochain voient petit à petit le périmètre de cette prochaine élection se préciser. Si les questions migratoires, d'identité nationale, de sécurité occupent le devant de la scène médiatique, le dossier des retraites est aussi présent. *ESE* procède à un premier tour d'horizon des projets Sécu et santé des protagonistes.

RETRAITES!

« Ira ou ira-pas ? », perdue la question lancinante d'une possible réforme des retraites avant le scrutin présidentiel, à l'initiative d'Emmanuel Macron. Le chef de l'Etat joue « le chaud et le froid ». Tout le monde rejette une tentative présidentielle d'agir. Même la majorité parlementaire! Pour s'en convaincre, les propos de Christophe Castaner contre toute initiative sont clairs. À quoi joue alors l'Elysée en suscitant des articles de presse?

QUELQUES SCÉNARIOS EN VUE SUR CETTE LANCINANTE QUESTION :

- Scénario premier, le gouvernement ne fait rien. Le plus probable.
- Seconde piste, une réforme réglementaire via la règle du basculement des nouveaux salariés des entreprises publiques (les régimes spéciaux) dans le droit commun du régime

général en prenant en compte quelques spécificités. La fameuse clause du « grand-père » en quelque sorte. Autrement dit « la montagne accouche d'une souris » puisque les statuts des salariés actuels demeurent. Dans le détail, ce scénario inclurait un MICO (Minimum contributif pour une carrière complète) fixé à 1 000 € net mensuels. Pour cela, il faut passer par la procédure d'un amendement au PLFSS 2022. Peu certain car l'affaire est compliquée et, déjà, les experts pointent que, malgré le maquis de la réglementation, le seuil est presque, déjà, atteint dans les faits. Et que dire des inconvénients potentiellement liés à cette réforme, mouvements sociaux en tête? Ces derniers l'emportent largement sur les avantages.

- Dernier scénario, la présentation en conseil des ministres, d'un nouveau et vaste projet de réforme



sans suite au parlement. Histoire de marquer les esprits. Et de faire de la campagne présidentielle une sorte de référendum sur le principe et le contenu d'une future réforme votée à l'été 2022 suite à la réélection d'Emmanuel Macron.

60, 62, 64, 65 VOIRE 67 ANS?

Les autres candidats à l'élection du printemps prochain font de la question de l'âge légal de droit au départ en retraite, l'alpha et l'oméga de leur projet.

- On vise les 60 ans pour Marine Le Pen, Eric Roussel (PCF) et Jean-Luc Mélenchon. Les candidats « radicaux » apportent toutefois des nuances à ce principe. Notamment Marine Le Pen où le projet vacille un peu.

- On prône un maintien des 62 ans actuels pour Anne Hidalgo et Yannick Jadot, s'appuyant l'un et l'autre

sur les projections récentes du COR. Lesquelles, il est vrai, passée la période 2020-2030 évoquent une baisse tendancielle du coût total des pensions d'ici 2060.

- Passage à 64 ans, le fameux âge d'équilibre cher à Jean-Paul Delevoye (ancien commissaire à la réforme) et mesure symbolique dans le débat, pour Xavier Bertrand et Eric Zemmour. Côté majorité, on fait sienne cette référence.

- Et enfin, l'âge de départ légal adéquat serait de 65 ans pour Valérie Pécresse et Michel Barnier. Pour la présidente de la région IDF, cette réforme permettrait de relever le niveau de pension minimum au niveau du SMIC d'ici 2030.

Régulièrement sondés, 40 % des Français déclarent souhaiter le retour à 60 ans, encore 40 % le maintien de la règle actuelle de 62 ans et seulement 14 % pour un passage à 64 ans.

SANTÉ, ASSURANCE MALADIE, POUR UN ÉTAT PROTECTEUR!

La crise sanitaire illustre une forte demande de moyens, de capacités d'accueil, d'attractivité en termes de salaires, carrières et conditions de travail dans le secteur hospitalier et médico-social. La demande est unanime. Les accords coûteux sur le Ségur de la santé n'éteignent pas les revendications.

Plus de lits, davantage d'équipements, une exigence de souveraineté nationale sur les médicaments, les dispositifs médicaux... Dans ce cadre et malgré un discours partisan mettant en avant le besoin d'épouser le virage ambulatoire, impossible d'entendre de la bouche d'un des candidats un discours visant à réduire, ou à aménager, la place de l'hôpital dans l'organisation du système. Toutefois, on notera la proposition de Xavier Bertrand, ex-ministre de la Santé sous Nicolas Sarkozy, visant à placer la gestion des hôpitaux sous la tutelle d'ARS, qui

seraient elles-mêmes, pilotées directement par les conseils régionaux. Et ce, afin dans un objectif de déconcentration et de réappropriation des enjeux territoriaux de santé par les acteurs locaux.

Du côté de la médecine de ville, les discours se veulent plus fermes. Notamment à gauche et chez les verts où les thèmes de la limitation (voire de la fin) de la liberté d'installation pour les jeunes médecins et la suppression des dépassements d'honoraires reviennent fréquemment.



Des propositions que l'on ne devrait logiquement pas retrouver dans le futur programme Macron. Celui-ci devrait avant tout réaffirmer le besoin d'appliquer jusqu'au bout l'application des différentes réformes inscrites dans le plan Ma santé 2022 et qui ont, été impactées par les différentes phases de confinement successives.

Sur les rôles respectifs de l'Assurance Maladie et des assurances complémentaires, outre les réflexions en cours (HCAAM, Cour des comptes), là aussi, la demande politique générale est le renforcement de la solidarité nationale, avec un État plus protecteur et donc une Assurance Maladie plus forte. Aucun candidat en lice ne prône un rôle accru des Ocam sur le financement et la prise en charge des frais médicaux. On retrouve dans les

esquisses de projet les souhaits d'une « Sécu à 100 % ». C'est le cas des candidats de gauche tout autant que ceux de l'extrême droite. Quant au chef de l'Etat, on doit supposer qu'il caresse notamment l'idée de la « grande Sécu ». Les différentes déclarations de son ministre de la Santé et de la DSS donnant crédit à cette thèse.

PERTE D'AUTONOMIE

L'absence d'un grand projet de loi frustre les professionnels. Les candidats ont entendu le message et dénoncent l'apathie du gouvernement en dépit des promesses déclamées ici et là. Toutefois, la kyrielle de mesures votées dans les LFSS depuis 2018 comblent en partie la demande. Celui de 2022 contient notamment le principe d'un tarif national pour l'aide à domicile, une forte revendication de tous. Contrepoint de la carence parlementaire, suite aux multiples rapports (Libault sur un plan général, Vachey sur la rénovation et les moyens dévolus à la CNSA), la plupart des candidats annoncent leur intention de principe d'œuvrer pour une grande réforme faisant la part belle à la sphère publique et aux collectivités territoriales.

FAMILLE ET PRÉCARITÉ

Peu de projets énoncés sur la politique familiale. Hormis celui porté par Valérie Pécresse, qui fait de la relance des aides à la famille et à la petite enfance, un point saillant de son projet. Candidat à sa réélection, on doit supposer qu'Emmanuel Macron fera sien le bilan de son action comme moteur de sa campagne. Il mettra sans nul doute en avant son bilan en termes d'accompagnement des familles monoparentales. Sur le champ de la précarité, le souhait principal porte soit sur un RSA Jeunes, voire carrément la création d'un revenu minimum universel. Des mesures qui font écho principalement chez les candidats de gauche. À suivre!

■ Pascal Beau

» LUTTER POUR UN MONDE SOLIDAIRE PLUTÔT QUE SOLITAIRE

ENCORE UNE PREUVE DU POUVOIR DU COLLECTIF.

PREUVE

22

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 538 518 473, n° LEI 969500|U5ZH89G4TD57. Crédit photo : Getty Images - BABEL

Harmonie Mutuelle s'engage à répondre à l'émergence de nouvelles fragilités dans les territoires et dans les parcours de travail et de vie. En nous appuyant sur les solidarités du quotidien, avec l'aide de nos partenaires économiques et sociaux, nous faisons tout pour trouver ensemble des solutions aux problèmes de chacun. Retrouvez tous nos engagements sur [harmonie-mutuelle.fr](https://www.harmonie-mutuelle.fr)



**Harmonie
mutuelle**

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*