

# ESPACE SOCIAL

EUROPÉEN

**SANTÉ NUMÉRIQUE**

**La stratégie  
d'accélération  
détaillée**

**CSS**

**Le bilan des 2 ans**

**ENTRETIEN AVEC LE  
Pr. LE GULUDEC  
PRÉSIDENTE DE LA HAS**

“  
**Nous avons  
su gagner  
en agilité**  
”



**RETRAITES - LES QUATRES VÉRITÉS**

# Mgéfi

Avec vous,  
c'est mutuel

GRUPE **vyv**

## Quand on a plusieurs vies, on attend de sa mutuelle qu'elle les protège toutes.

SANTÉ



PRÉVOYANCE



MAINTIEN  
DE SALAIRE



SERVICES



ACTION  
SOCIALE



→ mgefi.fr



La seule mutuelle référencée  
de votre ministère

# ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

## SOMMAIRE

### 5 - ACTU

Les amendements  
au PLFSS 2022.

### 6 - ÉVÈNEMENT

« Nous allons capitaliser sur  
l'expérience acquise ». Entretien  
avec le Pr. Dominique Le Guludec,  
présidente de la HAS.

### 9 - SÉQUENCES

#### • Social

Le lancement du Contrat  
Engagement Jeune.

#### • Prévoyance

CSS, état des lieux deux ans  
après.

#### • Santé

La santé numérique prend  
une autre dimension.

#### • Analyse

Retraites : vérités et questions.

**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

**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 :** cocktailssante.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

# CARNET



Alexandre Beau

## LA VILLE, AVENIR DE L'HÔPITAL



Comme une antenne, le thème de « l'hôpital public se meurt » revient une fois de plus sur le devant de la scène médiatico-politique avec son lot de réalités et de fantasmes. Oui, il existe des failles dans l'organisation hospitalière mais non, le secteur dans sa globalité n'est pas au bord du précipice. Opter pour une grille d'analyse figée sur le nombre de lits disponibles et l'évolution des grilles salariales est réducteur du mal-être ambiant. Pour preuve, les établissements ayant développé une approche

managériale souple, optimisant le pilotage entre direction et corps médical, en sortant de mode de fonctionnement militaro-administratif, réussissent à créer les conditions permettant d'améliorer conjointement les conditions de travail et une prise en charge de qualité des patients.

Il est utile de regarder ailleurs pour entrevoir un début de solution, cela devrait même être un réflexe. Les hôpitaux scandinaves sont des exemples à regarder de près, car malgré l'impact non négligeable que la crise sanitaire a pu avoir sur leur activité, ils sortent de cette séquence moins fragilisés que leurs homologues français.

Le remède peut sembler étrange mais le seul moyen de pérenniser l'hôpital est qu'il y ait moins d'hôpital. Un hôpital moins acteur global de santé se « cantonnant » à sa juste place, soit celle de l'acteur référent en matière de soins secondaires et tertiaires. Le cumul des failles systémiques (apparitions de désert médicaux, pratique non généralisée du tiers-payant, peu de recours au numérique...) a fait que l'usager s'est tourné vers les hôpitaux. Or, ceux-ci ne sont ni pensés ni structurés pour faire face à cette demande de soins. Paradoxalement, un recentrage sur ses missions socles ne dépend pas que de lui mais surtout, des acteurs de ville. Tant que la médecine libérale ne se sera pas suffisamment structurée et coordonnée en vue de créer un maillage territorial de premier recours performant, une logique de « gatekeeper » du parcours de soins en somme, toute tentative de redonner ses lettres de noblesse à l'hôpital public sera veine.

Le raisonnement est simple mais pas forcément simpliste : il faut non seulement avoir moins de patients dans nos établissements de santé mais surtout, s'assurer que seul le bon profil d'entre eux y soit pris en charge. Et pour cela, la balle est dans le camp des acteurs de ville et de l'Assurance Maladie. ■

## L'ESSENTIEL DE LA LETTRE D'ESE



NICOLAS GRIVEL, NOUVEAU DG DE LA CNAF

Compte tenu de l'importance prise par les caisses nationales du régime général dans les COG des branches, et l'animation des réseaux territoriaux, il convient de signaler le changement intervenu à la tête de la CNAF. **Nicolas Grivel** (Igas, ex-DG de l'ANRU) succède à Vincent Mazauric, ce dernier a été nommé conseiller d'État. **L'Igas** a réalisé la première évaluation du Répertoire national commun de la protection sociale. Rappel, le **RNCPS** vise à partir du NIR, de l'état civil de la personne, d'accéder à l'ensemble des informations concernant la protection sociale. Déployé depuis le début 2021, le RNCPS regroupe quelque 60 institutions nationales, 90 organismes de fonds nationaux et 1 000 organismes gestionnaires locaux. **Anne Hidalgo** lors d'une visite de terrain a développé ses options sur la santé. L'élue prône la suppression des ARS (agences régionales de santé), qui « ne servent à rien sauf à contrôler les dépenses », celle du numerus clausus et, enfin, veut ouvrir une grande négociation sur les salaires et carrières pour les hôpitaux. Rappel, en 2009 lors de la loi dite HPST, les parlementaires

PS ont approuvé la création des agences régionales...

Combien de suppressions de postes de fonctionnaires projetées par les candidats LR à l'élection présidentielle ? On se remémore le chiffre de 500 000 énoncés en 2017 par François Fillon. Pour **Éric Ciotti** il faut supprimer 250 000 postes. **Valérie Pécresse** parle de 200 000 postes. Plus prudents, **Philippe Juvin**, **Xavier Bertrand** et **Michel Barnier** refusent de chiffrer l'impact en emplois de leur projet de réforme des services publics.



Premier bilan opéré par **Élisabeth Borne** (ministre du Travail) et **Brigitte Bourguignon** sur l'application des recommandations de **Myriam El Khomri** sur les métiers du grand âge et de la perte d'autonomie. 75 % des solutions sont en cours d'application. Les ministres prennent en compte l'impact des mesures du Ségur médico-social.

Le rapport de **France Stratégie** sur les effets de la crise sur la pauvreté est paru. Un document solide pour faire le tri entre les réalités et les excès. Néanmoins, la situation du pays s'est dégradée, ce qui n'est pas une bonne nouvelle. ■



Accord intervenu entre la présidence du Conseil européen et le Parlement de Strasbourg sur le renforcement des moyens et des missions de l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) dans le cadre stratégique de l'anticipation et d'accompagnement des crises sanitaires.

Évidemment, le « fa-



meux » tome 2 du grand rapport du Hcaam (Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie) sur le thème de la « grande sécu ». Le Hcaam devrait boucler ses travaux à la fin de ce mois. Les dernières étapes portent sur l'impact organisationnel et économique des 4 scénarios présentés courant octobre. Assureurs complémen-



taires en santé, tremblez ! **SANTEXPO** se tient à compter de lundi prochain à la porte de Versailles. Le rendez-vous annuel en présentiel du monde hospitalier et médico-social est, enfin, de retour. Thème de cette année : « L'attractivité des métiers ». Une évidente question de forte actualité. ■

## LES CHIFFRES

50 000

demandes traitées par les CAF / MSA depuis octobre 2020 dans le cadre du service public des pensions alimentaires.

17,7 %

de baisse des AT en 2020 (539 833 au total) et 19,7 % de baisse des accidents de trajets.

40,2 Mds €

de dépenses nettes d'action sociale pour les départements en 2020 (+ 4,2 %) et toujours une inquiétude pour le financement...

36 Mds €

de chiffres d'affaires supplémentaires pour Pfizer en 2021 avec son vaccin anti-Covid 19.

5 000

postes à pourvoir dans les organismes de S.S. dans les métiers de la relation et du service.

10,6 ans

pour les hommes, 12,3 ans pour les femmes, sur l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans.

770 000

bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2017 (94 % des patients en GIR 1, 45 % des patients en GIR 4).



# LES AMENDEMENTS AU PLFSS 2022

La « petite loi » de finances de la Sécurité sociale pour 2022, adoptée en première lecture par 344 voix contre 202, est maintenant débattue au Sénat. Lequel devrait adopter ses propres amendements. Le tout devant se conclure par une CMP (Commission mixte paritaire) mi-décembre avant le vote final. S'agissant du Palais Bourbon, plusieurs modifications et ajouts importants ont été adoptés. Récapitulatif.

### PLUSIEURS MESURES PORTENT SUR LE CHAMP SANITAIRE :

Parmi les plus médiatiques se trouve celle ajoutée au PLFSS, faisant suite à l'annonce d'Emmanuel Macron, de création d'un forfait de 8 séances de psychologies, avec montée en charge progressive, couplée avec un ticket modérateur. Le tarif sera de 40 € la séance.

Plusieurs amendements « cassent » le monopole des médecins sur des prescriptions utiles, qui confrontées aux déserts médicaux, voyaient les patients astreints à des délais d'attente élevés. Un facteur de recul dans l'accès aux soins.

Mesure de bon sens, les orthoptistes pourront prescrire des corrections optiques sans consultation préalable des ophtalmologues, en dépit des oppositions de ces derniers. Un amendement conditionne toutefois le renouvellement d'une prescription à un bilan préalable réalisé par un ophtalmologue.

En prolongement de la mesure ci-dessus, et en raison de la pénurie démographique médicale, l'accès direct expérimental aux actes de kinésithérapie et d'orthophonie. Cette initiative verra le jour dans six départements pour une durée de trois ans.

La prise en charge intégrale de la contraception pour les jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans a été votée. Déjà gratuite pour les mineures, la mesure inclut les actes cliniques préalables comme la consultation médicale, la biologie et le coût des produits.

Déjà en ligne de mire du législateur, les cabinets dentaires low cost voient un amendement mettre fin à leur conventionnement systématique par l'Assurance maladie compte tenu des dérapages de pratiques professionnelles identifiés par le contrôle médical et les ARS. Un déconventionnement d'autorité et des amendes seront possibles.



Dans le même état d'esprit, l'Assemblée nationale veut voir les pratiques et les activités des centres d'ophtalmologie être mieux surveillées.

La primo-prescription des IPA (infirmier de pratique avancée) est expérimentable dans trois régions pour une durée de trois ans.

La prescription de patchs nicotiques par les pharmaciens, au titre du sevrage tabagique, est souhaitée. Là encore, la démarche sera expérimentale, dans trois régions sur deux ans.

### SUR LE CHAMP DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Un important volet « Aidant » a été ajouté en séance. En complément des nombreuses mesures déjà incluses dans le projet de loi, la revalorisation du congé de proche aidant fait passer le forfait journalier à 58 € et son extension aux conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants.

L'expérimentation du relaiage (loi Essoc) est prolongée de deux ans. Cette expérimentation permet à un intervenant unique de remplacer l'aidant à domicile 24/24 h et ce, jusqu'à 6 jours consécutifs tout en bénéficiant du forfait. Les aides techniques seront désormais mieux prises en charge par la CNSA.

En vue de professionnaliser davantage l'aide à domicile, les acteurs auront droit à une carte d'identité professionnelle.

Que décideront les parlementaires du Sénat sur ces amendements ? La majorité sénatoriale devrait en discuter le bien-fondé. Pour autant seront-ils annulés lors de l'examen en séance ? La dernière loi de financement du quinquennat ponctue en fait une réforme de l'organisation, des missions et de la répartition des compétences en médecine de ville, très attendue, par de nombreux patients.

Pascal Beau

Stratégie vaccinale, accompagnement des professionnels de santé, pertinence et qualité des soins, accès aux médicaments innovants... ESE est allé à la rencontre du **Pr. Dominique Le Guludec, présidente de la Haute Autorité de Santé**, en vue d'établir un premier bilan de l'action menée par l'institution durant la crise sanitaire, tout en se projetant sur les prochaines orientations qu'elle entend prendre sur ses missions socles.

## “ Nous allons capitaliser sur l'expérience acquise ”

**Avec du recul, peut-on dire que la stratégie vaccinale, à laquelle la Haute Autorité de Santé (HAS) a grandement contribué, aura été un succès ?**

Oui, je pense que globalement on peut faire ce constat. Il faut se rappeler que nos premiers travaux ont débuté à l'été 2020. Les autorités nous avaient alors fixé pour objectif de définir une stratégie de priorisation des populations à cibler lors du lancement de la campagne vaccinale, et ce, bien avant que nous ne sachions quand les vaccins allaient être prêts et accessibles. Plus tard, nous avons dû faire évoluer notre stratégie en prenant en compte l'évolution du contexte épidémique, avec l'apparition de plusieurs variants, et en intégrant le facteur de doses disponibles. En parallèle, nous avons su faire preuve de réactivité en évaluant les différents vaccins, 48 heures après que l'Agence européenne du médicament a eu donné son feu vert pour une autorisation de mise sur le marché.

**Le fait de séquencer cette campagne en plusieurs étapes était la bonne option ?**

Nous devons agir ainsi, car deux objectifs nous étaient fixés. Le premier était de protéger au plus vite les populations les plus fragiles qui sont particulièrement exposées au virus. Le second était de faire rapidement monter en charge le dispositif en vue de donner davantage de marge de manœuvre aux hôpitaux qui étaient engorgés. Il y a eu des critiques, principalement au démarrage de la campagne, mais je constate que nous avons atteint l'un des taux de vaccination les plus élevés d'Europe. Sans cela, nous aurions fait face à un quatrième pic dont les conséquences auraient pu être désastreuses.

Aujourd'hui, près de 87 % des personnes de plus de 18 ans ont reçu un schéma vaccinal complet. Donc oui, j'exprime une satisfaction certaine sur la façon dont nous avons su agir avec rigueur, indépendance et transparence durant cette séquence bien que l'évaluation de notre stratégie s'annonce complexe et prendra du temps.



**Peut-on envisager qu'à terme, nous devrions nous faire vacciner chaque année contre la Covid comme nous le faisons pour la grippe saisonnière ?**

Depuis près de 2 ans, nous continuons à cerner ce virus. Pour autant, il n'est pas simple de donner une réponse tranchée à cette question, car de nombreux facteurs sont à prendre en compte et pour lesquels, nous attendons des résultats avant de pouvoir se prononcer : va-t-on assister à un retour saisonnier du virus ?

À quel rythme s'opérera la décroissance de l'immunité ? Quel sera le maintien de la protection après une dose de rappel ? etc. Vous constaterez donc qu'à l'heure actuelle, il existe encore beaucoup d'inconnues avant de décider de l'opportunité, ou non, d'un rappel à fréquence donnée. Se posera aussi la question d'une éventuelle articulation des campagnes Covid avec les campagnes grippales.

**Quel bilan faites-vous de l'action de la HAS durant cet épisode de crise sanitaire ?**

La HAS a eu un rôle important à jouer au cours des 18 derniers mois. Un rôle auquel nous n'étions pas totalement préparés et qui nous a obligé à nous adapter dans des délais très courts en vue de pouvoir répondre à trois objectifs. En premier lieu, nous devons conseiller le gouvernement avec des analyses et des données scientifiques fiables. Second objectif, nous devons aider les professionnels de santé à faire face à la crise du Covid tout en continuant d'exercer leurs activités de soins courantes en période de confinement. Enfin, nous avons également pour mission d'informer au mieux les patients dans une période où beaucoup d'informations contradictoires circulaient. Pour faire face à ces attentes, nous avons donc mis en place une gestion de crise adaptée dont les objectifs internes s'articulaient autour du triptyque « protéger, traiter et prévenir. » Au final, la HAS aura rendu pas moins de 150 avis en lien avec la Covid, dont près de 45 réponses rapides à des problématiques de terrain qui nous ont été remontées en vue d'aider les professionnels à assurer une bonne prise en charge des patients.

“ C'est un fait, nous avons su gagner en agilité et en flexibilité sur nos missions historiques. ”

De cette séquence, je retiens que nous avons su faire face en adaptant notre organisation et nos méthodes. Le tout en restant fidèle à nos fondamentaux en s'appuyant sur la science, bien que celle-ci fut évolutive, et en gardant notre indépendance.

**Fort des enseignements tirés au cours de cette période, la Haute Autorité entend-elle faire évoluer ses missions ?**

Je tiens à rappeler que le champ des missions couvertes par la Haute Autorité est défini par le législateur. Donc, il me sera compliqué de parler d'une éventuelle évolution, voire transformation, de nos missions. Toutefois, nous allons capitaliser sur l'expérience acquise au cours des derniers mois pour optimiser notre périmètre actuel. C'est un fait, nous avons su gagner en agilité et en flexibilité tant sur nos missions historiques que sur celles qui nous ont été confiées jusqu'à récemment. Nous le voyons très concrètement dans la réforme des autorisations en accès précoce, instaurée en juillet dernier, dans laquelle notre rôle évolue pour devenir une autorité décisionnaire. Ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

**Comment comptez-vous relancer les chantiers autour de la pertinence et de la qualité des soins qui ont été récemment mis en suspens du fait de la crise sanitaire ?**

Comme vous le dites, la crise sanitaire a ralenti un certain nombre de programmes que nous avons déployés. Pourtant malgré le contexte, nous n'avons pas cessé d'œuvrer autour de ces questions, et ce, en assumant une stratégie claire : le développement d'une culture de la pertinence et la qualité des soins se construit avec les professionnels, les patients et les usagers sur le terrain. Nous avons ainsi travaillé à l'élaboration d'indicateurs plus poussés en la matière. Je pense notamment à nos travaux portant spécifiquement sur les parcours de soins intégrant des séjours en SSR ou une prise en charge en HAD. En parallèle, nous avons aussi travaillé à refonder ...

intégralement notre approche autour de la certification des établissements de santé. Nous avons mené des expérimentations autour de nouveaux processus et référentiels pour lesquels nous commençons la phase d'évaluation. Les premiers retours sont positifs notamment en ce qui concerne les travaux portant sur la méthodologie de travail en équipe et sur la coordination. On remarque qu'il y réside de réelles marges de progression notamment en ce qui concerne la sécurisation des actes.

### Justement, vous avez récemment insisté sur la nécessité de développer une culture de la sécurité des patients. Comment faire ?

Ce chantier s'inscrit avant tout dans la durée. Nous devons avoir conscience que développer une culture autour de la sécurité du patient ne se fait pas seulement parce qu'on le décrète. C'est en mettant en place un ensemble de travaux et d'actions que l'on parvient petit à petit à faire avancer les mentalités. Par exemple, nous travaillons à promouvoir la déclaration des événements indésirables graves qui sont encore sous-estimés. C'est un travail assez sensible qui demande de ne pas culpabiliser ou stigmatiser les professionnels de santé, mais au contraire, de les accompagner pour éviter que cela ne se reproduise. Ma conviction est qu'en fournissant une information de qualité, ou en cherchant une solution avec les professionnels de santé, nous œuvrons pour les patients.

### Les mesures du PLFSS 2022 portant sur la politique d'accès aux médicaments et aux dispositifs médicaux innovants vont-elles dans le bon sens ?

Comme vous le savez, tout texte législatif peut évoluer au cours de son passage à l'Assemblée nationale ou au Sénat. J'attendrais donc de voir quels seront les contours définitifs des dispositifs avant de me



“  
Ma conviction est qu'en fournissant une information de qualité, ou en cherchant une solution avec les professionnels de santé, nous œuvrons pour les patients.  
”



“  
Ma conviction est qu'en fournissant une information de qualité, ou en cherchant une solution avec les professionnels de santé, nous œuvrons pour les patients.  
”



“  
Ma conviction est qu'en fournissant une information de qualité, ou en cherchant une solution avec les professionnels de santé, nous œuvrons pour les patients.  
”



### INSERTION

# LANCEMENT DU CONTRAT ENGAGEMENT JEUNE

Longtemps attendu, le dispositif de revenu d'engagement pour les jeunes aura finalement été dévoilé par Emmanuel Macron le 2 novembre. Ce dispositif rebaptisé « Contrat Engagement Jeune » fera évoluer dès le 1<sup>er</sup> mars prochain l'actuelle garantie Jeune vers un périmètre qui se montrera finalement plus modeste que ce qu'il était initialement envisagé.

Après avoir été annoncé le 12 juillet par Emmanuel Macron lors de son allocution, le « revenu jeune » est enfin arrivé à l'Assemblée. Tout juste débattu dans l'hémicycle, ce dispositif qui fait évoluer celui de la garantie Jeune aura finalement eu bien du mal à aboutir.

Calibré par la déléguée interministérielle à la lutte contre la pauvreté Marine Jeantet et la ministre du Travail Élisabeth Borne au printemps dernier, le projet a été particulièrement bousculé. Bercy refusait alors ce qu'il considérait comme une « trappe à inactivité ». Si le dispositif avait initialement été annoncé au budget 2022, Bruno Le Maire a imposé de le réévaluer au motif de meilleurs chiffres de l'emploi. On a même craint un abandon du projet, mais le président qui entend faire de la jeunesse un de ses thèmes de fin de mandat, aura finalement eu le dernier mot. Résultat : ce revenu jeune a pris le nom de Contrat Engagement Jeune (CEJ) effaçant dans l'opération une quelconque allusion à une logique de rémunération. De plus, le périmètre du dispositif a été également revu à la baisse avec un budget quatre fois moins important qu'initialement prévu et un nombre de jeunes susceptibles d'en bénéficier qui s'est vu divisé par deux.

### UN SUJET SENSIBLE ET COMPLIQUÉ

Depuis plus de dix ans, les demandes d'ouverture du RSA aux moins de 25 ans se heurtent aux mêmes arguments pointant le risque d'installer les jeunes dans une dynamique d'inactivité. Or, dans même temps, le nombre de décrocheurs scolaires a bondi. En 2019, ils étaient

environ 1,5 million sans formation, sans emploi et placé sous l'appellation de NEET (« *Not in Employment, Education or Training* »), soit 12,9 % des 15-29 ans. Sous le gouvernement de François Hollande, une première garantie jeune pilotée par les Missions locales impliquait de s'engager dans un parcours d'insertion contre un minima allant jusqu'à 490 € par mois. Initialement accordée à 100 000 jeunes, elle a été étendue à 200 000 cette année, avec 140 Ms € supplémentaires. Un autre dispositif englobé dans ce nouveau contrat d'engagement est celui d'Accompagnement intensif des jeunes (AIJ) piloté par Pôle Emploi. La fusion de ces dispositifs dans le nouveau CEJ permettra d'étendre un peu le nombre de bénéficiaires à atteindre 500 000 de 16-25 ans.

### QUATRE FOIS MOINS DE BUDGET

Dans sa version initiale, le nouveau revenu présenté par le gouvernement devait concerner un million de jeunes NEET avec un budget de 2 Mds €. Cela revenait à un forfait moyen de 2 000 €, revenu et accompagnement compris. À l'arrivée, le nouveau « contrat », qui démarrera le 1<sup>er</sup> mars 2022, est plus modeste. Il concernera 500 000 jeunes avec un budget annuel de 500 Ms €, soit 1 000 € par bénéficiaire. Ce dispositif prévoit un accompagnement renforcé pour aider les jeunes à s'insérer professionnellement à raison de 15 h à 20 h par semaine. Il implique également un suivi régulier avec des actions de formation et de recherche d'emploi et un revenu mensuel pouvant aller jusqu'à 500 € (300 € pour les jeunes rattachés à un foyer fiscal). Il sera conclu pour



une durée de 18 mois maximum, le gouvernement tablant sur une moyenne de 9 à 12 mois.

### PAS DE REVENU SANS CONTREPARTIE

Le CEJ impose un certain nombre de devoirs à ses bénéficiaires. En cas de non-présentation à un rendez-vous ou de refus répétés de formations, le jeune signataire pourra voir son revenu provisoirement suspendu. L'accompagnement envisagé sera plus intensif et suivi qu'avec la précédente garantie Jeune avec la perspective d'embauche de personnel d'accompagnement dans les Missions locales et chez Pôle emploi. Après la réévaluation du projet, les jeunes concernés sont les plus exclus des actuels NEET : sans emploi, en décrochage scolaire ou de l'enseignement supérieur et en rupture familiale. Ce dispositif sera piloté par les Missions locales et Pôle emploi, même si la piste visant à intégrer les associations privées au dispositif n'est pas à exclure.

■ Florence Pinard

ACCÈS AUX SOINS

# CSS, ÉTAT DES LIEUX DEUX ANS APRÈS

La CMU-C et l'ACS ont fusionné au sein de la Complémentaire santé solidaire (CSS), en novembre 2019. Le point sur la montée en charge du dispositif et sur les derniers ajustements apportés par le PLFSS 2022.

Le 1<sup>er</sup> novembre dernier marquait le deuxième anniversaire de la CSS. Tirant les conclusions de l'échec de l'ACS, la réforme vise à réduire le renoncement aux soins pour raisons financières des plus précaires et à augmenter leur taux d'équipement en complémentaire.

À fin juin dernier, 7,2 millions de personnes, sont protégées dans ce cadre. Parmi elles, 5,8 millions relèvent de la CSS sans participation (dont 5,6 millions d'assurés au régime général) et 1,4 million de la CSS avec participation financière (dont 1,3 million d'assurés du régime général), en progression de 8,2 % par rapport à fin octobre 2019. Pour ces deux composantes, les plafonds annuels de ressources respectifs sont de 9 041 € et 12 205 €.

Au global, à fin décembre 2020, les dépenses représentent près de 2,5 Mds € dont 2,11 Mds pour les régimes d'assurance maladie et 335 Ms € pour les Ocam.

D'après les données de l'observatoire mis en place avec 19 Cnam, la CSS sans participation couvre majoritairement des populations jeunes (moins de 49 ans) et des enfants, avec 42, 9% de moins de 20 ans, ainsi que des foyers composés de plusieurs membres. En revanche, la CSS « contributive » protège un public plus âgé (environ 15 % de bénéficiaires de plus de 70 ans) et souvent des personnes seules recevant une allocation en lien avec le handicap ou la vieillesse. Pour cette dernière, la tendance s'est inversée en matière de gestion. Fin août dernier, 52 % des bénéficiaires du régime général avaient choisi leur caisse primaire, et donc 48 % un Ocam. Cette situation rejoint les craintes de certaines mutuelles lors de l'élaboration de la ré-



forme, alors qu'elles administraient auparavant seules l'ACS.

Pour l'heure, le contexte général très perturbé par la crise sanitaire et économique rend tout bilan de la réforme difficile. En mars 2021, environ 40 % des bénéficiaires étaient des primo-demandeurs, principalement de la CSS avec participation, en écho direct au pic épidémique de 2020 et à ses conséquences sociales (les ressources étant appréciées sur 12 mois). La reconduction automatique des droits pour trois mois, mise en place à deux reprises en raison de l'épidémie, a pu perturber les renouvellements de certains bénéficiaires en particulier pour la CSS sans participation (à noter que ces prolongations sont sans effet sur les effectifs de juin dernier). Cependant, l'Assurance Maladie a relancé ses ressortissants concernés pour éviter toute déperdition.

## AMÉLIORATIONS ET SIMPLIFICATION DANS LE PLFSS

Parmi les effets positifs relevés pour les attributaires : l'impact du 100 % santé. En dentaire, 66 % des actes relèvent du panier sans reste à charge; 89 % des équipements complets en optique et 96 % des verres ou des montures ; et pour l'audioprothèse 83 % des équipements sont facturés dans le cadre du forfait spécifique pour les bénéficiaires de la CSS. Des taux de recours largement supérieurs à ceux constatés chez les autres assurés. Mais avec un potentiel, et un objectif gouvernemental initial, estimé à 12 millions de personnes couvertes, comment favoriser l'extension de cette couverture ? L'article 45 du PLFSS 2022 va, « permettre l'attribution automatique pour les bénéficiaires du RSA de la CSS, et de largement faciliter son attribution

## TROIS QUESTIONS À :

Fanny Richard, directrice de l'intervention sociale et l'accès aux soins à la Cnam.



### Quels premiers enseignements tirez-vous de la réforme de la CSS concernant l'accès aux soins ?

Les effets de la réforme sont compliqués à évaluer compte tenu du caractère très particulier de la consommation de soins en 2020, très perturbée par la crise sanitaire. Nous observons toutefois des effets très positifs au niveau du 100% santé, les populations couvertes par la CSS en bénéficiant pleinement (voir ci-contre). De ce point de vue, nous constatons une nette amélioration mais la situation reste difficile à objectiver avec 2020 comme année de référence. Nous comptons beaucoup sur 2021 pour pouvoir établir des bilans. Par ailleurs, les remontées d'une enquête rapide réalisée auprès de notre réseau sont plus que rassurantes. Le dispositif est bien compris des assurés, apparaît assez intuitif, simple et lisible.

### Comment la Cnam et les Cnam accompagnent-elle les publics cibles ?

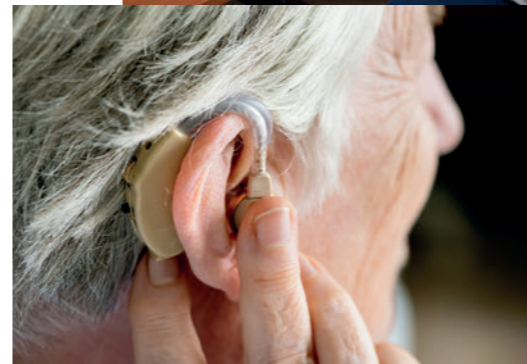
Nous profitons des croisements de flux qui existent avec les branches Famille et Vieillesse, pour écrire à tous les bénéficiaires du RSA et de l'Aspa qui n'ont pas encore souscrit à la CSS afin qu'ils puissent en faire la demande. Nous invitons également les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et de l'Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), à consulter le simulateur des droits. En 2020, nous avons ainsi envoyé plus de 700 000 courriers. Sur le terrain, les Cnam portent des actions d'« aller vers attentionné ». Les conventions-cadres de partenariat conclues au

niveau national (avec Pôle Emploi, FNMF, Emmaüs, Resto du cœur, Secours Populaire, Adoma, Uncass, APF France Handicap, en cours de signature avec UNAF et France Terre d'Asile et Croix Rouge), sont déclinées à l'échelle locale. Nous nous accordons sur des modalités de signalement avec nos partenaires qui soumettent un formulaire de consentement aux assurés concernés, puis les envoient aux Missions accompagnement santé des Cnam. Ces dernières prennent ensuite contact avec ces publics pour leur proposer de l'aide dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins. En 2020, plus de 55 % des personnes concernées par ce soutien ont pu être accompagnées dans la souscription à une complémentaire santé dont 77 % étaient éligibles à la CSS.

### Quelles ont été les actions de communication mises en place pour faire connaître la CSS ?

Le contexte de crise sanitaire n'a pas facilité la promotion de la CSS. Après la grande conférence de presse de lancement, en octobre 2019, nous avons mis en place une campagne de communication digitale uniquement Assurance Maladie – régime obligatoire, en avril 2021. Nous avons souhaité l'orienter vers des cibles prioritaires : 18-25 ans, jeunes retraités, demandeurs d'emplois et familles monoparentales. Son impact s'est constaté par un doublement des consultations des pages d'information ameli et du simulateur de droits. Le mois prochain, nous allons relancer une campagne pour encourager à nouveau une bonne orientation vers le site [Ameli.fr](http://Ameli.fr) et le simulateur de droits.

■ Propos recueillis par Emilie Guédé



aux bénéficiaires du minimum vieillesse. C'est donc un article très positif qui va ouvrir et faciliter le déploiement de la CSS », soulignait Thomas Mesnier, député LREM et rapporteur général du texte, lors de son examen dans l'hémicycle. Concernant le RSA, l'ambition est de couvrir 95 % des nouveaux bénéficiaires, d'ici 2025. Cette attribution automatique de la CSS sans participation sera opérationnelle dès le début de l'année prochaine. Il faudra attendre un peu plus longtemps pour l'Aspa, ex-minimum vieillesse, qui concernera la CSS avec participation, en raison de procédures plus complexes. Cette fois, une « présomption de droits » est instaurée. Objectif ? « Mieux couvrir les soins des personnes âgées, qui connaissent de forts restes à charges liés à des dépenses plus élevées, notamment si elles sont en perte d'au-

tonomie », relève l'étude d'impacts du PLFSS. Or, beaucoup des titulaires de l'Aspa conservent leur couverture antérieure, pourtant plus coûteuse (la participation CSS, fixée selon l'âge, ne peut excéder 30 € par mois). L'article 45 prévoit également plusieurs simplifications et assouplissements, notamment des modalités de résiliation. Le circuit de financement deviendra moins complexe par la prise en charge directe par l'Assurance Maladie des dépenses effectuées en tiers payant. Différents acteurs et experts du système de santé évoquent régulièrement une extension de la CSS. Dans ses travaux en cours sur l'articulation RO-RC, le Hcaam évoque ainsi un relèvement des plafonds de ressources « au-delà d'un certain âge » pour permettre une plus large couverture des seniors...

■ Emilie Guédé

PERSPECTIVES

# LA SANTÉ NUMÉRIQUE PREND UNE AUTRE DIMENSION



Quatre ministres, dont Olivier Véran, ont présenté le 18 octobre dernier la feuille de route gouvernementale visant à donner une nouvelle impulsion aux différents chantiers attenants au numérique en santé. Outre son conséquent volet financier, cette dernière met particulièrement l'accent sur la nécessité d'embarquer l'ensemble des acteurs dans cette prochaine révolution systémique.

C'est désormais acquis, l'écosystème sanitaire français est appelé à faire sa révolution numérique. Bien que la crise sanitaire ait un temps freiné cette évolution, le processus est en marche. Que ce soit l'intégration de nouvelles technologies, l'usage croissant des données de santé, ou bien l'émergence de nouveaux acteurs dans la chaîne de soins, les éléments moteurs de la transformation du secteur sont désormais en place. Prochaine étape : faire que les professionnels de santé et les usagers puissent bénéficier de leurs potentiels, et vite.

En comptant les 7,5 Mds € d'investissements prévus dans le plan Innovation Santé 2030 et les 2 Mds € du Ségur de la santé numérique, le gouvernement avait clairement affiché ces derniers mois son intention d'investir dans la santé numérique. Une ambition d'autant plus affirmée, car que ce soit du côté du ministère de la Santé, ou de l'Assurance Maladie, le constat est unanime : le développement d'outils numériques (téléactes, applications dédiées à la lutte contre la Covid...) aura été un

élément prépondérant de la sortie de crise sanitaire et dans le maintien de la continuité des soins en période de confinement. Et ce, tant du point de vue de l'utilisateur que du professionnel de santé.

Capitalisant sur ces avancées, le gouvernement a décidé de passer la seconde en lançant la stratégie d'accélération santé numérique (SASN) en vue « de faciliter l'accès aux données de santé, de développer la confiance numérique en santé et la lisibilité de l'accès au marché, ainsi que de soutenir plus largement le développement d'innovations y compris en accompagnant les entrepreneurs. » Près de 650 Ms € de fonds publics sont d'ores et déjà prévus pour soutenir cette initiative en sus du milliard d'euros issus de fonds privés.

Présentée le 18 octobre dernier à la Station F à Paris, cette SASN va s'articuler autour de cinq axes.

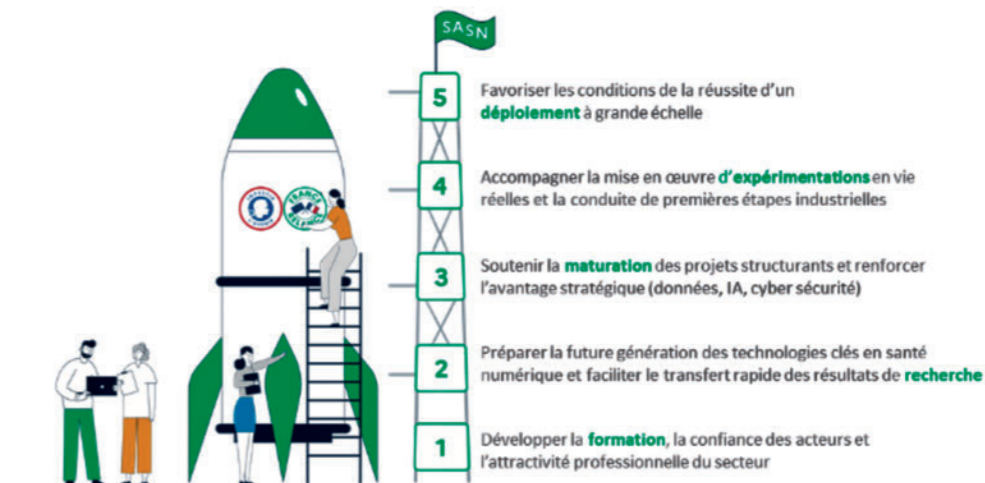
**1** Le premier axe est consacré au « développement de la formation, de la confiance des acteurs et à l'attractivité professionnelle du secteur »

en vue d'intégrer l'usage et la compréhension des outils de santé numérique dans la pratique de professionnels représentant un ensemble hétérogène du fait de la diversité des professions (médecins, infirmier...), de leur statut (libéral ou salarié) ou des structures dans lesquelles ils exercent (hôpital, cabinet de ville, au domicile des patients...). Dans une démarche d'homogénéisation des connaissances et des pratiques, la SASN entend déployer une douzaine d'actions allant de la création de formations dédiées pour les professionnels et les usagers en situation de fracture numérique, en passant par l'accroissement de la proportion de métiers supports spécialisés dans la e-santé, etc. 84 Ms € seront dédiés à cet axe.

**2** Le second axe de la SASN porte sur « la préparation de la future génération des technologies clés en santé numérique » ou comment structurer les communautés de recherche interdisciplinaire en vue de faire émerger des technologies

de rupture d'ici cinq à dix ans. Dans cette optique, un plan de programmes et équipements prioritaires de recherche exploratoires (PEPR), dont le budget avoisinera les 60 Ms €, va être défini pour concentrer les efforts de recherche autour d'une thématique précise. Objectif affiché par les pouvoirs publics : positionner la France comme une nation leader dans un domaine potentiellement porteur dans la pratique médicale de demain. Ce futur dispositif sera piloté par l'INSERM et l'INRIA.

**3** Le troisième axe intitulé « soutenir la maturation de projets structurants et renforcer l'avantage stratégique français » a pour principale ambition d'accompagner financièrement la multitude de porteurs de projets à forte valeur ajoutée. Avec une enveloppe budgétaire de 202 Ms €, cet axe ambitionne de dynamiser et accompagner la maturation des innovations portant notamment sur le développement de nouveaux cas d'usage du numérique en santé (robotique, IA dans les dispositifs médicaux...) en facilitant l'accès aux données de santé issues du SNDS et en simplifiant les circuits de financement. On notera que



Vue globale de la stratégie d'accélération « Santé numérique » (Source : ministère des Solidarités et de la Santé)

l'imagerie médicale arrive en tête des domaines à haut potentiel ciblés par le gouvernement dans ce cadre.

**4** Le quatrième axe est dédié à « l'accompagnement de la mise en œuvre d'expérimentations en conditions réelles et à la conduite des premières étapes industrielles ». En d'autres mots, comment lever les obstacles réglementaires et techniques ne facilitant pas le passage de la conception d'un prototype à un produit éprouvé dans des conditions réelles ? Pour répondre à cette problématique, la SASN prévoit de mettre en place plusieurs initiatives. Parmi celles-ci, on relèvera celle portant sur l'évaluation des dispositifs médicaux au travers du soutien à la réalisation de nouveaux modes opératoires visant à mieux évaluer la

valeur ajoutée médicale et économique des dispositifs expérimentaux en vue d'accélérer leur mise sur le marché. Un budget global de 168 Ms € est prévu à cet effet.

**5** Enfin, le dernier axe de la SASN se concentrera sur « les conditions de la réussite d'un déploiement à grande échelle. » Un chantier d'envergure, car comme le relevait Olivier Véran en marge de la présentation de cette stratégie d'accélération, « l'action publique est parfois perçue comme complexe et l'accès au marché peu lisible, créant une barrière à l'entrée jugée trop importante. » Pour ce faire, le gouvernement va déployer une série de mesures de simplification des parcours de déploiement en partant de l'accompagnement des porteurs de projets dès leurs premiers pas, avec la création d'un guichet national dédié G\_NIUS, et allant jusqu'à l'expérimentation d'une mise en place d'un accès dérogatoire aux dispositifs médicaux numériques. Une enveloppe de 35 Ms € est dédiée à ce chantier.

La déclinaison de ces cinq axes entend également répondre à deux autres enjeux systémiques : celui de préparer les contours de la pratique médicale de demain, dite médecine des 5P (personnalisée, préventive, prédictive, participative et des preuves), mais aussi, dans le cadre d'une projection plus court-termiste, de créer les conditions permettant de déployer des solutions concrètes face aux défis que poseront la croissance des déserts médicaux attendus d'ici à 2030

■ Alexandre Beau



« Le numérique permet de rapprocher les patients de notre système de santé »

Extraits du discours d'Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé, prononcé le 18 octobre lors de la présentation de la stratégie d'accélération « santé numérique » .

« Il y a quelques années, la santé numérique pouvait apparaître comme un sujet réservé aux technophiles avertis, aux initiés et aux entrepreneurs précurseurs... Aujourd'hui, et la crise sanitaire nous l'a démontré, la santé numérique est entrée dans la vie de nombreux citoyens : ces derniers mois ont permis une maturité des usages très importante. (...) je tiens à être très clair : le numérique en santé ne se substitue en aucun cas à la médecine humaine et au face-à-face avec un professionnel de santé. Au contraire, le numérique en santé permet de rapprocher les patients de notre système de santé. La mobilisation de l'écosystème est incroyable : nous sommes tous rassemblés aujourd'hui pour que ces avancées technologiques permettent une augmentation de l'espérance de vie, de l'état de santé de la population, et de l'efficacité du système de soins. Sans grandiloquence, je crois que la promesse du numérique en santé est aussi celle d'une réconciliation avec l'idée de progrès, avec l'idée d'une science qui a été et qui est toujours une aventure humaine lumineuse, au service de l'émancipation. » ■

RÉFORMES

# RETRAITES : VÉRITÉS ET QUESTIONS

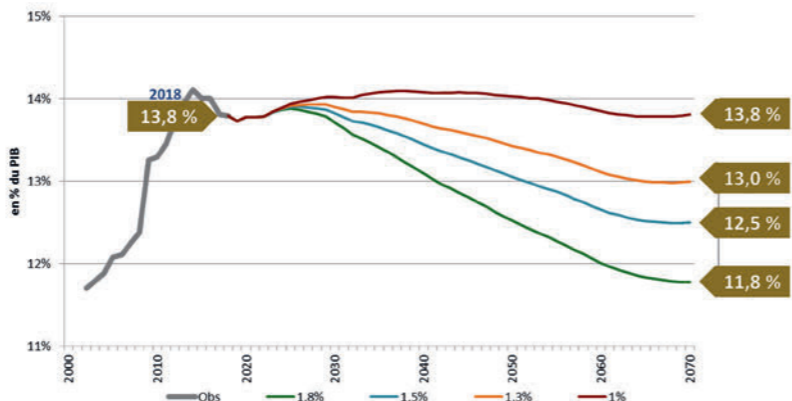
De moins en moins probable d'ici l'élection présidentielle d'avril 2022, une réforme des retraites demeure toutefois omniprésente dans le débat public. À défaut d'énoncés politiques et économiques solides des candidats, ESE souhaite évoquer quelques vérités puisées dans les données officielles.

LES HYPOTHÈSES DU COR TROP OPTIMISTES ?

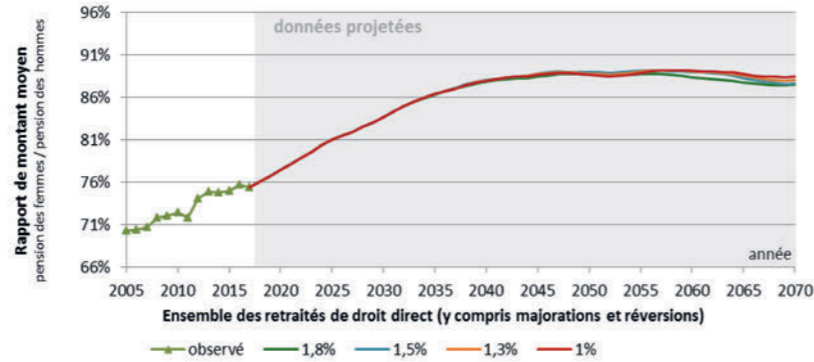
Le 15 novembre, le Conseil d'orientation des retraites (COR) organise un colloque utile sur le thème « Sommes-nous trop optimistes ? ». Bonne question ! À regarder les projections globalisées sur le long terme des régimes existants (Doc. 1), la question mérite débat. Au-delà des années 2030 (au-delà des 10 prochaines années), quels que soient les scénarios de croissance économique, la part tendancielle des dépenses d'assurance vieillesse dans le PIB baisserait. Évidemment, plus la croissance est élevée, moins le coût global est important. Le COR projette les données en tenant compte des hypothèses de chômage, d'évolution de la productivité horaire du travail qui déterminent la rémunération des actifs, le partage de la valeur ajoutée et le nombre d'heures travaillées. Il s'agit de projections et non de prévisions.

Les prochaines projections macro-économiques du système sont attendues début 2022. On peut parier qu'elles seront examinées à la loupe vu le contexte politique.

Là où les experts se différencient, c'est sur la dynamique de la productivité de l'économie française dans les années à venir. Le groupe d'économistes mandatés par Emmanuel Macron avant l'été dernier conteste « l'optimisme » du COR sur ce point. Ce dernier estime, sur la base des données des 20 dernières années, que la France peut retrouver une dynamique de 1 % voire 1,5 % ou même 1,8 % de gain annuel de productivité sur le long terme. Étant entendu que l'affectation du surplus financier dégagé bénéficie aux salaires et non au « temps libre ». À défaut de gains, le seul remède aux déséquilibres des régimes serait la hausse des cotisations ou le durcissement de l'âge légal et de la durée d'assurance pour ouvrir des droits complets.



Doc. 1 - Dépenses du système de retraite en % du PIB (Sources : rapport à la CSS 2002-2018 - Projections COR juin 2019)



Doc. 2 - Montant de pension des femmes rapporté à celui des hommes. (Sources : DREES, modèle ANCETRE, EIR 2016, INSEE, modèle DESTINIE, projections COR.)

DONNÉES « BOUSCULANTES » POUR LE DÉBAT

Les graphiques ci-contre, (Doc. 2 et 3) illustrent les bouleversements potentiels à venir pour le système. Bien que datant de 2019, les chiffres ne varieraient guère.

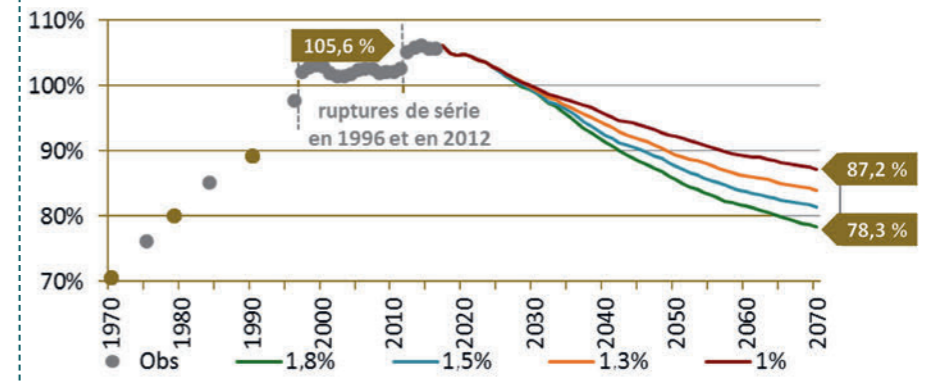
Les données portent :

- Sur le montant des pensions des femmes rapporté aux hommes, on perçoit un premier bouleversement logique et nécessaire. Le travail et les niveaux de salaires des femmes vont rattraper en grande partie ceux des hommes. (Doc. 2)

- Sur le montant de la pension moyenne rapportée au revenu d'activité moyen, la baisse tendancielle est nette. On perçoit bien l'effet massif de la désindexation des pensions sur les salaires au profit d'une seule indexation sur les prix, installée depuis 1986. Entre 2011 et 2021, les pensions d'ensemble (tous régimes y compris les régimes complémentaires et fonctionnaires) ont été revalorisées de 5,7 % pour les salariés non-cadres et de 5,5 % pour les cadres. Sur la même période, l'inflation fut de 9,88 %. La perte du pouvoir d'achat des retraités est là ! En prolongeant l'analyse, le COR montre la chute à venir du niveau de vie moyen des retraités par rapport à l'ensemble de la population. (Doc. 3)

LA QUESTION DES 64 ANS

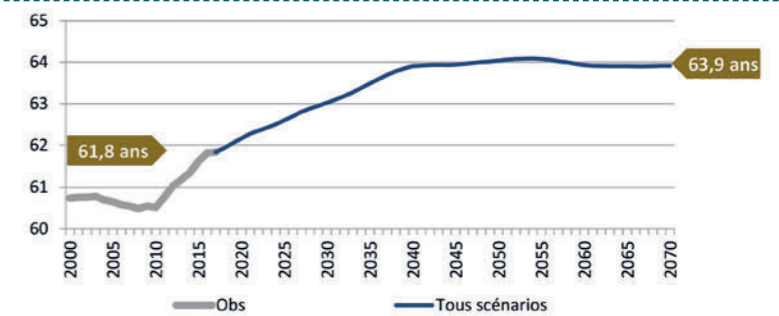
Le graphique ci-contre (Doc. 5) devrait adoucir le débat sur les 64 ans, âge symbolique s'il en est, pour le devenir du système. D'ici une grosse dizaine d'années, la moyenne d'âge de départ en retraite glissera à 64 ans. Des écarts existent. Clairement, les régimes spéciaux pèsent « à la baisse » sur la mécanique de l'âge moyen de départ. Les statistiques de la CNAV font loi. Là encore, elles bousculent les idées reçues. Faut-il sanctionner davantage les salariés du privé pour éviter une crise sociale dans les secteurs publics des transports et de l'énergie ? En 2019, la CNAV recensait 614 189 départs en retraite en droit direct dont 510 251 au titre des pensions normales, 54 918 de pensions d'ex-invalides et 49 020 au titre d'inaptitudes au travail. À cela s'ajoutent 129 882 retraites anticipées pour longue carrière et près de 10 000 pensions au titre des personnes handicapées, travailleurs de l'amiante et de la pénibilité. Avec un peu de recul, on constate que, pour le monde des salariés du secteur privé, la part des pensions « normales » n'est que de 80 % du total. Une donnée en baisse depuis 2006. Il convient donc de ne pas ignorer la place importante des dérogations « sociales » objectives au droit commun.



Doc. 3 - Niveau de vie moyen des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population. (Sources : DREES, modèle ANCETRE, EIR 2016, INSEE, modèle DESTINIE, projections COR.)

Année de liquidation	Départs anticipés		Départs non anticipés	
	Ensemble		Ensemble	
2006	61 ans		61,7 ans	
2019	62,8 ans		63,5 ans	
	H	F	H	F
2006	60,6 ans	61,6 ans	61,5 ans	61,8 ans
2019	62,5 ans	63,0 ans	63,5 ans	63,5 ans

Doc. 4 - Données CNAV en 2006 et 2019



Doc. 5 - Âge moyen conjoncturel de départ à la retraite. (Sources : Projections COR, juin 2018)

La France du salariat n'est pas aussi homogène que certains experts le pensent. La précarité des situations sociales existe...

la même période, de loin la mesure économique la plus fiable.

ÉQUILIBRE COMPTABLE ET RÉFORME ÉQUITABLE

Dans une récente note, la Cour des comptes plaide avec vigueur pour une réforme des retraites en vue d'obtenir un équilibre comptable au plus tôt. Plusieurs voies d'action sont possibles : des âges de départ plus tardif, une baisse du niveau relatif des pensions, une réduction des droits aux départs anticipés. La Cour juge insuffisantes les économies déjà réalisées par les réformes depuis 1993 comme le passage de 60 à 62 ans de l'âge légal et l'allongement de la durée de cotisation (tout au plus 20 Mds € en effet cumulés sur 20 ans). A contrario, la désindexation pension/salaire produit un « effet massif », 30 Mds € sur

QUELLES ÉCONOMIES ENCORE POSSIBLES ?

Selon une note confidentielle de la CNAV, le passage de 62 à 64 ans en 2025 (un trimestre par an à compter de 2022) permettrait une économie à terme de 17 Mds €, de 15 Mds € pour 2029. Un allongement à 44 années de durée de cotisations produirait 12 Mds €. Il est clair tant pour la Cour que le COR, qui confirme cela, que l'impact des réformes précédentes couplé avec une évolution accrue de la précarisation d'une partie du marché du travail déstabilise l'équité inter et intragénérationnelle. Autrement dit, projeter une réforme des retraites doit aussi prendre en compte l'évolution contrastée du marché du travail et des statuts sociaux permis par l'économie.

■ Pascal Beau

# RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

**Fidèles à nos engagements,**  
nous vous accompagnons pour appréhender  
et comprendre la réforme



Grâce à notre **SIMULATEUR EN LIGNE**  
découvrez en 5 minutes les impacts  
pour votre collectivité



En savoir plus:  
**reformepsc.mnt.fr**



Bénéficiez de l'accompagnement  
d'un conseiller MNT:  
**0 980 980 210**  
(prix d'un appel local)  
Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30.

